ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**фЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТвЕННОЕ Бюджетное ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«Санкт-Петербургский государственный университет» (СПбГУ)**

**Факультет психологии**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председатель ГАК,  профессор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пикалева О.А. |

***ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИЕ РЕБЕНКА С АНОРЕКСИЕЙ***

Диссертация

на соискание степени Магистра по направлению 030300 – Психология

основная образовательная программа «Общая психология и психология личности»

1-ый рецензент Исполнитель

степень, должность Студент

к. психол. наук,

ст. преподаватель

Аринцина И.А. Павлова Е.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

2-ый рецензент Научный руководитель

степень, должность степень, должность

д. психол. наук, к. мед. наук, доцент

декан факультета кафедры [психического здоровья](http://www.psy.spbu.ru/department/chairs/adaptation)

«Клиническая психология» раннего сопровождения детей и

ГБОУ ВПО СПбГПМУ родителей

Аверин В.А. Добряков И.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Санкт-Петербург

2016

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

АННОТАЦИЯ………………………………………………………………………..6

ANNOTATION……………………………………………………………………….8

ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………………10

Глава 1. Теоретический анализ понятия детско-родительские отношения…………………………………………………………………………..15

1.1. Определение детско-родительских отношений в психологии…………...15

1.1.1. Детско-родительские отношения и особенности их проявления в семьях с больным ребенком…………………………………………………….....16

1.1.2. Отношение ребенка к родителям в подростковом возрасте и его значение в функционировании семьи…………………………………………….17

1.2. Исследования детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии………………………………………………………...28

1.2.1. Содержание понятия детско-родительские отношения в научной и прикладной литературе…………………………………………………………….28

1.2.2. Основные подходы и теории изучения детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии…………………………31

1.2.3. Нарушение функционирования в семье………………………………39

1.2.4. Нарушение функционирования в семье и болезнь ребенка…………43

1.3. Личность девочки-подростка больной анорексией…………………….....52

Глава 2. Организация и объект исследования, выбор методик и их обосновани………………………………………………………………………….59

2.1. Организация исследования…………………………………………………59

2.2. Объем выборки и общая характеристика испытуемых………………..60

2.3. Описание методов исследования………………………………………..62

2.3.1. Клинико-анамнестические методы……………………………………62

2.3.2. Методы психологического исследования…………………………….62

2.3.3. Методы для диагностики подростка…………………………………..62

2.3.4. Методики для диагностики семьи…………………………………….70

2.4. Методы математико-статистической обработки данных……………...73

Глава 3. Результаты эмпирического исследования детско-родительских отношений в семьях с ребенком больным анорексией…………………………..74

3.1. Изучение детско-родительских отношений у девочек-подростков, страдающих анорексией…………………………………………………………...74

3.1.1. Клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков, страдающих анорексией…………………………………………………………...74

3.1.2. Показатели восприятия родителей у девочек-подростков, страдающих анорексией…………………………………………………………...75

3.1.3. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков, страдающих анорексией………………………...79

3.1.4. Показатели изучения уровня семейной тревоги в семьях девочек-подростков, страдающих анорексией……………………………………………..80

3.1.5. Показатели уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков, страдающих анорексией…………………………………...82

3.1.6. Клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков группы сравнения…………………………………………………………………..84

3.1.7. Показатели восприятия родителей у девочек-подростков группы сравнения……………………………………………………………………………85

3.1.8. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков группы сравнения………………………………...88

3.1.9. Показатели изучения уровня семейной тревоги в семьях девочек-подростков группы сравнения…………………………………………………….90

3.1.10. Показатели изучения уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков группы сравнения…………………………………..

3.2. Сравнительный анализ показателей изучения особенностей детско-родительских отношений у девочек-подростков………………………………90

3.2.1. Сравнение клинико-анамнестических показателей у девочек-подростков…………………………………………………………………………..92

3.2.2. Сравнение показателей восприятия родителей у девочек-подростков…………………………………………………………………………..94

3.2.3. Сравнение показателей структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков……………………………………………………95

3.2.4. Сравнение показателей уровня семейной тревоги у девочек-подростков…………………………………………………………………………100

3.2.5. Сравнение показателей уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков……………………………………………………...101

3.2.6. Анализ корреляционных связей у девочек-подростков…………103

3.3. Изучение особенностей детско-родительских отношений у матерей…………………………………………………………………………….107

3.3.1. Показатели анализа стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией………………………………...107

3.3.2. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией……………109

3.3.3. Показатели конструктивно-деструктивных отношений в семьях у матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией………………………110

3.3.4. Показатели анализа стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения…………………………………110

3.3.5. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения……………112

3.3.6. Показатели изучения конструктивно-деструктивных отношений в семьях у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения……………113

3.3.7. Сравнительный анализ показателей изучения особенностей детско-родительских отношений у матерей девочек-подростков……………………...113

3.4.1. Изучение детско-родительских отношений у отцов……………..114

3.4.2. Показатели анализа стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией…………………………………………………….114

3.4.3. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией………………114

3.4.4. Показатели конструктивно-деструктивных отношений в семьях у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией…………………………115

3.4.5. Показатели анализа стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения……………………………………………………117

3.4.6. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения………………119

3.4.7. Показатели конструктивно-деструктивных отношений в семьях у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения…………………………120

3.4.8. Сравнительный анализ показателей изучения детско-родительских отношений у отцов девочек-подростков………………………………………...120

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………………………………………………121

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…………………………………125

ПРИЛОЖЕНИЕ…………………………………………………………………...131

АННОТАЦИЯ

Для изучения детско-родительских отношений в семьях с ребенком больным анорексией было обследовано 50 девочек-подростков. Исследовались детско-родительские отношения в семьях с ребенком больным нервной анорексией в сравнении с детско-родительскими отношениями в семьях с детьми, не находящимися на момент участия в исследовании на лечении в психоневрологическом стационаре. В основную группу вошли 25 девочек-подростков, страдающих нервной анорексией и находящихся на лечении в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева на 11 отделении, в возрасте от 13 до 18 лет. В группу сравнения вошли 25 девочек-подростков того же возраста, обучающихся в учебных учреждениях Санкт-Петербурга. Для обеих групп были собраны клинико-биографические показатели на момент обследования, а для детей из стационара – на момент госпитализации. Также были использованы методы: опросник «Подростки о родителях», рисуночный тест «Семейная социограмма», опросник «Анализ семейной тревоги» и тест «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (CAPT).

С использованием данных методов были изучены: установки, поведение и тактика воспитания родителей в субъективном понимании подростков (ПоР). Выявлены семейные факторы, влияющие на возникновение и развитие заболевания нервной анорексии («Семейная социограмма»). Определена степень неудовлетворенности и дифференцированности образа тела, позволяющая выявить принятие взросления ребенка в семье (CAPT).

Обработка данных: сравнение средних показателей и корреляционный анализ. Результаты: в основном, воспитание матерью ребенка дисгармонично. Он дезориентирован в предъявляемых требованиях, при таком стиле воспитания особенно велика вероятность развития психосоматических расстройств; воспитательная практика отцов непоследовательна, может привести к нарушению психической адаптации в семье, а впоследствии и в другом социальном окружении; девочки не принимают появления вторичных половых признаков: развивающиеся молочные железы (56%); формирование жировой клетчатки по женскому типу – отложения в области бедер (88%); ягодиц (76%); рук (плечи – 44%) и округления форм тела (живот – 64%; щеки – 48%); при близких отношениях с матерью девочки-подростки, больные анорексией, переживают непоследовательный характер отношений с матерью, испытывают напряженность и общую тревогу; чем выше автономность отца по отношению к девочке-подростку, больной анорексией, тем меньше у нее уровень тревоги.

ANNOTATION

For the study of parent-child relationships in families with a child with anorexia patients 50 adolescent girls were examined. The parent-child relationships in families with a child with anorexia nervosa patients were compared with the parent-child relationships in families with children that are not participating in the study on the treatment in a mental hospital at the moment. The tested group included 25 teenage girls with anorexia nervosa who were treated in St. Petersburg Psychoneurological Reseach Institute named after V.M. Bekhterev, between 13 and 18 years old. The comparison group consisted of 25 teenage girls of the same age, studying in the educational institutions of St. Petersburg. For both groups clinical and biographical indicators were collected at the time of the survey, and for the children of the hospital - at the time of hospitalization. Also a questionnaire "Teens of parents' drawing tests", Family sociogram , «Analysis of family trouble» and test «The Color-A-Person body dissatisfaction Test, CAPT» have been used.

With the use of these methods the installation, behavior and tactics of education of the parents in the subjective understanding of adolescents have been studied. Family factors that influence the emergence and development of the disease anorexia nervosa were identified. The degree of dissatisfaction with body image and differentiation, which allows to identify the adoption of a child growing up in the family (CAPT).

Data processing: comparison of averages and correlation analysis. Results: In general, a mother’s upbringing of a child is disharmonious. It is disoriented concerning the imposed requirements. The development of psychosomatic disorders is especially high in this style of upbringing. Fathers’ upbringings are inconsistent and can lead to disorders in the psychological adaptation in the family circle and in other social surroundings. Girls do not accept the appearance of secondary sex characteristics: breast development, typical female fat distribution: in the hips (88%), buttocks, arms, and appearance of an overall rounder body shape. If teenage girls with anorexia have a close relationship with their mothers, the relationship is inconsistent, and they experience tension and overall anxiety. The higher the father’s autonomy towards the teenage girl with anorexia, the lower her level of anxiety.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, нервная анорексия – единственное психическое заболевание с летальным исходом, ежегодно умирает около 5% больных. Ученые из наиболее развитых экономически стран до сих пор ищут причины данного заболевания: что первично – наследственность или среда? Вследствие распространенности расстройств пищевого поведения (анорексия, булимия), в последние годы в ведущих университетах мира на медицинских факультетах (*King’s College London, Karolinska Institute)* ведутся масштабныеисследования,которые изучают: нейробиологические, генетические и психологические причины и последствия анорексии.

Социальные факторы, в первую очередь - семейные, рассматриваются на психологических факультетах в таких университетах, как Fairleigh Dickinson University, Mount Sinai School of Medicine, University of Chicago в США и Uppsala University, University of Gothenburga в Швеции в связи с программой семейной психотерапии (Maudsley Parents).

Под нервной анорексией согласно DSM-IV понимается отказ человека поддерживать собственный минимальный вес в соответствии с возрастом и ростом. Это обусловлено желанием быть стройнее, которое не пропадает по мере потери веса. Серьезные последствия такого состояния не принимаются пациентом во внимание, и восприятие им своего тела часто не соответствует реальности.

Случаи анорексии подразделяются на те, при которых только голодают, и те, при которых вызывают рвоту, применяют слабительные средства. Но такое импульсивное поведение во втором случае наблюдается у людей, обнаруживающих наряду с анорексией также булимистическое поведение или другие соматические проблемы.

Критериями диагноза согласно DSM-IV служат:

* отказ поддерживать нормальный для своего возраста и роста вес (человек в весе не прибавляет, несмотря на то, что его тело растет. Это приводит к тому, что масса его тела составляет меньше 85 процентов от ожидаемого);
* человек очень боится прибавить в весе или пополнеть, несмотря на то, что он достаточно худой;
* переживания по поводу веса или формы тела, влияние этих факторов на уверенность в себе;
* аменорея у девушек (пропадает по меньшей мере каждая третья менструация).

В отечественной психиатрии под нервной анорексией принято понимать заболевание, выражающееся в сознательном ограничении в еде с целью похудания, в возникающих вторичных соматоэндокринных расстройствах и нарастающем физическом истощении. Нервная (психическая) анорексия свойственна главным образом девочкам-подросткам и молодым девушкам, хотя иногда может встречаться и улиц мужского пола пубертатного или юношеского возраста. Выражается в чрезвычайно упорном стремлении к похуданию путем целенаправленного, длительного самоограничения в еде, иногда сопровождаемого интенсивными физическими упражнениями или приемом больших доз слабительного. При невозможности выдержать длительное голодание больные прибегают к такому методу, как вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи.

Диагностические критерии, приведенные в МКБ-10, в описании клинической картины расстройства во многом совпадают, но добавляются различные действия, направленные на снижение влечения (прием препаратов, снижающих аппетит; чрезмерная физическая нагрузка). Таким образом, отмечается, что нервная анорексия – расстройство влечения к еде.

Обозначим, что анорексия, как правило, возникает в подростковом возрасте.

Напомним, что в период подросткового возраста перед развивающейся личностью стоит ряд задач:

* достижение некоторой автономии и независимости от родителей;
* формирование идентичности, создание целостного Я, гармонично сочетающего различные элементы развития.

На период отрочества принято смотреть как на «бурю и натиск» развития. В данной работе мы попробуем проиллюстрировать «место излома» в семьях, где воспитываются девочки-подростки, страдающие нервной анорексией.

**Гипотезы:**

1. Для семей, воспитывающих девочку-подростка с нервной анорексией, в отличие от нормы, специфичным является подавляющий стиль родительского воспитания.

2. Для матерей пациенток с нервной анорексией, по сравнению с нормой, характерны гиперопека и повышенное беспокойство в отношении ребенка (тревога).

3. Мы так же полагаем, что девочки-подростки, страдающие нервной анорексией, переживают амбивалентные чувства по отношению к отцу.

**Объект исследования:** личность девочки-подростка, страдающей нервной анорексией.

**Предмет:** взаимоотношения девочек-подростков с нервной анорексией и их родителей.

**Цель исследования:** изучение и сравнительный анализ детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих девочек-подростков 13-18 лет с нервной анорексией, находившимися на лечении в стационаре, и здоровыми девушками.

**Задачи:**

1. Теоретически изучить проблему нервной анорексии у девочек-подростков.
2. Собрать антрометрические показатели на момент обследования у испытуемых, а для девушек, проходящих лечение на отделении - на момент поступления в стационар.
3. Определить стиль воспитания в семьях с больной анорексией и в группе сравнения.
4. Изучить особенности взаимоотношений, складывающихся между матерью и девочкой-подростком больной анорексией.
5. Изучить особенности взаимоотношений, складывающихся между матерью и девочкой-подростком в группе сравнения.
6. Провести сравнительный анализ показателей детско-родительских отношений семей с девочками-подростками, страдающими нервной анорексией, и девушками группы сравнения.
7. Разработать практические рекомендации для учреждений, проводящих лечение нервной анорексии у лиц подросткового возраста.

**Методы исследования:**

1. Теоретические: анализ психологической и медицинской литературы по исследуемой проблеме;
2. Эмпирические: клинико-анамнестические и психодиагностическое исследование.
3. Статистический анализ результатов: x2-Пирсона, коэффициент корреляции Спирмена. Обработка результатов с помощью пакета «SPSS Statistic 22».

В эмпирическом исследовании использовались клинико-анамнестические методы и психодиагностические методики.

**Клинико-анамнестические методы:** сведения о диагнозе, данные о жизненной ситуации и соматическом состоянии (ИМТ) подростков, находящихся на лечении в стационаре собирались из «Истории болезни», у обучающихся в учебных заведениях Санкт-Петербурга - из анкет.

**Психодиагностические методики:**

1. Опросник «Подростки о родителях» (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына).
2. Рисуночный тест «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера;
3. Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) Э.Г. Эйдемиллера;
4. Тест «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (CAPT).

**Научная новизна исследования:**

Проведен анализ установок, поведения и тактики воспитания родителей в субъективном понимании девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, и девочек-подростков группы сравнения.

Выявления семейные факторы, влияющие на возникновение и развитие заболевания анорексии.

Изучены особенности семейных отношений в семьях у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, и девочек-подростков группы сравнения.

Определены степени неудовлетворенности и дифференцированности образа тела у девочек-подростков, позволяющие выявить принятие взросления ребенка в семьях у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

**Практическая значимость результатов исследования.**

Результаты исследования могут быть использованы при обучении клинических психологов, педиатров, психиатров и психотерапевтов. Также содержат эмпирический материал, необходимый для подготовки программ семейной психотерапии и индивидуальной психотерапии для девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

**Апробация результатов исследования:** результаты исследования были представлены в тезисах: «Семейные факторы в развитии нервной анорексии в подростковом возрасте» на XII Городской научно-практической конференции «Молодые ученые – столичному образованию», город Москва, 2016 г.

ГЛАВА 1. Теоретический анализ понятия детско-родительские отношения

1.1. Определение детско-родительских отношений в психологии

Понятие детско-родительские отношения с современных позиций рассматривается учеными в качестве процесса и результата индивидуального отражения семейных связей, опосредующих внешнюю и внутреннюю активность родителей и детей в их совместной деятельности (Л.И. Божович, А.Ф. Лазурский, О.С. Михно, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов)[40].

Отметим, что, как правило, под детско-родительскими отношениями понимаются двусторонние отношения, образующиеся в системе «ребенок-родитель». Соответственно, проблема изначально обретает диадную форму, включающую взаимообусловленные ресурсные: детей, получаемые ими из контактов с родителями, и ресурсы родителей (ресурсы родительства), обретаемые ими из взаимодействия со своими детьми (А.Я. Варга, В.И. Гарбузов, Г.А. Ковалев, А.И. Захаров, В. Сатир и др.).

В настоящее время в психологической науке наиболее разработанной оказалось проблематика ресурсов детей, получаемых ими во взаимоотношениях с родителями.

Выделяют две основные позиции к рассмотрению данной проблемы:

* 1. интеграция психоаналитической (З.Фрейд, А. Фрейд и др.), неофрейдисткой (Э. Фромм, К. Хорни, Э. Эриксон и др.) и бихевиористкий (Д. Уотсон, Б.Ф. Скинер, Р. Сирс, А. Бандура и др.) подходы, влияние семьи на становление личности ребенка является определяющим, а его личность является объектом формирования и коррекции со стороны родителей.
  2. позиция, представленная экзистенциальной (Д. Бьюджентал, Г. Лэндрет, Р. Мэй, В. Франкл, И. Ялом и др.) и гуманистической (Т. Гордон, Р. Дрейкурс, К. Роджерс, В. Сатир и др.) психологии. Согласна оформившимся в данных традициях представлениям, семья имеет сопровождающую функцию в процессе становления личности ребенка и ее роль заключается в содействии развитию личности через создание условий, в которых ребенок мог бы стать субъектом своей жизни, деятельности, общения и собственного внутреннего мира.

Проявляясь как на субъективно-личностном, так и на надындивидуальном уровне, детско-родительские отношения обладают для ребенка значительной ресурсно-смысловой нагрузкой. Выступая в качестве целостной системы разнообразных чувств родителей по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков (А.Я. Варга), родительское отношение обуславливает особенности функционирования всей семейной системы и детского развития. Через реальную направленность взрослого, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми (А.С. Спиваковская), осуществляется многоаспектное воздействие на ребенка, «подпитывающее» или ослабевающее его ресурсы развития.

1.1.1. Детско-родительские отношения и особенности их проявления в семьях с больным ребенком

Изучение заболеваемости и оказание психиатрической помощи людям на протяжении их жизненного цикла показывают, что одни психические расстройства возникают преимущественно в определенные возрастные периоды, другие могут появиться в любом возрасте, но при этом они имеют особенности, связанные с возрастными возможностями психических процессов и личности на момент заболевания. Клиническая картина болезни при этом проявляется не только на личностном, но и на межличностном пространстве жизнедеятельности больного. Прежде всего, это касается его жизни в семье [24].

Проявления расстройств поведения в процессе роста и развития ребенка ме­няют свои структурные и содержательные характеристики; а стиль воспитания их родителями и прародителями, как правило, остается неизменным. При «демо­кратическом» укладе внутрисемейных отношений чаще наблюдается попуститель­ство или противоречиво непоследовательный стиль воспитания. При «доминант­ном» укладе преобладает деспотично-авторитарный стиль воспитания. При этом если на первом году жизни младенца близкие родственники достаточно адекват­но помогают функционировать диаде мать—дитя, то в период раннего возраста ребенка (по мере нарастания трудностей его поведения) отцы нередко начинают уклоняться от воспитательских функций, погружаясь в работу, хобби, алкоголи­зацию и пр.

Отметим, что в подростковом возрасте дезадаптивность поведения детей раскрывается с особой отчетливостью. Обостряются акцентуации характера, в значительном объеме выступают психопатические черты личности.

1.1.2. Отношение ребенка к родителям в подростковом возрасте и его значение в функционировании семьи

Наличие подростка в качестве члена семьи побуждает его близких отказываться от ряда семейных традиций или их пересматривать. Семья стоит перед необходимостью научиться конструктивно разрешать конфликты между родителями и детьми-подростками (Duval E., 1977).

* Контроль — свобода.
* Ответственность родителей — общая ответственность.
* Общественные ценности — чисто умозрительные ценности.
* Стабильность — изменчивость.
* Стремление к миру и покою — обсуждение проблем (включая открыто высказываемую критику).
* Осмысленная жизнь — отказ от обязательств.

Успех ожидает семью, если она будет поощрять независимость подростка, но возражать против вседозволенности. Степень подготовленности подростка к жизни в большинстве семей определяется его способностью избежать пьянства, наркомании, венерических заболеваний, ранней беременности и других поведенческих отклонений.

Существует множество факторов, которые мешают семье разобраться в проблемах подростка (неудачный брак родителей и их попытки найти любимого человека вне семьи, слишком большая занятость на работе, необходимость ухаживать за пожилыми или больными родственниками и пр.). Во всех этих случаях подросток чувствует, что им не интересуются, ему не доверяют, его осуждают, - и он становится одиноким, депрессивным и враждебным [42, с.18-19].

В подростковом возрасте негармоничная семья стоит на первом месте среди психогенных факторов. В гармоничной семье все возрастные трудности, все особенности разных типов акцентуаций в значительной мере сглаживаются и не ведут к **социальной дезадаптации**. Гармоничная семья способствует выработке своего рода «психологического иммунитета» к неблагоприятным влияниям среды, более высокой резистентности к действию психических травм. Даже психопатоподобные изменения после перенесенных психических заболеваний в гармоничной семье скорее и полнее компенсируются.

Семьи также отличаются по своему структурному составу и функциональным особенностям. Различают по составу семью полную (наличие отца и матери в семье подростка) и неполную (отсутствие одного из них). Семья по составу может быть расширенной (другие родственники по прямой и боковой линиям в составе семьи). Искаженной, или деформированной, называют семью, где имеются отчим или мачеха.

В гармоничной семье ее члены связаны теплой эмоциональной привязанностью друг к другу, их роли в семье не конкурируют друг с другом, а дополняют друг друга, никто из членов семьи не узурпирует себе функции другого и не игнорирует свои обязанности. Внутри гармоничной семьи отсутствуют стойкие подгруппы (например, объединение матери с сыном или дочерью с отцом против других членов семьи). Избирательные контакты одного члена семьи с другим не умаляют роли других членов. Но только одной внутрисемейной гармонии недостаточно. Семья не может быть вполне гармоничной, если сама находится в конфликте с ближайшим окружением, если она изолирует себя от общества и даже противопоставляет себя ему.

**Собственно негармоничная семья** характеризуется тем, что один из родителей занимает чрезмерно доминирующее, а другой – слишком зависимое положение («семейный перекос»). Интересы одних членов удовлетворяются в ущерб другим, или один из членов семьи игнорирует свою роль и перекладывает свои обязанности на другого. Отсутствует истинное партнерство.

**Деструктогенная семья** отличается отсутствием способности ее членов к взаимодополнению, солидарности в решении жизненных проблем, чрезмерной автономией отдельных членов, наносящей ущерб семье в целом, неравномерностью или отсутствием взаимности в эмоциональных привязанностях.

**Распадающаяся семья** живет в условиях обострившейся конфликтной ситуации, уход из семьи одного из родителей назревает, или его риск постоянно высок, или фактически разрыв между родителями уже произошел, но юридически развод еще не оформлен и супруги еще продолжают жить вместе.

**Распавшаяся семья** определяется ситуацией, когда один из родителей уже отделился от семьи, может иметь другую семью, но в какой-то мере продолжает сохранять контакты с семьей прежней и несет еще часть функций ее члена.

Все эти типы представляют собой разные ступени перехода от гармонии к полному распаду.

**Ригидная псевдосолидарная семья** существенно отличается от всех предыдущих типов безоговорочным доминированием одного из членов с зависимым пассивным положением других, жесткой закостенелой регламентацией всей семейной жизни, отсутствием двусторонней эмоциональной теплоты. Нередко у некоторых членов такой семьи существует свой маленький автономный мирок, оберегаемый от вторжения других, особенно властного семейного лидера.

Все типы негармоничных семей являются главной причиной неправильного воспитания. Рассмотрим **виды неправильного воспитания**.

Неправильное воспитание при акцентуациях характера способствует возник­новению патохарактерологических реакций и неврозов, формированию психо­патического развития. Оно же утяжеляет конституциональные и органические психопатии и может играть роль провоцирующего и преципитирующего фактора для эндогенных психических болезней. Некоторые виды неправильного воспи­тания, какими они предстают перед психиатром, были описаны Н. И. Озерецким (1932), Г. Е. Сухаревой (1959), О. В. Кербиковым (1971). Основателем подросткого отделения (ныне 11 отделение) в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева - Личко А. Е. (1977, 1983) было подчеркнуто значение следующих видов:

**Гипопротекция.** В крайней форме проявляется безнадзорностью, чаще недо­статком опеки и контроля, а главное — истинного интереса к делам, волнениям и увлечениям подростка. Лишь иногда гипопротекция простирается до такой сте­пени, что подросток оказывается совершенно заброшенным — ненакормленным, неодетым, живущим в тяжелых бытовых условиях. Обычно же в наши дни в усло­виях всеобщего материального достатка гипопротекция не сказывается на удов­летворении насущных нужд подростка, а проявляется только недостатком вни­мания, заботы, руководства. В духовной жизни подростки оказываются полнос­тью предоставленными самим себе.

Скрытая гипопротекция наблюдается тогда, когда контроль за поведением и жизнью подростка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом.

Подросток чувствует, что старшим не до него, что они несут в отноше­ний его лишь тяжкие для них обязанности, что на деле они бы рады от них осво­бодиться. Скрытая гипопротекция нередко сочетается с описываемым далее скры­тым эмоциональным отвержением. Обычно подросток научается обходить формальный контроль и живет своей жизнью.

**Доминирующая гиперпротекция.** Чрезмерная опека, мелочный контроль за каж­дым шагом, каждой минутой, каждой мыслью вырастает в целую систему посто­янных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком, достига­ющего иногда постыдной для него слежки. Непрерывные запрещения, невозмож­ность принять когда-либо собственное решение путают подростка, создают у него впечатление, что ему «все нельзя», а его сверстникам «все можно». Гиперпротек­ция не позволяет с ранних лет учиться на собственном опыте пользоваться свобо­дой, не приучает к самостоятельности.

**Потворствующая гиперпротекция.** В крайнем проявлении речь идет о том, что ребенок и подросток становятся «кумиром семьи». Здесь дело не столько в посто­янном контроле, сколько в чрезмерном покровительстве, в стремлении освобо­дить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанно­стей. Это дополняется восхищением мнимыми талантами и преувеличением дей­ствительных способностей. Такие дети растут в атмосфере похвал, восторгов и обожания, ими любуются и восхищаются. Это культивирует эгоцентрическое же­лание всегда быть в центре внимания окружающих, ловить полные интереса к своей особе взгляды, слышать разговоры о себе, а все желаемое получать с легко­стью, без особого труда.

**Потворствующая гипопротекция.** При этом виде сочетается недостаток родительского надзора с некритичным отношением к нарушениям поведения у подростка. Родители пре­небрегают сигналами со стороны о его дурном поведении, негодуют по поводу общественных порицаний, стремятся оправдать его проступки, переваливают вину на других. Выгораживают своего сына или дочь, любыми средствами стараются освободить от заслуженных наказаний. Такое воспитание культивирует и не­устойчивые, и истероидные черты. **Воспитание «в культе болезни».** Такое воспитание описано Е. С. Ивановым (1980) у детей и подростков с церебральными параличами. По нашим наблюде­ниям, его приходится встречать также при хронических соматических заболева­ниях (например, при бронхиальной астме) или физических дефектах. Болезнь ребенка и подростка становится центром, на котором фиксировано внимание всей семьи. Подросток привыкает к мысли, что болезнь дает ему многие права, из-за нее все должны идти навстречу всем его желаниям, от всех неприятностей ограж­дать, от вполне посильных обязанностей освобождать, проступки прощать и по­зволять то, что не дозволено другим. Такое воспитание культивирует не только эгоцентризм, но и рентные установки, завышенные притязания.

При столкновении с трудностями в жизни наиболее универсальной становит­ся истерическая реакция с уходом в болезнь, ипохондризацией.

**Эмоциональное отвержение.** При этом типе воспитания ребенок и подросток постоянно ощущают, что им тяготятся, что он — обуза в жизни родителей, что без него им было бы легче, свободнее и привольнее. Еще более ситуация усугубляет­ся, когда рядом есть кто-то другой — брат или сестра, отчим или мачеха, кто го­раздо дороже и любимее (положение Золушки).

Скрытое эмоциональное отвержение состоит в том, что родители, сами себе не признаваясь в этом, тяготятся сыном или дочерью, хотя гонят от себя подоб­ную мысль, возмущаются, если кто-либо им укажет на это. Силами разума и воли подавленное эмоциональное отвержение обычно гиперкомпенсируется подчерк­нутой заботой, утрированными знаками внимания. Однако ребенок и особенно подросток чувствует искусственную вымученность такой заботы и внимания и ощущает недостаток искреннего эмоционального тепла.

**Условия жестоких взаимоотношений.** Обычно сочетаются с эмоциональным отвержением. Жестокое отношение может проявляться открыто — суровыми рас­правами за мелкие проступки и непослушание или тем, что на ребенке, как на существе слабом и беззащитном, срывают зло на других. Но жестокие отношения в семье могут быть скрыты от посторонних взоров. Душевное безразличие друг к другу, забота только о себе, полное пренебрежение интересами и нуждами других членов семьи, незримая стена между ними, семья, где каждый может рассчиты­вать только на себя, не ожидая ни помощи, ни участия, — все это может быть без громких скандалов, без драк и без избиений.

**Условия повышенной моральной ответственности.** В таких случаях родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они нередко лелеют мысль, что их потомок воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. Подросток чувствует, что родители от него ждут многого.

В другом случае условия повышенной моральной ответственности создаются, когда на малолетнего подростка возлагаются недетские заботы о благополучии младших и беспомощных членов семьи (Сухарева Г. Е., 1959).

**Противоречивое воспитание.** Водной семье каждый из родителей, а тем более прародители могут придерживаться неодинаковых воспитательных стилей, со­четать несовместимые воспитательские подходы, осуществлять разные виды не­правильного воспитания. При этом члены семьи конкурируют, или открыто конфликтуют друг с другом. Например, могут сочетаться доминирующая гипер­протекция со стороны отца и потворствующая со стороны матери, эмоциональ­ное отвержение со стороны родителей и потворствующая гиперпротекция со сто­роны прародителей. Подобные ситуации оказываются неблагоприятными для под­ростка, создавая большой риск для травматизации личности.

Описанные типы неправильного воспитания, видимо, связаны с теми тенден­циями, которые в какой-то мере оказываются присущими ряду современных се­мей.

В течение долгого периода незрелости и зависимости ребенок находит не­обходимого помощника своему «Я» в родителях. Этот «Я»-помощник защищает от переизбытка стимулов, предотвращает нарушения физических и психичес­ких потребностей, ограничивает стимулы и успокаивает чрезмерные чув­ства беспокойства, волнения и возбуждения. Два самых важных психологичес­ких условия гармоничного развития ребенка заключаются в том, что родители должны быть способны к сопереживанию и предвидению, а ребенок — к выра­жению своих нужд. Благодаря именно этим способностям симбиоз ребенка и, как правило, матери может обеспечить интенсивную эмоциональную и физи­ческую близость, которая так важна в начальный, самый незрелый период жиз­ни ребенка. Значение обыкновенного эмпатического «достаточно хорошего» материнства подробно описан Winnicott (1972). Хорошие условия нужны во многих отношениях, но главное — энергии, внимания и любви родителей дол­жно быть достаточно, чтобы дать ребенку чувство стабильности и надежности. Жизненная, внешняя ситуация должна быть достаточно благоприятной. Но од­ного этого мало. Психическое, внутреннее состояние родителей также имеет определяющее значение. Анна Фрейд сформулировала это так: «Внутренний мир матери определяет окружающий мир младенца». Различные индивидуальные расстройства родителей могут быть препятствием для успешного выполнения ими родительских функции. Это могут быть (помимо таких очевидно серьезных состояний, как психозы и мании) психическая незрелость, амбивалентность, депрессия, навязчивый контроль и интеллектуализирование, нарциссические расстройства. Подобные сложности могут затруднить родителям возможность найти баланс между «слишком много» и «слишком мало» близости и сочувствия, поддержки и защиты, контроля и справедливости.

Далее следует хорошо известная связь между проблемами во взаимоотноше­ниях родителей и психическим развитием ребенка. Зигмунд Фрейд в своей статье о детской сексуальности выразил это следующим образом: «Если родители ссо­рятся или несчастны в браке, у ребенка есть серьезнейшая предрасположенность к нервному расстройству или болезни» (Freud S., 1998).

Менее очевидна важность связи отношений родителей с ребенком и отноше­ний родителей со своими родителями, но, видимо, она также существует. Чувства и отношения, возникающие у родителей и прародителей, часто накладываются на взаимоотношения родителей и их отношения с ребенком. Трудности матерей в установлении контактов с ребенком в младенчестве и в более поздние периоды, как показывают многие исследования и клиническая практика, связаны с отно­шениями между ними и их матерями (Shereshefsky och Yarrow, 1973; Nilson, 1970; Uddenberg, 1978).

Исследователи психозов, работавшие с учетом семейной перспективы, считают, что психические заболевания молодых индивидов могут стать результатом бес­сознательных процессов, происходивших между родителями и детьми в несколь­ких поколениях, и начаться из-за неспособности переработать базовые чувства вокруг принадлежности к общности и разделению, например, при травмирую­щей объектной потере (Bowen, 1978) [24, с. 40-41].

Проблема психологических факторов, стоящих за психиатрическими симпто­мами детей, часто связывается с вопросом, являются ли родители виновниками их возникновения и если да, то каким образом. Эта проблема сложна и для роди­телей, и для детских психиатров как в эмоциональном, так и в теоретическом пла­не. Часто приверженцы психодинамического подхода обвиняют родителей в про­блемах детей. Подобное мнение может затруднить сотрудничество родителей и врачей.

Все родители, пе­режившие изначальную зависимость и беззащитность ребенка, неизбежно будут осознанно или неосознанно чувствовать вину за все, что случается с ребенком: неудачи и разочарования, физическую боль, несчастья, инвалидность и т. д. (Fyhr, 1983,1999). Большая часть самооценки родителей зависит от глубины этого пере­живания ответственности (и отсюда— потенциальной вины). Положительное развитие ребенка укрепляет самооценку родителей, и наоборот. Естественно, не­возможно защитить ребенка от всех разочарований и страданий. Кроме того, многие родители испытывают неизбежную, но чаще всего неосознанную амбивалент­ность, присутствующую во всех отношениях, и обеспокоены этим.

В каждой фазе развития ребенка существует связь между ним и родителями. Способность сотрудничать в процессе последовательного освобождения ребенка для самостоятельной жизни — задача развития обеих сторон. Постепенно роди­тели должны смириться с тем, что только сам молодой человек ответственен за свою жизнь. Готовность чувствовать вину у родителей связана с чувством ответ­ственности за ребенка. Но это может привести к гиперопеке и взаимной зависи­мости родителей и ребенка (в любом возрасте), ощутимо затруднив тем самым процесс приобретения последним самостоятельности.

К трудностям родителей и врачей, например, в определении доли вины за пси­хические расстройства ребенка дополнительно добавляется философское и пси­хологическое обстоятельство: слож­ность разграничения спорных представлений о вине и причине. Во многих языках эти два термина — синонимы. В греческом «aitia» (который является кор­нем термина «этиология») и финском «syy» эти значения переплелись. Причина природных явлений, например землетрясения, описывается теми же словами, что и человеческая вина за совершенное преступление (von Wright, 1971).

На психическое развитие ребенка сильное влияние оказывают личности ро­дителей, их отношения, действия и т. д. Депрессия матери в один из сенситивных периодов самого раннего развития ребенка может стать важным фактором воз­никновения психологических трудностей у ребенка позднее. Аналогичным обра­зом оптимальное психическое состояние матери позитивно влияет на развитие ребенка. Возможно, депрессия матери была необходимым предварительным, но недостаточным условием развития дальнейших расстройств у ребенка. Хотя мать в этом примере и явилась важным фактором их развития, было бы грубым упро­щением говорить, что она вызвала проблемы ребенка. Еще более неправильно (на том основании, что ответственность и вина определяют достаточные возмож­ности выбрать различные способы действий) было бы утверждать, что мать ви­новна в том, что у ребенка развились сложности [24, c.40-42].

Чтобы понять происхождение психозов, часто используют психодинамиче­скую теорию. Согласно одной из гипотез, чем раньше произошли нарушения в отношениях мать-ребенок, тем серьезнее впоследствии психическое заболева­ние. Предполагается, что эмоциональные потрясения в течение раннего младен­чества вызывают психоз, в то время как более позднее их влияние вызывает по­граничное нарушение — невроз. Однако эмпирические сведения, которые под­тверждали бы эту гипотезу, пока не опубликованы.

Родители больных анорексией по возрасту и социальному положению не от­личаются от других людей. Не имеет значения для заболевания и наличие братьев и сестер (Restam och Gillberg, 1991). Но описывались семьи, где у ребенка, втяну­того в отношения родителей или семейные тайны и конфликты, нарушение пи­тания становилось стабилизирующим фактором, который поддерживал больную систему семьи (Minuchin et al., 1978; Vandereyken et al., 1989). Роль семьи может быть второстепенной в возникновении болезни. Контролируемое шведское ис­следование семьи показало, что семьям, где есть дети с нервно-психической ано­рексией, также присущи разводы, открытые конфликты и проблемы иного рода, как и семьям, где дети имеют разные психиатрические диагнозы (Wolkind och Rutter, 1985 b). В изучении пациентов с анорексией выявлено, что нарушениями питания чаще страдают близкие родственницы больных анорексией (Halmi et al., 1991; StroberetaL, 1990) [24, с.205].

Важно отметить, что общее и особенно психосексуальное развитие у стремящихся к голоданию за­держано. Установка на свое тело означает нарциссическую переоценку и прояв­ляет амбивалентность: с одной стороны, сосредоточенность и повышенное вни­мание, а с другой — тревожная враждебность и дистанцирование от инстинктов. Пациентки не признают своей половой роли, роли взрослой женщины. Падение аппетита и рвоты означают отвращение к сексуальности. В процессе невротиче­ской регрессии может возникать неосознанная идентификация между едой и воз­можностью забеременеть, между прибавкой в весе и беременностью. С помощью похудения подсознательно отвергается не только возможность создания женских форм, но и беременность. В стремлении к похудению больная избавляется от не­обходимости быть чьим-то партнером и матерью. Психоаналитически здесь об­наруживается двухфазное вытеснение: поскольку психоневрологическое симптомообразование не достигает нужной степени защиты, к нему присоединяются соматические защитные процессы.

Регулярно ухудшаются отношения с матерью (вследствие существования нарциссических привязанностей), а также одновременно и с отцом по типу эдипального конфликта. Конфликты между родителями отражаются на анорексии детей, что относится к семейным привычкам в еде, а также в ней отражаются проблемы сексуальности, авторитетов и зависимости. Нередко встречается картина «семей­ного невроза», который выкристаллизовывается в анорексии у дочери — носи­тельницы конфликта. Противодействие семьи врач встречает при анорексии столь резко, как ни при какой другой болезни. [24, с.208].

1.2. Исследования детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии

1.2.1. Содержание понятия детско-родительские отношения в научной и прикладной литературе

Проблема отношений взрослого мира и мира детей в последнее время все чаще оказывается в центре экспериментально-психологического анализа. Актуальность изучения проблемы взаимоотношений взрослых и детей характеризуется появлением множества свидетельств серьезного неблагополучия в системе детской жизни, которые являются, по словам Д.И. Фельдштейна, следствием отрыва всего взрослого сообщества от детства, утратой эмоционального контакта между ребенком и старшим поколением, утратой способности взрослых сопереживать, сочувствовать эмоционально значимым проблемам детей. «Один из парадоксов эволюции человека состоит в том, что родители по большей части остаются в полном неведении относительно эмоциональных переживаний душевного развития своих детей» [Франкл, 1900].

Прогрессирующее ухудшение взаимоотношений взрослого сообщества и подрастающего поколения сопровождается ослаблением эмоциональных контактов взрослого и ребенка, которые приводят к страхам, агрессивности к миру, к другим людям и к самому себе, к нежеланию познавать новое, учиться, взрослеть.

Ребенок рождается и живет в системе реальных, конкретных, жизненных связей с другими. Наличие и сам характер этих отношений, динамика их преобразования как раз и образуют действительную социальную ситуацию развития. Иными словами, в развитии ребенка то, что должно получиться в конце развития, в результате развития, уже дано в среде с самого начала. В этом, по мысли Л.С. Выготского, состоит «величайшая особенность детского развития», которое совершается в таких условиях, когда «образец», «идеальная форма» не только существуют в окружающей ребенка общественной среде и взаимодействует с ребенком с самого начала, но реально направляет, регулирует процесс развития и является его источником [38].

Воспитание ребенка без учета его индивидуальности, игнорирование значимых для него потребностей приводит к формированию у него искаженной жизненной позиции, что **ведет к нарушению у него системы отношений формирующейся личности** и **создает противоречие между тенденциями развития и возможностями личности**.

Анализ психологических исследований подтверждает тот факт, что завышенные требования к ребенку, негибкая, догматическая система воспитания, не учитывающая собственную природу и активность ребенка, его способности, интересы и потребности, часто является причиной эмоциональных расстройств и неврозов у детей (М.И. Буянов, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская).

Эмоциональное неблагополучие ребенка, по мнению А.И. Захарова, может быть вызвано: противоречивыми требованиями к нему; исходящими из разных источников; неадекватными требованиями, несоответствующими возможностям и стремлениям ребенка; негативными требованиями, которые ставят ребенка в унизительное, зависимое положение. В всех трех случаях у ребенка возникает чувство «потери опоры», утраты прочных ориентиров в жизни, неуверенность в окружающем мире.

Родители, рисуя в своем сознании идеальный образ ребенка, предъявляя к нему соответствующие требования и установки, препятствуют реализации его важнейших потребностей. У детей их очень много, но первая и самая важная – это потребность в любви, доброжелательности, теплоте и искренности чувств, называемая потребностью в эмоциональном контакте. Чтобы у ребенка было хорошее самочувствие, правильно протекало физическое, психическое и социальное развитие, он должен чувствовать, что воспитывающие его люди радуются его существованию, принимают его таким, каков он есть, независимо от возможных «дефектов», особенностей поведения (А.С. Спиваковская).

Нарушение взаимодействия с наиболее близким человеком является для младенца не только социальной депривацией, но и сенсорным дефицитом, не только риском отставания в социально-эмоциональном развитии, но и **риском нарушения психического здоровья** (Р.Ж. Мухамедрахимов).

Здесь особо следует подчеркнуть значение работ М.И. Лисиной и ее учеников, которые внесли вклад в понимание становления социальной составляющей образа мира ребенка через эмоциональный контакт и общение с взрослыми. Особая реакция на мать как объект, принципиально отличающийся от всех других, позволяет задолго до того, как ребенок учится хотя бы самым элементарным предметным (культурным) действиям. Именно с комплекса оживления начинается его социализация и тем самым построение образа мира, специфического для человека. Это эмоционально-чувственное движение «от ребенка на мать» есть та основа, вокруг которой начинается кристаллизация образований, обеспечивающих пристрастный характер знания ребенка о мире и о самом себе, первично входящего «через мать», по каналам, открывающимся только навстречу ей.

1.2.2. Основные подходы и теории изучения детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии

Проблема детско-родительских отношений и стилей детско-родительского взаимодействия являлась предметом рассмотрения различных западных и отечественных направлений и школ.

Анализ **зарубежной литературы** показал, что в теории классического психоанализа З.Фрейда основной упор делается на критическую роль переживаний раннего детства в формировании взрослой личности, главными из которых являются отношения с родителями. Данная теория, ставя в центр анализа личность ребенка, убедительно показала, что для развития ребенка главное значение имеет другой человек, в первую очередь – родитель, выступающий в роли носителя определенных исторических ценностей и желаний ребенка, а не предметы, которые его окружают. Также следует отметить, что психоанализ, являясь связующим направлением основных современных концепций детского развития, положил начало значительному числу новых подходов к проблеме детско-родительских отношений.

Развитие классического психоанализа нашло свое отражение в работах А. Фрейд. Анализируя отношения, которые устанавливаются между ребенком и обществом в первые мгновения жизни, А. Фрейд замечает, что естественные потребности детей довольно часто не совпадают с общепринятыми в западной культуре обычаями и традициями. Отсюда конфликтное сосуществование ребенка и общества и настоятельная необходимость ввести родителей в чуждый им эмоциональный мир ребенка. Согласно А. Фрейд, детское развитие представляет собой процесс постепенной социализации ребенка. Настроение матери, ее индивидуальные симпатии и антипатии оказывают решающее влияние на развитие ребенка. Родитель выполняет функции опоры, поддержки и маркера развивающего принципа реальности, одновременно и воплощая этот принцип.

Один из наиболее выдающихся неофрейдистов, Э. Эриксон, внес существенные дополнения в идеи З. Фрейда. В частности, Эриксон развил ряд положений относительно индивидуального взаимоотношения ребенка с родителями и тем культурным контекстом, в котором существует семья. В каждой культуре имеется свой особый стиль материнства, который каждая мать воспринимает как единственно правильный. Результаты его работ показывают, что развитие «Я» ребенка неразрывно связано с меняющимися особенностями социальных требований и системой ценностей. Созданная Эриксоном периодизация психического развития ребенка включает более широкий социальный контекст, нежели периодизация Фрейда, а так же описывает качественное своеобразие отношений с близкими взрослыми, которые характерны для каждой стадии. Согласно Эриксону, переход от одной стадии к другой сопровождается кризисами развития, своего рода поворотными пунктами, моментами выбора между прогрессом и регрессом, интеграцией и задержкой.

В отношениях между родителями и ребенком наблюдается двойственная интенция, которая совмещает в себе чувственную заботу о нуждах ребенка с твердым чувством полного личного доверия к нему, т.е. с одной стороны родители должны оберегать ребенка от окружающих его опасностей, с другой – предоставлять ему определенную степень свободы, а ребенок устанавливает необходимый баланс между требованиями родителей и своей инициативой. В отличие от Фрейда, который рассматривал систему, в которой развивается ребенок, как триаду «ребенок-мать-отец», Эриксон рассматривает развитие в более широкой системе социальных отношений, подчеркивая роль исторической реальности, в которой развивается «Я» ребенка.

Наряду с Эриксоном, К. Хорни также придавала особое значение культурной среде, социальным отношениям между родителями и ребенком и той роли, которую они играют в развитии личности. Согласно социокультурной теории личности, в детстве основными являются две потребности – удовлетворения и безопасности, в достижении которых ребенок полностью зависим от родителей. Если эти потребности не удовлетворяются (в результате неустойчивого поведения родителей, чрезмерной опеки), то у ребенка развивается установка базальной враждебности: ребенок зависит от родителей и в то же время испытывает к ним обиду и негодование.

Психическое развитие ребенка, его когнитивное, эмоциональное и личностное развитие весьма чувствительно к характеру детско-родительских отношений. Внутреннее принятие родителем своего ребенка, благосклонное внимание и уважение к его индивидуальности, полнота удовлетворения потребностей формируют положительную самооценку, создают ощущение безопасности и доверия к окружающему миру. Закрепощенность личности, замедленное когнитивное развитие, ощущение отверженности и агрессии, отрицательное отношение к себе и другим людям, отклоняющееся поведение и неврозы возникают в ответ на стремление родителей поставить ребенка в подчиненной положение.

В гуманистической теории личности ребенок рассматривается как уже сложившаяся и самодостаточная личность со своими переживаниями, потребностями и неисчерпаемым внутренним потенциалом. Задача взрослого – помочь ребенку реализовать этот потенциал и актуализировать эти переживания, не навязывая своего мнения и не деформируя личность ребенка. Здесь необходимо чувствительность к интересам и переживаниям ребенка, понимание его проблем и следование за ним во всем. Представитель гуманистического направления, Э. Фромм, значительно расширил горизонты психоаналитической теории, подчеркивая роль социологических, антропологических, религиозных и других факторов в развитии личности. Рассматривая детско-родительские отношения как фундаментальную основу развития ребенка, Фромм провел качественное различие между особенностями материнского и отцовского отношения к ребенку. Это различие наиболее ярко прослеживается по следующим линиям:

- условность – безусловность;

- контролируемость-неконтролируемость.

Э. Фромм отмечает, что материнская любовь безусловна по самой своей природе: «В материнской любви двое, которые были одно, отделяются друг от друга. Мать должна не только вытерпеть отделение ребенка, но должна хотеть этого, способствовать этому» (Фромм, 1991). Отцовская любовь обусловлена – отец любит за то, что ребенок оправдывает его ожидания. «Но речь здесь идет не о конкретном родителе, а о материнских и отцовских началах, которые в определенной степени представлена в личности матери или отца» (Фромм, 1991). Обсуждая модальность «контролируемость-неконтролируемость», Э. Фромм указывает на то, что материнская любовь не подвластна контролю со стороны ребенка, ее нельзя заслужить. Отцовская любовь управляема, ее можно заслужить, но ее можно и лишиться. Материнская любовь должна быть уверенной и сильной. Отцовская любовь должна быть терпеливой и снисходительной. В процессе развития ребенок внешне освобождается от родителей, но внутренне как бы обретает и материнское сознание (на основе своего разума и здравого смысла), их окончательный синтез составляет основу духовного здоровья и зрелости.

Бихевиоритсы (Дж. Уотсон и др.) полностью сводят моральное развитие ребенка к образованию у него системы условных рефлексов, основанной на поощрении и наказании. Практическая сторона такой позиции, как показал опыт воспитания детей, система жёстких наказаний отчуждает детей от взрослых, вызывая негативную реакцию и агрессию. Цель психологии – «установление таких данных и законов, чтобы при данном стимуле психология могла предсказать, какова будет реакция». Любая ситуация может быть разложена на составляющие ее стимулы. Воспитание состоит в создании системы стимулов, воздействующих на поведение ребенка. Дж. Уотсон считает правомерным вознаграждать и порицать ребенка, при этом допускаются и физические воздействия.

Б. Скинер, ссылаясь на генетический фактор в развитии личности, прежде всего подчеркивает роль внешнего окружения, которое определяет поведение ребенка так, что последний становится пассивным объектом воздействия со стороны окружающих. Ребенок не отвечает за свои поступки. Все зависит от окружающей среды, от внешних причин, которые определяют и регулируют развитие ребенка. По Б. Скинеру, поведение ребенка направлено на то, чтобы получить одобрение взрослого, выражающееся во внешних факторах подкрепления, положительных или отрицательных. Факторы подкрепления – система поощрений и наказаний, порицаний, с помощью которых можно запрограммировать поведение ребенка.

Таким образом, бихевиористы полностью сводят моральное развитие ребенка к образованию у него системы условных рефлексов, основанной на поощрении и наказании.

Развитие ребенка Ж. Пиаже рассматривает как спонтанное, идущее изнутри, как процесс адаптации ребенка к требованиям социальной среды. На этом основании Ж. Пиаже выделяет две стадии в моральном развитии ребенка. Первая – стадия принуждения, которая характеризуется так называемым «моральным реализмом». На этой стадии ребенок воспринимает все правила, идущие от взрослого, как спонтанные, превращая их в «абсолюты», не подлежащие сомнению. Главный ориентир для поведения ребенка – отношение взрослого, его поощрения и санкции. Приспосабливаясь к этой авторитарной морали взрослых, ребенок устанавливает связь «интеллектуальный-нравственный реализм». На следующей стадии развития принуждение сменяется сотрудничеством, которое возникает и формируется во взаимоотношениях со сверстниками.

Некоторые идеи психоаналитического подхода нашли свое отражение и дальнейшее развитие в идеях Дж. Боулби, основавшего теорию привязанности. В отличие от психоанализа в основе этой теории лежит формирование надежной привязанности, которая складывается в условиях, когда мать проявляет нежность, чувствительность к потребностям ребенка, дает чувство защищенности и безопасности, а не только физического удовольствия (пищевого или сексуального). В теории привязанности (одной из самых популярных объяснительных концепций в современной западной психологии) выделяют три типа привязанности: надежная привязанность, которая дает чувство безопасности ребенку; ненадежная привязанность и связанное с ней чувство собственной незащищенности и уязвимости; тревожно-амбивалентная привязанность, возникающая вследствие непредсказуемого, непоследовательного поведения матери.

Привязанность характеризуется двумя противоположными тенденциями: стремлением к риску, активному познанию мира, которое уводит ребенка от матери, и стремление к защите и безопасности, которое возвращает его к ней; и чем надежнее привязанность, тем выше инициативность ребенка. Таким образом, с одной стороны, ребенок осознает себя через отношение к нему близкого взрослого, и это отношение становится его внутренним самоощущением, сквозь которое он воспринимает окружающий мир, - отношение родителя не является для ребенка внешним стимулом, оно составляет ткань его самосознания. С другой стороны, отношение ребенка к себе и его представление о себе определяют его отношение к близким взрослым (прежде всего, к матери). Это положение представляется чрезвычайно важным для понимания специфики взаимоотношений между ребенком и его родителями.

В качестве альтернативы психоаналитическому направлению в психологии выступило феноменологическое направление, основанное К. Роджерсом. Определяющим в феноменологическом подходе Роджерса является понятие «Я-концепции», которое отражает то, как человек осознает себя в связи с различными социальными ролевыми образами, формирующимися в результате усложняющегося взаимодействия между людьми. Роджерс не создавал специальную схему стадий периодизации для Я-концепции, он сосредоточился на том, как оценка индивидуума другими людьми, особенно в детстве, способствует развитию позитивного или негативного образа себя. В случае, если отношения между родителями и ребенком строятся на основе «условия ценности» (т.е. к ребенку относятся позитивно, если он соответствует взглядам родителей), Я-концепция не является прочной основой для развития здоровой личности. Единственный способ не вмешиваться в тенденцию актуализации ребенка, согласно Роджерсу, - это безусловное позитивное внимание со стороны взрослого, когда отношение родителя к ребенку не соотносится с совершенными им поступками, ребенка ценят и любят просто потому, что он есть, а ребенок чувствует, что его принимают, и начинает думать о себе одобрительно (К. Роджерс). Особенно важно отметить факт ценности и необходимости безусловного позитивного отношения родителя к себе, ибо взрослый, склонный к самоотрицанию, не способен к подлинной родительской любви и не может служить для ребенка правильным образцом принятия себя.

В **отечественной психологии** с оригинальной идеей выступил Л.С. Выготский. Он полагал, что самое существенное в развитии ребенка и его сознания заключается не в изолированных изменениях отдельных функций (внимания, памяти, мышления), а в развитии личности ребенка в целом. Он выделяет еще и социальный опыт, который психологически не отличается от исторического, но и формируется, развивается и функционирует лишь в социальном общении. Присвоение ребенком образцов поведения происходит через содержание деятельности, опосредованной общением со взрослым, которое является образцом и носителем правил. Таким образом, во взаимодействии со взрослым ребенок получает необходимые знания, благодаря которым он научается овладевать своим собственным поведением.

Согласно Д.Б. Эльконину, развитие ребенка включает детерминирующие друг друга направления: с одной стороны, усвоение смыслов человеческой деятельности и правил взаимоотношений людей, а с другой, усвоение способов действий с предметами. Этот процесс в онтогенезе осуществляется через посредника (взрослого). С развитием субъекта обе формы поведения сливаются в единую.

Личность ребенка, по мнению Л.И. Божович, формируется в той или иной деятельности, когда приводятся в движение его потребности и интересы. В свою очередь, правильно сформированная потребность и направленность личности создают условия для активности личности. Л.И. Божович связывает с появлением у ребенка нового уровня потребностей и новых возможностей в духовной и практической деятельности.

Разрабатывался еще один аспект развития ребенка дошкольного возраста. Он представлен работами В.С. Мухиной и рядом исследований, проводимых под ее руководством. Согласно В.С. Мухиной, развитие личности идет по двум детерминирующим друг друга направлениям: усвоение правил взаимоотношений людей друг с другом и взаимодействия субъекта с предметом в мире постоянных вещей. Этот процесс в онтогенезе осуществляется через посредника (взрослого) и через соучастника усвоения нормативов (ровесника). С развитием субъекта обе формы поведения сливаются в единую, которая и закрепляется как зависимость от объекта непосредственного общения.

Таким образом, можно увидеть, что родительские отношения в каждой психологической школе описываются различными понятиями и терминами, которые определяются исходными теоретическими позициями авторов. Вместе с тем, практически во всех подходах можно усмотреть двойственность или поляризацию родительских отношений. С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь, которая определяет доверие к ребенку, радость и удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и внимание к нему. С другой стороны, родительское отношение характеризируется требовательностью и контролем. Именно родитель приводит ребенка к реальности, является носителем общественных норм и правил, оценивает его действия, осуществляет необходимые санкции, которые обусловлены определенными родительскими установками. Все исследователи, описывая детско-родительские отношения, указывают на двойственность (удовольствие и реальность, любовь и контроль, безусловность и условность и т.д.). Несмотря на разные подходы зарубежных и отечественных исследователей к изучению развития личности ребенка, в каждом из них указывается высокая значимость влияния близкого взрослого на развитие личности ребенка.

1.2.3. Нарушения функционирования в семье

Семья – ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т.е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Соловьев Н.Я., 1977).

Важнейшими характеристиками семьи являются ее **функции**, **структура** и **динамика**.

Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. «Функций семьи столько, сколько видов потребностей в устойчивой, повторяющейся форме она удовлетворяет» (Соловьев Н.Я., 1977). Выполнение семьей ее функций имеет значение не только для ее членов, но и для общества в целом.

Рассмотрим функции семьи:

* **воспитательная функция семьи** состоит в том, что удовлетворяются индивидуальные потребности в отцовстве и материнстве; в контактах с детьми и их воспитании; в том, что родители могут «реализовываться» в детях. В ходе выполнения воспитательной функции семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, подготовку новых членов общества;
* **хозяйственно-бытовая функция семьи** заключается в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т.д.), содействует сохранению их здоровья: в ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил;
* **эмоциональная функция семьи** – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабилизацию членов общества, активно содействует сохранению их психического здоровья;
* **функция духовного (культурного) общения** – удовлетворение потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении, она играет значительную роль в духовном развитии членов общества;
* **функция первичного социального контроля** – обеспечение выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание и т.п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в полном соответствии с социальными нормами;
* **сексуально-эротическая функция** – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества важно, что семья при этом осуществляет регулирование сексуально-эротического поведения ее членов, обеспечивая биологическое воспроизведение общества.

С течением времени происходят изменения в функциях семья: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменилась функция первичного социального контроля. Повысился уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных отношений (рождения внебрачных детей, супружеским изменам и т.п.). Развод перестал рассматриваться как наказание за недостойное поведение в семье.

**Нарушения функций семьи** – это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Способствовать нарушениям может весьма широкий круг факторов: особенностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи. Например, причиной нарушений воспитательной функции семьи может стать отсутствие у родителей соответствующих знаний и навыков, и нарушения в их отношениях (конфликты по вопросам воспитания, вмешательство других членов семьи т.д.).

**Структура семьи** – состав семьи и число ее членов, а также совокупность их взаимоотношений. Анализ структуры семьи дает возможность ответить на вопрос, каким образом реализуется функция семьи: кто в семье осуществляет руководство и кто является исполнителем, как распределены между членами семьи права и обязанности. С точки зрения структуры можно выделить семьи, где руководство сосредоточено в руках одного члена семьи, и семьи, где явно выражено равное участие всех членов в управлении. В первом случае говорят об авторитарной системе отношений, во втором – о демократической. Различной может быть структура семьи в зависимости от того, как в ней распределены основные обязанности: равномерно или же большая их часть сосредоточена в руках одного члена семьи.

**Нарушения структуры семьи** – это такие особенности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Например, неравномерность распределения хозяйственно-бытовых обязанностей между супругами является нарушением структуры взаимоотношений в семье, поскольку препятствует удовлетворению ряда потребностей того супруга, который взял на себя основную нагрузку (потребностей в восстановлении физических сил, в культурном, духовном обогащении).

Вопрос о том, что является нормой, а что нарушением, - один из наиболее трудных вопросов в современной науке о семье. Часть семейных психотерапевтов имеют определенное представление, какой должна быть семья, - например, какими могут и должны быть отношения между супругами и каких отношений не должно быть между родителями и детьми (Сальвадор Минухин). Другие определяют требования, предъявляемые к семье, - например, необходимость создавать условия для развития личностей членов семьи – «опытная» семейная психотерапия (основоположник этого направления – Кард Витакер). Третьи, - какой не должна быть семья, - «учение о семейных треугольниках» и о «двойной связи». Наконец, четвертые верят пациенту и помогают ему избавиться о того, что ему мешает.

**Динамика семьи.** Функции и структура семьи могут изменяться в зависимо­сти от этапов ее жизнедеятельности. Существуют различные системы выделе­ния основных этапов жизненного цикла. Наиболее известна система «стадий», где в качестве основного признака разграничения стадий использовался факт нали­чия или отсутствия детей в семье и их возраст (Duvall E., 1957). Есть еще целый ряд периодизаций, например W. Gove (1973) и A. Barcai (1981).

Помимо ситуативных стрессов выделяют и те, которые предусмотрены кол­лизиями развития личности/организма, семьи и других социальных групп — «нормативные стрессы и стрессоры» (Burnham J.В., 1991) и кризисы развития (Caplan G., 1963). Они могут быть описаны как критические точки прохождения семьи от фазы к фазе в жизненном цикле семьи. Именно в этих точках пре­жние способы достижения целей, применявшиеся в семье ранее, не способству­ют достижению новых потребностей, появившихся у членов семьи.

Семейные системные психотерапевты Варнхилл и Лонго для объяснения того, что происходит с семьей при переходе от фазы к фазе, заимствовали психо­аналитические идеи о фиксации и регрессии: во время нормативного стрессора дисфункциональные семьи, вместо того чтобы продвигаться вперед, регрессиру­ют на более ранние фазы развития семьи, либо останавливаются в своем разви­тии, т. е. фиксируются на определенной фазе. Для того чтобы избежать этого, они предлагают семьям проработать проблему переходов «Как вы это делали, с помощью каких средств, что вы еще не делали?»

Дюваль (Duvall Е. М., 1957) выделил следующие фазы в жизненном цикле семьи:

1. Вовлечение. Встреча супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу.

2. Принятие и развитие новых родительских ролей.

3. Принятие в семью новой личности. Переход от диадных отношений суп­ругов к отношениям в треугольнике.

4. Введение детей во в несемейные институты.

5. Принятие подростковости.

6. Экспериментирование с независимостью.

7. Подготовка к уходу детей из семьи.

8. Уход детей из семьи, принятие их ухода, жизнь супругов «глаза в глаза».

9. Принятие факта ухода на пенсию и старости.

Таким образом, принятие подросткового возраста ребенка – нормативный кризис семьи, который ведет либо к дальнейшему развитию, либо к регрессу.

1.2.4. Нарушения функционирования в семье и болезнь ребенка

Нарушение, которое не оказывает существенного негативного влияния воздействия на жизнь семьи в нормальных условиях, однако играет большую роль в сложных обстоятельствах, определяя неспособность семьи им противостоять, называется латентным.

В семьях, где нет латентных нарушений или они минимальны, оказывается возможной мобилизация семьи, усиление ее сплоченности, активизация совместных действий. В семьях, имеющих такие нарушения, это трудноосуществимо. Семьи без латентных нарушений в этих условиях начинают функционировать лучше, а имеющие их – хуже.

Представление о латентных нарушениях, по мнению Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса, дает возмож­ность более точно и разносторонне понять отношения между семьей и различны­ми трудностями, которым она противостоит. В соответствии с этим представле­нием трудные условия не просто выступают как фактор, нарушающий те или иные стороны жизнедеятельности семьи, — они, прежде всего, выявляют латент­ные нарушения ее жизнедеятельности, а эти нарушения, в свою очередь, определя­ют реакцию на трудности.

Под психической травмой авторы, вслед за Канторовичем (Канторович Н. В., 1967), понимаем тяжелые индивидуальные психические переживания, играющие значи­тельную или основную роль в клинике и течении нервно-психи­ческих заболеваний.

Семейная психиатрия развивает и конкретизирует учение о психической трав­ме. Это связано с тем, что семья может вызывать нарушения психического здоро­вья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. Психическая травма — это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздей­ствий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения семьи вызывают психическую травму; развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое расстройство индивида — члена семьи.

Рассмотрим сущность психической травмы и основные закономерности уча­стия семьи в ее возникновении и развитии.

Психическая травма — это, прежде всего, психическое переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние. Центральное место эмоций в структуре психотравмирующего переживания закономерно, оно обуслов­лено как важным местом эмоций в организации и интеграции психических про­цессов, так и их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем лич­ности (Анохин П. К., 1979).

Психотравмирующее переживание — это состояние, воздействующее на личность в силу его выраженности (остроты), длительности или повторяемости. Психотравмирующими являются не любые сильные или потрясаю­щие переживания, а лишь такие отрицательные переживания, которые могут быть причиной определенной клинической патологии (Канторович Н. В., 1967).

Исследования неврозов, реактивных расстройств и других форм, погранич­ных нервно-психических расстройств, в этиологии которых значительную роль играет психотравмирующее переживание, позволяют очертить круг таких состо­яний. Это состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности (субдепрессив­ные состояния), тревоги, страха, беспокойства, неуверенности, беспомощности (состояния фобического круга), эмоциональная напряженность, а также сложные совокупности состояний, возникающих при наличии внутреннего конфликта, столкновения индивида с непомерными препятствиями и трудностями (Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др., 1976).

Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний является, как было по­казано В. Н. Мясищевым (1960), их центральное место в структуре личности, их особая значимость для индивида. «Достаточно взглянуть на любое глубокое пе­реживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болез­ненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений. Потеря места, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижение цели, уязвленное самолюбие и т. п. являются источником болезненного пережи­вания лишь в том случае, если они занимают центральное или, по крайней мере, значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции. (Мясищев В. Н., 1960).

Важное место в учении о психической травме занимает понятие о патогенной ситуации — совокупности факторов, непосредственно обусловливающих психотравмирующее переживание. «Патогенная ситуация, в соответствии с точным смыслом слова, представляет то положение, в котором оказывается личность, с её качествами (преимуществами и недостатками), с сочетанием условий, лиц, которыми она взаимодействует, со стечением обстоятельств, создающих неразрешимый клубок внешних и внутренних трудностей» (Мясищев В. Н., 1960).

Ведущая роль семьи в возникновении патогенных ситуаций и психотравмирующих переживаний определяется рядом обстоятельств:

1. Ведущей ролью семейных отношений в системе взаимоотношений личности. Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида является единственной, а позднее одной из наиболее важ­ных социальных групп, в которые он включен.

2. Многосторонностью семейных отношений и их зависимостью друг от дру­га. Сферы домашнего хозяйства, досуга, эмоциональных и сексуально-эро­тических взаимоотношений теснейшим образом взаимосвязаны, и попытка внести в любую из них более или менее значительные изменения вызывает «цепную реакцию» изменений во всех других. В силу этой особенности от семейной травмы труднее уйти — у члена семьи при попытке избежать травматизации возникает больше сложностей.

3. Особой открытостью и, следовательно, уязвимостью члена семьи по отно­шению к различным внутрисемейным влияниям, в том числе и травматизирующим. В семье индивид более доступен воздействию со стороны дру­гих членов семьи; слабости и недостатки его проявляются наиболее явно.

Психические травмы семейной этиологии, как и любые другие, могут быть единичными и повторными, короткими и длительными (Канторович Н. В., 1967). В то же время сама длительность семейных отношений создает особенно благо­приятные предпосылки для длительно действующих, закономерно и часто повто­ряющихся психических травм.

Особую значимость при анализе участия семьи в психической травматизации личности имеют случаи устойчивой патогенной си­туации, обусловленной всей совокупностью семейных отношений в данной се­мье. Индивид воспринимает семейную жизнь в целом как травматизирующую. Травматизирующее переживание становится результатом всех или значительно­го числа семейных обстоятельств.

Среди многочисленных семейно-обусловленных травматизирующих состояний особенно важную роль играют четыре вида: состояние глобальной семейной неудовлетворенностью, «семейная тревога», семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение; чувство вины.

Дадим характеристику этим состояниям:

Состояние глобальной семейной неудовлетворенности - патогенная семейная ситуация, обусловливающая возникновение данного пе­реживания, — резкое расхождение между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида. Следствием этой патогенной ситуации является состояние фрустрации, осознаваемой или неосознаваемой.

По-другому проявляется плохо осознаваемая («тлеющая») неудовлетворенность. Неудовлетворенность выявляет­ся косвенным путем. Во-первых, через выражение чувств и состояний, гранича­щих с прямой неудовлетворенностью: монотонность, скука, бесцветность жизни, отсутствие радости, ностальгические воспоминания о времени до брака. Основ­ным мотивом поведения в семье выступает необходимость: «Делаешь то, что нужно», «Живешь так, как нужно», «Приобретаем то, что нужно». Во-вторых, неудовлетворенность проявляется в многочисленных жалобах на различные частные стороны семейной жизни. В-третьих, «тлеющая неудовлетворенность» проявляется в ряде специфических феноменов, наблюдаемых в жизни такой семьи. Прежде всего, это явление, которое, на наш взгляд, уместно было бы назвать феноменом «капли дегтя». Речь идет о какой-то, в большинстве случаев объективно второстепенной проблеме, которая в данной семье разрастается до таких размеров, что способна серьезно снизить удовлетворенность супругов семейными взаимоотношениями. Такой «каплей дегтя» могут послужить взаимо­отношения с кем-либо из родственников, проживающих отдельно, или разногласия по второстепенным вопросам организации семейной жизни.

Аналогичную роль играют и крупные, значимые проблемы, которые не могут быть решены в данный момент и постоянно ощущаются как важный фактор неудовлетворенности жизнью семьи.

Другой специфический феномен, наблюдаемый в случае «тлеющей неудов­летворенности», — нарастание фрустрации одного или обоих супругов: они со­общают о том, что оба (или один из них) стали «нервными», при этом ими же указывается на какие-то, на их взгляд, объективные причины этого явления (бе­ременность, различного рода трудности, встречающиеся в повседневной жизни).

«Семейная тревога». Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые. Характерным признаком данного типа тревоги является то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся, прежде всего, семьи — здоровья ее членов, их отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая неуверенность инди­вида в каком-то очень для него важном аспекте семейной жизни. Это может быть неуверенность в чувствах другого супруга, неуверенность в себе. Индивид вытес­няет чувство, которое может проявиться в семейных отношениях и которое не вписывается в его представления о себе.

Важными составляющими «семейной тревоги» являются также чувство бес­помощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий в семье, на­править его в нужное русло. Индивид с семейно-обусловленной тревогой не ощущает себя значимым действующим лицом в семье, независимо от того, какую позицию он в ней занимает и насколько активную роль играет в действительности.

Необходимо отметить также роль данного состояния в этиологии ост­рых аффективных реакций, а также острых и подострых реактивных психозов (в том числе реактивной депрессии). Семейно-обусловленная тревога выступа­ет в этих случаях как «фактор почвы», способствуя резкому усилению реакции на патогенную ситуацию.

Семейно-обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение - чрезмерное нервно-психическое напряжение является одним из основных психотравмирующих переживаний. Большое значение в раскрытии природы этого состояния имеют работы И. П. Павлова. Основываясь на учении о высшей не­рвной деятельности, он выделил следующие источники перенапряжения: перенап­ряжение тормозного процесса, подвижности нервных процессов, столкновение (или сшибка) противоположных процессов (Павлов И. П., 1951).

Семья участвует в формировании непосильного нервно-психического на­пряжения личности несколькими способами:

1. Создавая для индивида ситуации постоянного психологического дав­ления, трудного или даже безвыходного положения.
2. Создавая препятствия для проявления членами семьи определенных, чрезвычайно важных для них чувств, для удовлетворения существен­ных потребностей.
3. Создавая или поддерживая внутренний конфликт у индивида.

Чувство вины, связанное с семьей - чувство вины перед другими членами семьи или перед семьей в целом также может достигать значительной интенсивности в силу таких взаимоотно­шений в семье, которые в сочетании с характерологическими особенностями индивида могут стать психотравмирующим фактором. Индивид в этом случае (более или менее осознанно) чувствует себя помехой для окружающих, винов­ником (действительным или мнимым) всех семейных неудач, склонен воспри­нимать поведение других членов семьи как обвиняющее, укоряющее, хотя в действительности оно таковым и не является.

Такое состояние, может быть обусловлено самыми различными и чаще всего плохо осознаваемыми особенностями семейных отношений. Поведенческие проявления чувства вины таковы: с одной стороны, «оправдательная активность» — индивид прилагает огромные усилия, чтобы стать полезным семье, оправдать свое существование; с другой стороны, стремление занимать как можно меньше места — минимализм притязаний, крайняя уступчи­вость, склонность брать на себя вину за действительные и мнимые упущения.

Таким образом, семейно-обусловленные психотравмирующие переживания являются тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизне­деятельности семьи в нервно-психическое или соматическое расстройство индивида.

Семья — не единственный источник патогенных ситуаций, они могут скла­дываться и вне ее. Однако это не значит, что семья в этом случае оказывается в стороне. Напротив, она может активно участвовать в процессе травматизации, определяя степень чувствительности индивида, его способность к противостоя­нию и выбор способа преодоления патогенной ситуации. Все это имеет место и тогда, когда семья является основным источником травматизирующего пережива­ния. В этом случае она и вызывает это переживание, и, в силу других своих особенностей, определяет чувствительность к травме и особенности реагирования индивида на нее.

Американская исследовательница Кеннет Теркельсен на основании своих наблюдений над семьями психически больных разработала концепцию «трех уровней вовлечения», описывающую типичную ситуацию, которая складывается в семье психически больного. В соответствии с этой концепцией появление психически больного в семье приводит к значительному изменению ее структу­ры и взаимоотношений между ее членами: семья разделяется на три слоя (под­группы), которые концентрируются вокруг больного и различаются степенью и характером вовлеченности в опеку (Terkelsen К., 1987).

Первый, внутренний, слой — это обычно один человек, чаще всего мать, или сест­ра, или жена — тот член семьи, который берет на себя роль главного опекуна и на которого приходится основная тяжесть повседневного ухода, надзора, обслужива­ния. Жизнь этого члена семьи полностью сосредоточивается на больном. Когда больной в той или иной форме обрывает связь с внешним миром (в виде аутичной или агрессивной реакции), именно этот член семьи становится связующим звеном между ним и миром, это он денно и нощно думает о потребностях и нуждах больно­го, заботится об их удовлетворении, о том, как его утешить, если он расстроен. Это он чаще других задает вопрос: что именно могло вызвать болезнь: перебирает воспоми­нания о детских годах пациента, надеясь там найти хотя бы тень ответа, перечитыва­ет записи, замечания учителей, думает о своем собственном поведении и поведении других членов семьи, — друзей, учителей и всех тех, кто общался с пациентом — чтобы понять, что именно дало толчок развитию болезни.

Его жизнь — это непрерывный поток дел, связанных с психически больным, все его мысли — о том, что было сделано, и что еще должно быть для него сделано. Чем хуже идут дела у больного, тем больше активности требуется от опекуна.

Второй слой вокруг больного — это члены семьи, которые менее непосред­ственно участвуют в повседневной опеке. Это не значит, что их эмоциональная связь с ним и с его проблемами меньше — просто они не участвуют в его жизни все время, непрерывно (как главный опекун). Они продолжают работать или учиться. Покидая дом, они откладывают в сторону все, что относится к психичес­ки больному, их поглощают другие проблемы, поэтому этот слой заметно отлича­ется от главного опекуна. С одной стороны, колебания в ходе болезни и события в семье, связанные с больным, не так резко вторгаются в их жизнь. Когда они заняты своими профессиональными и учебными делами, все, что связано с болез­нью, психологически отдаляется от них. Однако, с другой стороны, они больше боятся момента, когда степень неблагополучия больного заставит их прервать по­ток своих обычных дел и броситься на помощь главному опекуну. Им труднее оторваться от своих многочисленных профессиональных, учебных, личных и дру­гих дел. В результате они могут начать бояться психически больного и всего, что с ним связано, так как он может стать угрозой всем их планам, увлечениям и т. д. Страх перед больным может перерасти в страх перед главным опекуном.

Третий слой — наружный. Его составляют близкие и дальние родственники, которые знают о проблемах, связанных с больным, интересуются ими, однако практи­чески не имеют с ним повседневного контакта. У них имеется своя концепция заболевания, своя наивная система объяснения причин происходящего («Слишком баловали в детстве — надо было построже» или «Слишком строго воспи­тывали в детстве — надо было помягче»), они пытаются предложить какие-то меры, нередко также весьма наивные, для того чтобы исправить положение, и испытывают чувство беспомощности, когда члены семьи пробуют следовать их советам и из этого ничего не получается. Их представления очень часто сводятся к тому, что причиной болезни были неправильные действия главного опекуна и других членов семьи. В результате их мнения и поступки осложняют положение главного опекуна и других членов семьи, усиливают их чувство вины и беспомощности.

Поведение индивида с нервно-психическим заболеванием, особенности его личности во многом противоречат социальным ожиданиям других членов се­мьи, их представлениям о том, каким должен быть этот человек — муж, жена, ребенок, поэтому эмоциональная реакция на поведение и многие особенности личности члена семьи с нервно-психическим расстройством — это, как правило, возмущение, раздражение, горечь. Члены семьи часто говорят о том, что им очень не повезло в жизни, что они завидуют другим людям, у которых нормаль­ные мужья, дети. В результате у них развивается описанное выше состояние глобальной семейной неудовлетворенности [42].

1.3. Личность девочки-подростка больной анорексией

Что такое подростковый возраст с точки зрения биологии, психиатрии и психологии? Теоретики, придерживающиеся биологической трактовки, непосредственно сами биологи и некоторые психологи, считают, что поведение подростков определяют гены, гормоны и история эволюции. Эти теоретики не принимают во внимание влияние среды и считают, что поведение подростков одинаково независимо от той среды, в которой они проживают. Ученые, изучающие социальные факторы, считают, что на развитие подростков влияет как личный опыт, так и культурное окружение. Следовательно, они считают, что подростки могут значительно отличаться друг от друга в зависимости от событий, которые происходили в их жизни.Этой же позиции придерживаемся и мы [25, с. 67].

Рассмотрим подростковой возраст как фазу формирования личной идентичности. Он берет свое начало в детстве, в совместных переживаниях ребенка и родителей. Дети формируют Я-концепции через это взаимодействие. Если родители любят и ценят своих детей, дети также чувствуют свою ценность. Если же родители пренебрегают детьми или отвергают их, дети чаще всего ощущают себя ущербными. По мере взросления детей их общение со сверстниками и другими значимыми взрослыми продолжает формировать их представление о самих себе. Общество и формирует зарождающуюся личность и признает ее [17, с. 77].

Таким образом, можно говорить о личности как о сознательном общественном индивидууме, человеке, определяемом всей историей своего развития в условиях той общественной формации, к которой он принадлежит. Это - субъект, сущность которого заключается в том, что в нем реализуются общественные силы – общественные отношения. Это – активный субъект, которые не только формируется окружающей средой, но и формирует ее в процессе своей деятельности [17, с.55].

Личность, сознание и самосознание неразрывно связаны друг с другом и являются специфичной для человека особенностью его психики [17, с.55].

Э. Эриксон же подчеркивал, что поиск идентичности является «нормативным кризисом», нормальной фазой усиления конфликтов. Экспериментирующий подросток становится жертвой осознания идентичности, что является основой самосознания в подростковом возрасте.

Одним из интересных аспектов теории Эриксона является его представление о подростковом возрасте как психосоциальном моратории, санкционированном обществом переходном периоде между детством и взрослостью, в течение которого индивид, свободно пробуя различные роли, находит собственную нишу. Подростковый возраст становится сроком исследования и «примерки» различных ролей без обязательного принятия какой-либо из них. Эриксон указывает, что в различных обществах продолжительность и интенсивность протекания этого периода различны, но если к его концу индивиду не удается сформировать свою идентичность, он глубоко страдает от ролевой размытости [25].

Подросток, которому не удалось достичь самоидентичности, испытывает сомнения в себе, ролевую размытость и расплывчатость; такой подросток может увлечься саморазрушительной односторонней деятельностью. Он может придавать преувеличенное значение мнению окружающих или пуститься в другую крайность и не обращать внимания на то, что о нем думают посторонние [25, с. 78].

Исходя из вышеописанного рассмотрим один из видов саморазрушительного поведения – расстройства пищевого поведения. На сегодняшний день в западных странах, они стали третьим видом наиболее встречающихся хронических заболеваний у девушек подростков (Rosen, 2003).

Попытаемся понять, почему у девочек возникают навязчивые идеи и существует искаженное представление о собственном теле?

Многие из последних исследований о причинах анорексии обращали наибольшее внимание на отношения между анорексиками и их семьями. Семьи, в которых живут анорексичные дочери, часто описываются как не сплоченные, в них отсутствует взаимная поддержка (Tyrka, Graber, and Brooks-Gunn, 2000). Они воспитывают своих дочерях непомерное чувство вины (Bergholg, and Lock, 2002), а матери переносят свои собственные беспокойства по поводу веса и привлекательности на своих дочерей (Hirokane, Tokomura, Nanri, Kimura, and Saito, 2005). Другими словами, девушки более склонны к применению диет, если их матери также сидят на диетах, и они чаще прибегают к экстремальным мерам снижения веса, если их матери недовольны своим собственном весом. Также проблемы пищевого поведения также могут быть связаны с сексуальным насилием.

Некоторые из этих исследований достаточно обстоятельны, и поэтому можно сказать, что плохие отношения в семья – это серьезная предпосылка для появления симптомов расстройств пищевого поведения, даже более серьезная, чем вес. Это утверждение верно для младшего подросткового периода, но не для среднего и старшего подростковых периодов [5, с.215].

С таким утверждением мы встретились в современной психологической литературе. Однако, на наш взгляд, оно требует проверки.

Отметим, что нервная анорексия проявляется в период полового созревания, после развития половых признаков, говорит о том, что сексуальный конфликт является центральным моментом в болезни. Несомненно, развивается беспокойство по поводу женских физиологических изменений. Развивающееся тело девушки как будто требует примириться с определением своей женской, сексуальной роли. Задачей девушки является совмещение своего телесного образа со своим видением женской, сексуальной роли. Если она не может принять свою женскую, сексуальную идентичность, то она пытается подавить свое физическое развитие до стадии пубертатного периода. Тогда она действительно разрушает свой телесный образ посредством экстремальной потери веса и приобретает худое, мужское телосложение. Она может стать очень тощей, что сотрет все внешние признаки ее вторичных половых признаков. Вдобавок у нее прекращается менструация. Такие усилия с ее стороны представляют собой безнадежную попытку девушки задержать свое половое развитие. Вместо дальнейшего развития в подростковом периоде она возвращается на стадию предпубертатного периода [5, с. 215].

Подростки с нервной анорексией редко на себя смотрят и, даже когда их заставляют, редко правильно оценивают свою внешность. Они смотрят на свое тело с отвращением, что является проекцией того, как они к себе относятся [5, с. 216].

Здесь мы снова сталкиваемся с вопросом: почему девочки-подростки относятся к себе подобным образом?

Однако, основатели Миланского Института Семейной Психотерапии, а также целого направления в системной семейной психотерапии – миланской школы, Мара Сельвини Палаццоли, Луиджи Босколо, Джанфранко Чеккин, Джулиана Прата отходят от вопроса «почему» и концентрируются на определении цели поведения («зачем») [35].

«Зачем» девочка-подросток заболевает нервной анорексией? Ребенок легче и быстрее становится носителем семейных проекцией, потому что эмоциональная зависимость от взрослых – основа его выживания. Пациент демонстрирует психотическое поведение, чтобы стабилизировать брак своих родителей, девочка отказывается от еды, болеет анорексией, чтобы сохранился семейный миф и незыблемость семейных границ [35, с.8-11].

Обратимся к теориям, которые существуют в отечественной психиатрии. Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии медицинского факультета Коркина Мария Васильевна с соавторами в своей монографии «Нервная анорексия» объясняет возникновение и развитие данного заболевания следующим образом:

«Очень часто этиология и патогенез нервной анорексии зарубежными авторами трактуется с позиций фрейдизма во всех его вариантах, психодинамики, бихевиоризма, экзистенционализма […]. В свете этих концепций (неоднократко критиковавшихся в советской психиатрической литературе) нервная анорексия представляется как «фрустрация оральной оральной фазы», «защитный акт личности против выражения орально-садистических импульсов», «патология орально-анального развития либидо», «стремление вернуться в детство», «регрессия психологического развития», «подсознательный отказ от беременности», «средство познания неосознанных аутоагрессивных желаний и стремлений», «бессознательное бегство от сексуальной жизни», «проявление болезненного нарушения связи мать-ребенок» в первые месяцы жизни ребенка и т.д. Эти умозрительные трактовки этиологии и патогенеза нервной анорексии неоднократно подвергались критической оценке со стороны советских авторов» [11, с. 12-13].

Отметим, что данная книга до сих пор является единственным учебным пособием при подготовке врачей-психиатров.

Однако уже более современные исследования в отечественной психологии подчеркивают значимость семьи: «Если ребенок с детства воспитывается в семье, которую можно определить как патогенную, характеризующуюся наличием конфликтов и эмоциональной напряженности в отношениях между ее членами, он лишается возможности приобрести адекватные навыки общения, его способность к коррегированию собственных эмоциональных реакций на основе опыта блокируется и тем самым ограничиваются его возможности реализации своих эмоциональных и познавательных потенциалов. Специфические проблемы, характеризующие подростковый возраст, разрешение которых в значительной степени определяется как уже существующей к тому времени структурой личности, так и характеристиками группы, в которой происходят конфронтация и переработка этой проблематики, также накладывают свой отпечаток на характер взаимоотношений между родителями и детьми (Личко А.Е., 1993; Попов Ю. В., 1989)» [3, с. 37].

Подводя итог теоретическому исследованию, можно сказать, что наше исследование носит как теоретический, так и практический интерес.

**Выводы по теоретическому анализу:**

1. Через реальную направленность взрослого, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми (А.С. Спиваковская), осуществляется многоаспектное воздействие на ребенка, «подпитывающее» или ослабевающее его ресурсы развития.

2. В подростковом возрасте негармоничная семья стоит на первом месте среди психогенных факторов. В гармоничной семье все возрастные трудности, все особенности разных типов акцентуаций в значительной мере сглаживаются и не ведут к социальной дезадаптации.

3. В подростковом возрасте дезадаптивность поведения детей раскрывается с особой отчетливостью. Обостряются акцентуации характера, в значительном объеме выступают психопатические черты личности (расстройство личности).

4. Исследователи, описывая детско-родительские отношения, указывают на двойственность (удовольствие и реальность, любовь и контроль, безусловность и условность и т.д.). Несмотря на разные подходы зарубежных и отечественных исследователей к изучению развития личности ребенка, в каждом из них указывается высокая значимость влияния близкого взрослого на развитие личности ребенка.

5. Девочки-подростки, страдающие анорексией, не признают своей половой роли - женщины. Падение аппетита и рвоты означают отвращение к сексуальности. В процессе невротической регрессии может возникать неосознанная идентификация между едой и возможностью забеременеть, между прибавкой в весе и беременностью. С помощью похудения подсознательно отвергается не только возможность создания женских форм, но и беременность. В стремлении к похудению больная избавляется от необходимости быть чьим-то партнером и матерью.

ГЛАВА 2. Организация и объект исследования, выбор методик и их обоснование

На основе выводов, завершивших теоретический анализ литературы по проблеме детско-родительских отношений в семьях с ребенком больным анорексии, нами была разработана программа эмпирического исследования.

2.1. Организация исследования

Исследование проводилось в несколько этапов, которые включали в себя определенные задачи.

1. Подготовительный этап:

* обзор литературных источников по проблеме нервной анорексии, включавший в себя русскоязычные и иностранные источники;
* определение объекта и предмета исследования, уточнение целей, задач, гипотез в соответствии с теоретическим исследованием проблемы:

**Объект:** личностьдевочки-подростка, страдающей нервной анорексией.

**Предмет:** взаимоотношения девочек-подростков с нервной анорексией и их родителей.

**Целью исследования** является изучение и сравнительный анализ детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих девочек-подростков 13-18 лет с нервной анорексией, находившимися на лечении в стационаре, и здоровыми девушками.

**Гипотезы исследования:**

1. Для семей, воспитывающих девочку-подростка с нервной анорексией, в отличие от нормы, специфичным является подавляющий стиль родительского воспитания.
2. Для матерей пациенток с нервной анорексией, по сравнению с нормой, характерны гиперопека и повышенное беспокойство в отношении ребенка (тревога).
3. Мы так же полагаем, что девочки-подростки, страдающие нервной анорексией, переживают амбивалентные чувства по отношению к отцу.

* отбор методик для изучения детско-родительских отношений у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

2. Эмпирический этап:

1. собрать клинико-биографические показатели на момент обследования у испытуемых, а для девушек, проходящих лечение на отделении - на момент поступления в стационар;
2. определить стиль воспитания в семьях с больной нервной анорексией и в группе сравнения;
3. изучить особенности взаимоотношений, складывающихся между родителями и девочкой-подростком, страдающей нервной анорексией;
4. изучить особенности взаимоотношений, складывающихся между родителями и девочкой-подростком в группе сравнения;
5. провести сравнительный анализ показателей детско-родительских отношений семей с девочками-подростками, страдающими нервной анорексией, и здоровыми девушками;
6. разработать практические рекомендации для учреждений, специализирующихся на лечении нервной анорексии у лиц подросткового возраста.

2.2. Объем выборки и общая характеристика испытуемых

В исследовании участвовали девочки-подростки с нервной анорексией и их родители, а так же семьи, воспитывающие здоровых девушек.

В основную группу изучения вошли 25 девочек-подростков с нервной анорексией, находящихся на лечении в стационаре СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева в возрасте от 13 до 18 лет, средний возраст ≈ 15.54 лет, поступившие на 11 отделение (отделение лечения психических расстройств у лиц молодого возраста). Для участия в исследовании приглашались их родители.

Группа сравнения включает 25 девочек-подростков (средний возраст ≈ 16.58, не находящихся на момент участия в исследовании на лечении и обучающихся в Санкт-Петербургском педагогическом колледже №4 и ГБОУ СОШ №257 Пушкинского района. Для участия также приглашались родители.

**Таблица 1.** Численная характеристика выборки.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего испытуемых | Девушки | Матери | Отцы |
| **Основная группа** – девушки, страдающие НА | 44 | 25 | 14 | 5 |
| **Группа сравнения** – девушки, обучающиеся в учебных заведениях Санкт-Петербурга | 54 | 25 | 17 | 12 |
| **Всего** | **98** | **50** | **31** | **17** |

Отношение девочек-подростков к участию в исследовании было позитивно мотивированным и эмоционально включенным, как основной группы, так и группы сравнения. Однако, родители девочек-подростков, проходящих лечение на 11 отделении Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, в основном, отнеслись к исследованию негативно – это можно увидеть в представленной выше таблице.

Возврат заполненных бланков составил:

* девочки-подростки, страдающие нервной анорексией – 100%;
* матери, воспитывающие ребенка, страдающего нервной анорексией – 56%;
* отцы, воспитывающие (или принимающие участие в воспитании в случае распада семьи) – 21,7% (у двух сестер-близнецов отец умер).

Отношение родителей девочек-подростков, которые вошли в группу сравнения, мы можем объяснить недостаточной мотивацией, но, несмотря на этот фактор, возврат заполненных бланков оказался выше.

2.3. Описание методов исследования

В ходе эмпирического исследования были использованы следующие методы:

2.3.1. Клинико-анамнестические методы

Сведения о диагнозе, данные о жизненной ситуации и соматическом состоянии (ИМТ) подростков, находящихся на лечении в стационаре собирались из «Истории болезни», у обучающихся в учебных заведениях Санкт-Петербурга - из анкет (Приложение A).

2.3.2. Методы психологического исследования

Для выявления семейного источника психической травматизации личности подростка были использованы следующие психологические методы:

2.3.3. Методики для диагностики подростка

1. **Опросник «Подростки о родителях» (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына)** – для определения установок, поведения и тактики воспитания родителей в субъективном понимании подростков;
2. **«Семейная социограмма»** - для выявления семейных факторов, влияющих на возникновение и развитие заболевания нервной анорексии; в частности, определить положение подростка и характер коммуникации в семье.
3. **«Анализ семейной тревоги» (АСТ)** – для изучения особенностей семейных отношение (определение взаимоотношений в семьях с высоким уровнем тревоги);
4. **Тест «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (CAPT)** – для определения степени неудовлетворенности и дифференцированности образа тела у девочек-подростков, позволяющие выявить принятие взросления ребенка в семье (нормативный кризис в семье).

Рассмотрим используемые методики более подробно:

1. **Опросник «Подростки о родителях»** (русскоязычная версия методики ADOR).

Исследования по адаптации и практической апробации данной методики были проведены в лаборатории клинической психологии научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в период с 1991 по 1994 года.

Данная методика помогает изучать установки, поведение и тактику воспитания родителей так, как это видят и понимают их дети в подростковом и юнощеском возрасте (Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е., 1995; 2000; 2001). В результатах методики, моделирующей определенные «воспитательные» ситуации, проявляются субъективное понимание и отношение подростков к гипотетической практике принятия родителями воспитательных решений, или, иначе говоря, создается образ, который складывается в восприятии подростка относительно этих отношений и воспитательной практики под влиянием осознаваемых и неосознаваемых факторов.

Опросник «Подростки о родителях» был разработан в результате международного научного сотрудничества лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева с Институтом психодиагностики (Братислава, Словакия) [3].

Опросник включает в себя следующие шкалы:

* Шкала Позитивного интереса;
* Шкала Директивности;
* Шкала Враждебности;
* Шкала Автономности;
* Шкала Непоследовательности.

Также такие показатели, как Фактор близости и Фактор критики.

Рассмотрим интерпретации шкал, полученные в результате апробации методики на русскоязычных подростках: оценка дочерью матери и отца, так как нас в соответствии с темой исследования интересуют подростки-девочки.

Авторы опросника отмечают, что подростки вкладывают несколько разный смысл в понятия «позитивного интереса», «директивности», «враждебности», «автономность» и «непоследовательности» со стороны матери и отца. Поэтому мы также опишем их отдельно в зависимости от пола родителей.

Оценка матери дочерью:

* **Шкала Позитивного интереса** – положительное отношение к дочери со стороны матери, основанное на психологическом принятии, описывается подростками-девочками как отношение к маленькому ребенку, который постоянно требует внимания, заботы, помощи, который сам по себе мало что может.

Такие матери часто одобряют обращение за помощью дочерей в случаях ссор или каких-либо затруднений, с одной стороны, и ограничение самостоятельности с другой.

* **Шкала директивности** – девочки-подростки отмечают жесткий контроль со стороны матери, тенденцию к легкому применению своей власти, основанной на амбициях. При этом мнения дочери матерью не принимаются во внимание.

Такие матери больше полагаются на строгость наказания, упрямо считая, что они «всегда правы, а дети еще слишком малы, чтобы судить об этом».

* **Шкала враждебности –** враждебность матерей описывается как подозрительное отношение к семейной среде и дистанция по отношению к ее членам (в частности, к детям).

Подозрительность и отказ от социальных норм приводят их, как правило, к отгороженности и возвышению себя над остальными.

* **Шкала автономности –** «автономность» матерей исключает какую-либо зависимость от ребенка, его состояния, требований.

Отрицаются также какие-либо формы заботы и опеки по отношению к дочерям. Такие матери оцениваются подростками как снисходительные, нетребовательные. Они практически не поощряют своих детей, относительно редко и вяло делают замечания, не обращают внимания на воспитание.

* **Шкала непоследовательности –** под «непоследовательность» воспитательной практики со стороны матери девочки понимают резкую смену стилей и воспитательных приемов, представляющую собой переход от очень строгого – к либеральному и, наоборот, переход от психологического принятия дочери к эмоциональному ее отвержению вне зависимости от того, что та сделала или не сделала.

Оценка отца дочерью:

* **Шкала Позитивного интереса** – девочки описывают как отцовскую уверенность в себе, уверенность в том, что не отцовская строгость, а внимание к подростку, теплота и открытость отношений между отцом и дочерью-подростком представляют собой проявление любви и уважение. Психологическое принятие дочери характеризуется отсутствием резких перепадов от вседозволенности к суровым наказаниям.
* **Шкала Директивности** – девочки-подростки представляют «директивность» отца в качестве образа «твердой мужской руки», готовой то сжаться в кулак, то указать на ее место в обществе и, в частности, в семье.
* **Шкала Враждебности** – в случае враждебного отношения отца к дочери речь идет о таком неблагоприятном типе отцовского отношения к ребенку, как сочетание сверхтребовательности, ориентированной на эталон «идеального ребенка», и соответствующей слишком жесткой зависимости.

Наряду с этим враждебный отец представляется дочери эмоционально-холодным и отвергающим. Все это ведет к нарушениям взаимоотношений между отцом и дочерью-подростком, что, в свою очередь, обусловливает повышенный уровень напряженности, нервозности и эмоциональной неуравновешенности последней.

* **Шкала Автономности** – девочки-подростки описывают «автономность» отцов как претензию на лидерство, причем лидерство недосягаемое, недоступное для взаимодействия с ним. Он представляется человеком, отгороженным от проблем семьи.

Автономный отец, по мнению дочери, существует отдельно от остальных членов семьи. Ему абсолютно все равно, что происходит вокруг, его действия зачастую не согласуются с потребностями и запросами близких, интересы которых им полностью игнорируются.

* **Шкала Непоследовательности** – отец представляется человеком совершенно непредсказуемым. С достаточно высокой степенью вероятности в его поведении могут проявляться совершенно противоречащие друг другу психологические тенденции. «Непоследовательность» воспитательной практики со стороны отца девочки видят в резкой смене стилей и воспитательных приемов в отношении себя.

Образец регистрационного бланка для заполнения отдельно на каждого из родителей представлен в Приложении B. Отметим, что различие между ними состоит в том, что утверждения по отношению к матери представлены в женском роде, а по отношению к отцу – в мужском.

Механизм обработки состоит в следующем: все полученные данные по шкалам сводятся в «оценочный лист» отдельно на мать и отца. Затем по каждому параметру подсчитывается арифметическая сумма «сырых баллов» в соответствии с ключом (Приложение C).

Факторы близости и критики вычисляются следующим образом:

* Фактор близости мы может узнать путем алгебраической разницы «сырых» баллов по шкалам Позитивного интереса и Враждебности с последующим переводом полученного результата в стандартный балл.

Данный показатель позволяет определить степень проявления теплых чувств и принятия своего ребенка – при высоких стандартных оценках; отвержение – при низких стандартных оценках.

* Фактор критики мы так же может узнать путем алгебраической разницы «сырых» баллов по шкалам Директивности и Автономности с последующим переводом в стандартный балл.

Данный показатель характеризует высокую заинтересованность и тотальный контроль родителя в отношении своего ребенка при высоких стандартных оценках; отсутствие заинтересованности в сочетании с безнадзороностью – при низких стандартных оценках.

Затем «сырые баллы» переводятся в стандартные в соответствии с таблицами, приведенными в Приложении D (стандартные баллы для девочек). Стандартные баллы располагаются от 1 до 5, и нормой является среднее значение, то есть 3.

Важно подчеркнуть, что «сырые баллы» выражают абсолютный минимум и максимум, то есть с их помощью можно оценить, насколько сильно влияние того или иного фактора, что немаловажно для нас при интерпретации результатов.

Если по параметру набрано 1-2 балла, то можно говорить, что он слабо выражен, если же 4-5, то измеряемое качество выражено вполне отчетливо.

1. **«Семейная социограмма»**

Методика «Семейная социограмма» относится к рисуночным проективным методикам (Эйдемиллер Э. Г., Черемисин О. В., 1990; Эйдемиллер Э. Г., 1996; Системная семейная психотерапия, 2002). Она позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье — прямой или опосредованный [42].

Испытуемым дают бланк с нарисованным кругом диаметром 110 мм (Приложение E).

Инструкция: «На листе перед вами изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя и членов своей семьи в форме кружков и подпишите их». Члены семьи выполняют это задание, не советуясь друг с другом.

Авторами методики были предложены следующие критерии, по которым производится оценка результатов психодиагностики:

1. число членов семьи, попавших в площадь круга;
2. величина кружков;
3. расположение кружков относительно друг друга;
4. дистанция между ними.

Рассмотрим каждый критерий по-отдельности:

1. число кружков: оценивая результат по первому критерию, сопоставляется число членов семьи, изображенных испытуемым, с реально существующим.
2. величина кружков: больший, по сравнению с другими, кружок «Я» говорит о достаточной самооценке, меньший — о заниженной. Величина кружков других членов семьи говорит об их значимости в глазах испытуемого.
3. расположение кружков: расположение испытуемым своего кружка в центре круга может говорить об эгоцентрической направленности личности, а размещение себя внизу, в стороне от других членов семьи — на переживание эмоциональной отверженности.

Отметим, что наиболее значимые члены семьи изображаются испытуемым в виде больших по размеру кружочков в центре или в верхней части тестового поля.

4) расстояние между кружками: авторы поясняют, что удаленность одного кружка от других может говорить о конфликтных отношениях в семье, эмоциональном отвержении испытуемого. Своеобразное «слипание», когда кружки наслаиваются один на другой, соприкасаются или находятся друг в друге, свидетельствует о недифференцированности «Я» у членов семьи, наличии симбиотических связей.

1. **«Анализ семейной тревоги» (АСТ)**

Методика «Анализ семейной тревоги» представляет собой самоопросник (образец бланка представлен в Приложении F), предназначенный для измерения личной тревоги члена семьи. С правилами обработки результатов по опроснику «АСТ» можно познакомиться в приложении G.

**Данные по валидности:** po=0,66; p=0,01; r11=0,56; p=0,01; n=72 человека.

1. **Тест «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (CAPT).**

Тест CAPT (аббревиатура от английского названия теста – «The Color-A-Personal body dissatisfaction Test, CAPT» - впервые был опубликован в 1991 г. О. Вулей и С. Роллом.

Данный тест представляет собой невербальную методику, которая позволяет диагностировать уровень неудовлетворенности своим телом и его отдельными зонами (образец бланка представлен в приложение H).

Ценность CAPT состоит в том, что с его помощью можно не только определить «проблемные» зоны в теле посредством показателя неудовлетворенности ими, но и находить глубокие психологические причины такой неудовлетворенность.

Обработка результатов производится следующим образом:

**Таблица 2.** Правила обработки результатов.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Цвет | | Балл | Обозначение |
|  | красный | 5 | максимальная неудовлетворенность |
|  | желтый | 4 | тело, его отдельные части, не удовлетворяют |
|  | серый | 3 | нейтральное отношение |
|  | зеленый | 2 | в общем удовлетворяет |
|  | голубой | 1 | весьма удовлетворяет |

С помощью теста определяют 4 показателя неудовлетворенности телом:

1. **общий**: рассчитывается посредством определения среднего значения для всех 16 частей тела;
2. **комбинированный показатель Score 1** – это среднее арифметическое оценок удовлетворенности следующими четырьмя частями тела: животом, верхней третью бедра, нижней частью бедра, ягодицами;
3. **комбинированный показатель Score 2 –** это среднее арифметическое оценок удовлетворенности 10 зон: волосы, лицо, предплечье, плечо, плечевой пояс, грудь (грудная клетка), верхняя часть живота, кисти рук, голени и ступни;
4. **показатель дискриминативности –** позволяет установить степень дифференцированности образа тела. Учитываются различно окрашенные области на его фронтальном и дорсальном изображениях. Определяется путем нахождения среднего арифметического этих двух оценок.

Отметим, что при раскрашивании одной зоны испытуемые могут использовать несколько цветов, при этом каждый из них имеет свое значение, выраженное в баллах. В таком случае для того, чтобы подсчитать результат, необходимо суммировать баллы используемых цветов и разделить полученную сумму на количество этих цветов.

Интерпретация результатов теста производится следующим образом:

1-2 балла – удовлетворенность; 3 балла – индифферентное отношение; 4- 5 баллов – неприятие тела. Интерпретации подлежат значения на уровне 4-5 баллов.

**Надежность** (устойчивость результатов): замеры проводились с 2-х и 4-недельным интервалом на выборке студентов от 0,70 до 0,89. Коэффициент α на той же выборке – от 0,70 до 0, 80. Авторами методики сообщается о достаточно высокой валидности теста.

Так же были использованы такие источники данных как: интервью и наблюдение.

2.3.4. Методики для диагностики семьи

1. Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) -
2. Опросник для родителей подростков в возрасте от 11 до 21 года;
3. «Семейная социограмма»;
4. Опросник «Конструктивно-деструктивная семья».

Рассмотрим используемые методики более подробно:

1. **Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) - Опросник для родителей подростков в возрасте от 11 до 21 года.**

АСВ позволяет определить различные нарушения процесса воспитания, выявить тип негармоничного патологизирующего воспитания и установить некоторые психологические причины этих нарушений.

К особенностям воспитания, учет которых наиболее важен при этиологии отклонений личности детей и подростков, авторы данной методики относят:

* уровень протекции в процессе воспитания;
* степень удовлетворения потребностей ребенка;
* количество требований, предъявляемых ребенку в семье;
* неустойчивость стиля воспитания.

Здесь мы приведем описание тех шкал опросника АСВ, которые предназначены для диагностики нарушений воспитания и для выявления типов негармоничного (патологизирующего) семейного воспитания:

* **Уровень протекции в процессе воспитания** - выявляется, сколько сил, внимания, времени уделяют родители воспитанию ребенка. К нарушениям приводят два полярных уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).
* **Степень удовлетворения потребностей ребенка** – позволяет определить, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка, как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения и т.п.), так и духовных — прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании.
* **Количество требований**, предъявляемых ребенку в семье. Отметим, что требования - неотъемлемая часть воспитательного процесса. Они могут выступать: во-первых, в виде *обязанностей* ребенка, то есть тех заданий, которые он выполняет; во-вторых, требования проявляются как *запреты* родителей, устанавливающие, что ребенок не должен делать. Они определяют, прежде всего, степень его самостоятельности, возможность самому выбирать способ поведения; в-третьих, невыполнение требований ребенком может повлечь за собой применение *санкций* со стороны родителей — от мягкого осуждения до суровых наказаний.
* **Неустойчивость стиля воспитания** - под неустойчивым воспитанием авторы методики понимают резкую смену приемов воспитательных воздействий. Оно проявляется как переход от очень строгого воспитания к либеральному и, наоборот, от повышенного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями.

Образец бланка представлен в приложении J.

1. **«Семейная социограмма»**

Данная методика уже была описана нами в разделе 2.3.3, который посвящен методам диагностика подростка (см. с. 67).

1. **Опросник «Конструктивно-деструктивная семья»**

Данная методика была разработана Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицкисом. Она предназначена для анализа конструктивности взаимоотношений в семьях, где имеется «проблемный» член семьи: в нашем случае, дезадаптированный подросток. Предполагается, что заполняет опросник член семьи, который больше всех занимается им, например, мать подростка.

**Данные по валидизации:** po по шкале «Влияние» =0,72; по шкале «Фрустрация» =0,70; по шкале «Отчуждение» =0, 61; по выраженности деструктивного типа =0,60; p по всем – 0,01;

г11 по шкале «Влияние» =0,80; по шкале «Фрустрация» =0,60; по шкале «Информация» =0,74; по шкале «Отчуждение» =0,68; по выраженности деструктивного типа =0,76; p по всем – 0,01; n=102 человека.

Образец опросника и правила обработки результатов представлены в Приложении K.

2.4. Методы математико-статистической обработки данных

В соответствии с выдвинутыми гипотезами, были использованы методы математико-статистической обработки.

Для описания групп были посчитаны первичные описательные статистики и проведено сравнение средних. Сравнение содержательных показателей, полученных посредством психодиагностики по группам, выделенным по признаку: наличие или отсутствие нервной анорексии у девочки-подростка. В статистическом анализе были использованы: непараметрические методы сравнения – критерий х2-Пирсона, дисперсионный анализ: однофакторный ANOVA. Для оценки корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Статистические решения принимались на уровне значимости 5% (p<0,5). Различия на уровнях значимости в пределах от 5% до 10% рассматривались как тенденции к различию. При использовании малочисленных выборок тенденции к различию могут указывать на то, что увеличение выборки может привести к значимым различиям.

Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS Statistica 22 и Microsoft Office Excel 2010. Математическая обработка проводилась при участии заведующей учебной лаборатории компьютерного обеспечения факультета психологии СПбГУ Яковлевой Э.А.

ГЛАВА 3. Результаты эмпирического исследования детско-родительских отношений в семьях с ребенком больным анорексией

3.1. Изучение детско-родительских отношений у девочек-подростков, страдающих анорексией

3.1.1. Клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков, страдающих анорексией

Рассмотрим клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией в таблице L.3, расположенной в приложении L.

Ниже приведем данные Всемирной Организации Здоровья по Индексу Массы Тела[[1]](#footnote-1).

**Диаграмма 1**. Показатели Индекса Массы Тела по данным Всемирной Организации Здоровья у девочек 13-18 лет.

Наши испытуемые на представленном континууме ИМТ до значений медианы (среднее для каждой возрастной группы) занимают следующие области (в процентах):

* «-1SD» (Normal) – 16%;
* «-2 SD» (Thinness) – 36%;
* «-3 SD» (Severe thinness) - **48%**.

Самую большую группу (48%) составляют девушки, имеющие тяжелое истощение; 36% - истощены; 16 % - вариант нормы с диагностируемым расстройством пищевого поведения по критериям МКБ-10.

Ниже представлены данные по семейным ситуациям, выявленным в результате сбора анамнеза (в процентах):

* развод родителей – 28%;
* распад семьи (идет бракоразводный процесс) – 8%;
* смерть одного из родителей (отца) – 8%;
* повторный брак матери (в семье отчим) – 12%;
* полная семья – **56%**;
* наличие сиблингов: сестры – 36% (из них 12% - однояйцевые близнецы); братья – 52% .

Как мы видим, большая часть девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, воспитывается в полных семьях и имеет сиблингов противоположного пола.

3.1.2. Показатели восприятия родителей у девочек-подростков, страдающих анорексией

Рассмотрим оценку дочерью матери (в процентах):

**Таблица 4.** Показатели субъективного восприятия матери дочерью, страдающей нервной анорексией.

**Таблица 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Характеристики воспитания | | | | | | |
|  | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AVT** | **NED** | **POZ/**  **HOS** | **DIR/**  **AVT** |
| Низкий | 24% | **76%** | 36% | 20% | 16% | 32% | **60%** |
| Средний | 28% | 20% | 16% | 40% | 32% | 24% | 32% |
| Высокий | **48%** | 4% | **48%** | 40% | **52%** | **44%** | 8% |

По результатам, представленным в таблице 4, нами был выявлен тип нарушенного родительского отношения: дисгармонично-непоследовательное отношение со стороны матери, которое диагностируется при высоких результатах по шкалам Позитивного интереса (POZ), Враждебности (HOS) и Непоследовательности (NED).

**Диаграмма 2.** Показатели выраженности стиля воспитательного воздействия со стороны матерей в субъективном понимании девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Мы можем отметить, что, в основном, воспитание матерью ребенка дисгармонично. Он дезориентирован в предъявляемых требованиях. Авторы методики отмечают, что при таком стиле воспитания **особенно велика вероятность развития психосоматических расстройств.**

Так же хотелось бы отметить низкие показатели по таким шкалам, как Директивность (DIR), что может означать отсутствие контроля со стороны матери, и Фактор критики – отсутствие заинтересованности в сочетании с безнадзорностью. В тоже время довольно высокий показатель Фактора близости не исключает проявления теплых чувств, что лишь подчеркивает непоследовательный характер взаимоотношений матери и дочери.

Рассмотрим оценку дочерью отца (в процентах):

**Таблица 5.** Показатели субъективного восприятия отца дочерью, страдающей нервной анорексией.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Характеристики воспитания | | | | | | |
|  | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AVT** | **NED** | **POZ/**  **HOS** | **DIR/**  **AVT** |
| Низкий | 33,3% | **43%** | 23,7% | 28,5% | 19% | **42,8%** | **47,6%** |
| Средний | 33,3% | 19% | 33,3% | 23,8% | 28,6% | 28,6% | 28,6% |
| Высокий | 33,3% | 38% | **43%** | 47,7% | **52,4%** | 28,6% | 23,8% |

По результатам, представленным в таблице 5, нами был также выявлен тип нарушенного родительского отношения. В данном случае, выявлено враждебно-подавляющее отношение со стороны отца, которое диагностируется при высоких результатах по таким шкалам, как Враждебности (HOS), Автономности (AVT) и Непоследовательности (NED).

**Диаграмма 3.** Показатели выраженности стиля воспитательного воздействия со стороны отцов в субъективном понимании девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Авторы методики подчеркивают, что при получении подобных результатов есть основания считать воспитательную практику такого рода непоследовательной, ведущей к **нарушению психической адаптации в семье**, а впоследствии и в другом социальном окружении. Мы также хотим обратить внимание на то, что, с точки зрения подростка, в семейных отношениях существует скрытый конфликт. Можно предположить, что ребенок в такой семье чувствует себя дискомфортно.

Рассмотрим низкие показатели, они были получены по шкале Директивности (DIR) и Факторам близости и критики. Директивный отец, по мнению авторов методики, представляется как образ «твердой мужской руки», способной указать на место взрослеющей дочери в обществе и, в частности, в семье. Соответственно, девочки, страдающие нервной анорексией, как правило, не воспринимают своих отцов как мужественных и сильных.

Так же, как и в восприятии матерей, девочки отмечают отсутствие заинтересованности в сочетании с безнадзорностью (Фактор критики), но добавляют к этому переживания эмоционального отвержения (Фактор близости).

Таким образом, мы получили следующие образы родителей, воспитывающих девочек-подростков, страдающих нервной анорексией:

* **мать** – непоследовательна, дезориентирует дочь в предъявляемых к ней требованиях: может быть «отвергающей» (отсутствие заинтересованности и контроля), но в тоже время – «принимающей», проявлять чувства заботы и любви;
* **отец** – непоследовательный, невротичный (скрытый семейный конфликт), слабый, не проявляющий заинтересованности в общении с дочерью и отвергающий ее.

Подводя итог, мы можем предположить, что девочки, переживающие кризис подросткового возраста, не могут получить в своих семьях эмоциональной поддержки и позитивного подкрепления происходящих с ними изменений в процессе роста и развития.

3.1.3. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков, страдающих анорексией

Как нами уже отмечалось в предыдущей главе, для выявления положения субъекта в системе межличностных отношений и характера коммуникации в семье мы использовали проективную рисуночную методику - «Семейная социограмма», которая была разработана российскими учеными, под руководством Э.Г. Эйдемиллера.

По нашему мнению, данная методика позволяет диагностировать неосознаваемые аспекты взаимоотношений между членами семьи.

Авторами методики предлагается оценивать результаты по следующим диагностическим критериям:

1. число членов семьи, попавших в площадь круга;
2. величина кружков;
3. расположение кружков относительно друг друга;
4. дистанция между ними.

На их основе нами была создана диагностическая таблица, где S (субъект) – девочка-подросток, страдающая анорексией. Рассмотрим таблицу M.6 в приложении M.

По данным представленным в таблице M.6, мы получили следующие результаты (в процентах):

1. **число членов, попавших в круг:**

* полная семья – 72%;
* расширенная семья – 32%;
* исключение членов семьи – 12%;

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 24%;
* субъект равен другим членам семьи – 36%;
* субъект меньше – 52%;

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 60%;
* в нижней части – 32%;
* в стороне – 8%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с матерью – 32%;
* удаленность матери – 8%;
* «слипание» с отцом – 12%;
* удаленность отца и его не включение - 60%;
* «слипание» с сиблингом – 28%;
* удаленность и исключение сиблинга противоположного пола – 28%;
* «интерес» к родителю своего пола – 16%;
* «интерес» к родителю противоположного пола (отец/отчим) – 12%;
* отстраненность – 28%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях, воспитывающих девочку-подростка, страдающей анорексией. Эти семьи характеризуются следующими особенностями:

* подросток воспитывается в полной семье;
* подросток воспринимает себя «маленьким» ребенком в семье;
* ребенок чувствует себя активным участником семейного взаимодействия (возможно, конфликта);
* в основном, девочки отмечают некоторую отстраненность отца (напомним, что большая часть испытуемых воспитывается в полных семьях).

3.1.4. Показатели изучения уровня семейной тревоги в семьях девочек-подростков, страдающих анорексией

Для выявления уровня тревоги, которую переживает подросток в системе семейных отношений, мы использовали опросник «Анализа семейной тревоги», которая также была разработана и валидизирована российскими учеными, под руководством Э.Г. Эйдемиллера.

Данная методика позволяет определить общую семейную тревожность, включающую такие показатели, как Вина, Тревога и Напряженность, так и каждый из показателей по отдельности, используя следующие диагностические критерии:

* диагностическое число шкалы Вина – 5;
* диагностическое число шкалы Тревога – 5;
* диагностическое число шкалы Напряженность – 6;
* суммарное диагностическое число, отражающее общую семейную тревожность – 14.

Рассмотрим полученные данные в таблице N.7, расположенную в приложении N.

По данным, представленным в таблице N.7, мы получили следующие результаты (в процентах):

* чувство вины отмечают у себя - 20%;
* чувство тревоги - 8%;
* чувство напряженности в отношениях – 16%;
* общую семейную тревожность – 16%.

Полученные результаты мы можем объяснить тем, что у девочек-подростков недостаточно развита рефлексия: к тому же, негативные переживания вытесняются и не осознаются ими. В основном, именно по этой причине развиваются психосоматические расстройства.

3.1.5. Показатели изучения уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков, страдающих анорексией

Необходимость изучения образа, особенностей его восприятия, отношения к нему мы связываем с тем, что взрослеющая девочка может по-разному отнестись к тем изменениям, которые происходят в ее организме.

Наша задача определить образ тела у подростка, чей внешний облик меняется в процессе роста и развития, как и меняется его восприятие: «Все мы имеем какое-то мысленное представление о своей внешности, которое не сводится к зеркальному отражению и в большей или меньшей степени соответствует реальной структуре нашего тела. Будучи явлением чисто **психологическим,** образ тела (как мы его видим или представляем) включает в себя также и наше представление о себе в физическом или социальном плане» [34, с.14].

Мы рассмотрим показатели неудовлетворенности как отдельными зонами тела, так и общей неудовлетворенность, полученные с помощью невербального теста «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (CAPT) в таблице P.8. в приложении P.

Тест был разработан авторами для диагностики степени неприятия тела, неудовлетворенности им, поэтому принято интерпретировать значения на уровне 4-5 баллов. Мы отдельно выделили зоны тела, которые не принимаются девочками-подростками и получили по ним следующие результаты (в процентах):

* волосы – 16%;
* лицо (щеки) – 48%;
* плечи – 44%;
* руки (кисти рук) – 28%;
* грудь – 56%;
* живот – 64%;
* бедра – 88%;
* ягодицы – 76%;
* голени – 40%;
* ступни – 12%.

Как мы видим из представленных выше результатов, девочки не принимают появления вторичных половых признаков: развивающиеся молочные железы (56%); формирование жировой клетчатки по женскому типу – отложения в области бедер (88%); ягодиц (76%); рук (плечи – 44%) и округления форм тела (живот – 64%; щеки – 48%).

Также мы определили четыре показателя неудовлетворенности телом, предложенных авторами методики:

1. CAPT Score 1;
2. CAPT Score 2;
3. общий показатель;
4. показатель дискриминативности, или рассогласованности.

Рассмотрим каждый из них по-отдельности:

1. CAPT Score 1 (среднее арифметическое оценок следующих зон тела: области живота, верхней трети бедра, ягодиц, нижней части бедра): 3,86≈ 4 – неприятие;
2. CAPT Score 2 (среднее арифметическое оценок остальных зон тела, за исключением гениталий: волосы, лицо, предплечье, плечо, плечевой пояс, грудь, верхняя часть живота, кисти рук, голени и стопы): 2,94≈3 – индифферентное отношение;
3. общий показатель (среднее значение для всех 16 частей, включая гениталии): 3,108≈3 - индифферентное отношение к телу;
4. показатель дискриминативности или рассогласованности (рассогласованность зон тела, находящихся на одном уровне в фигуре человека на фронтальной и дорсальной стороне): 2,96≈3 - индифферентное отношение.

Полученные результаты подтверждают предыдущий вывод о том, что неприятие тела выявляется на уровне вторичных половых признаков.

Таким образом, мы можем говорить как бы о «стирании женских половых признаков» и возвращении к детству (инфантилизм), когда вторичные признаки пола не развиты и нет менструации.

3.1.6. Клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков группы сравнения

Рассмотрим клинико-анамнестические показатели у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией в таблице Q.9, расположенной в приложении Q.

Ниже приведем данные Всемирной Организации Здоровья по Индексу Массы Тела[[2]](#footnote-2).

**Диаграмма 4.** Показатели Индекса Массы Тела по данным Всемирной Организации Здоровья у девочек 14-18 лет.

Наши испытуемые из группы сравнения на представленном континууме ИМТ значений занимают следующие области (в процентах):

* «-1 SD» (Normal) – 29,1%;
* «Median» – 50%;
* «+1SD» (Normal) – 20,9%.

Самую большую группу (50%) составляют девушки, имеющие средние значения ИМТ по данным ВОЗ; 29,1% и 20,9% - варианты нормы.

Ниже представлены данные по семейным ситуациям, выявленным в результате анкетирования (в процентах):

* развод родителей – 28%;
* повторный брак матери (в семье отчим) – 8%;
* полная семья – 64%;
* наличие сиблингов: сестры – 32%; братья – 40% .

Как мы видим, большая часть девочек-подростков из группы сравнения, также воспитывается в полных семьях и имеет сиблингов противоположного пола.

3.1.7. Показатели восприятия родителей у девочек-подростков группы сравнения

Рассмотрим оценку дочерью матери (в процентах):

**Таблица 10.** Показатели субъективного восприятия матери девочками-подростками группы сравнения.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Характеристики воспитания | | | | | | |
|  | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AVT** | **NED** | **POZ/**  **HOS** | **DIR/**  **AVT** |
| Низкий | 24% | **64%** | **48%** | 28% | 16% | 12% | **60%** |
| Средний | 36% | 20% | 20% | 24% | 36% | **56**% | 24% |
| Высокий | 40% | 16% | 32% | **48%** | **48%** | 32% | 16% |

По результатам, представленным в таблице 10, нами не был выявлен тип нарушенного родительского отношения, но обнаружены высокие результаты по шкалам Автономности (AVT) и Непоследовательности (NED). Можно предположить, что в большинстве случаев имеет место некоторое устранение матери от воспитания ребенка в сочетании с непоследовательностью требований.

На наш взгляд, подобное устранение объясняется большей самостоятельностью подростка, желанием отделиться от родителей и получить будущую профессию (большинство испытуемых в данной группе – студентки педагогического колледжа).

**Диаграмма 5.** Показатели выраженности стиля воспитательного воздействия со стороны матерей в субъективном понимании девочек-подростков группы сравнения.

Так же хотелось бы отметить низкие показатели по таким шкалам, как Директивность (DIR), что может означать отсутствие контроля со стороны матери, предоставление дочери большей самостоятельности, и Враждебности (HOS), что подчеркивает доверительный характер отношений к семейной среде и к ребенку, в частности. В тоже время довольно низкий показатель Фактора критики не исключает отсутствие заинтересованности матери к дочери. Однако Фактор близости характеризует гармоничность проявления теплых чувств и принятия своего взрослеющего ребенка.

Рассмотрим оценку дочерью отца (в процентах):

**Таблица 11.** Показатели субъективного восприятия отца девочками-подростками группы сравнения.

**Таблица 11**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Характеристики воспитания | | | | | | |
|  | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AVT** | **NED** | **POZ/**  **HOS** | **DIR/**  **AVT** |
| Низкий | **52,3%** | **52.3%** | 33,3% | 19,1% | 28,7% | **52,4%** | **57,2%** |
| Средний | 19,1% | 33,3% | 23,9% | 28,6% | 33,3% | 23,8% | 19% |
| Высокий | 28,6% | 14,3% | **42,8%** | **52,3%** | 38% | 23,8% | 23,8% |

По результатам, представленным в таблице 11, нами так же не был выявлен тип нарушенного родительского отношения, но обнаружены высокие результаты по шкалам Враждебности (HOS) и Автономности (AVT). Исходя из данных показателей, можно предположить, что отец самоустранился от воспитания дочери с негативным оттенком.

Также рассмотрим низкие показатели, полученные по таким шкалам, как: Позитивный интерес (POZ), Директивность (DIR) и двум факторам - близости и критики.

Позитивный интерес описывается как отцовская уверенность в себе, уверенность в том, что внимание, теплота и открытость отношений между отцом и дочерью представляют собой проявления любви и уважения. Соответственно, перед нами предстает несколько иной обобщенный образ: возможно, недостаточно уверенный в себе отец, использующий в своей воспитательной практике резкие перепады от вседозволенности до суровых наказаний (нами так же отмечается тенденция непоследовательности воспитательных подходов).

Директивный же отец описывается, как «образ твердой руки», способной указать на место взрослеющей дочери в семье и в обществе. Можно предположить, что отсутствие норм и правил объясняется устранением отца от воспитания подростка. Фактор близости при низких оценках характеризует отвержение ребенка, а Фактор критики – отсутствие заинтересованности в нем.

**Диаграмма 6.** Показатели выраженности стиля воспитательного воздействия со стороны отцов в субъективном понимании девочек-подростков группы сравнения.

**Диаграмма 6**

Таким образом, мы получили следующие образы родителей, воспитывающих девочек-подростков из группы сравнения:

* **мать** – любящая, предоставляющая самостоятельность, доверяющая (открытая);
* **отец** – отстраненный, непоследовательный, незаинтересованный.

Подводя итог, мы можем предположить, что девочки, переживающие кризис подросткового возраста, отмечают некоторую отстраненность родителей, но для них остаются значимыми их принятие, забота и любовь.

3.1.8. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков группы сравнения

Рассмотрим полученные данные по методике «Семейная социограмма» в таблице R.12. Нами также была создана диагностическая таблица, где S (субъект) – девочка-подросток из группы сравнения.

По данным представленным в таблице выше, мы получили следующие результаты (в процентах):

1. **число членов, попавших в круг:**

* полная семья – 92%;
* расширенная семья – 28%;
* исключение членов семьи – 0%;

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 24%;
* субъект равен другим членам семьи – 40%;
* субъект меньше – 40%;

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 64%;
* в нижней части – 20%;
* в стороне – 16%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с матерью – 20%;
* удаленность матери – 12%;
* «слипание» с отцом – 8%;
* удаленность отца и его не включение - 52%;
* «слипание» с сиблингом – 8%;
* удаленность и исключение сиблинга противоположного пола – 4%;
* «интерес» к родителю своего пола – 12%;
* «интерес» к родителю противоположного пола (отец/отчим) – 12%;
* отстраненность – 4%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях девочек-подростков группы сравнения. Семьи характеризуются следующими особенностями:

* подростки воспитываются в полных семьях;
* подростки одинаково часто воспринимает себя «маленьким» ребенком в семье и полноправным членом;
* ребенок чувствует себя активным участником семейного взаимодействия;
* в основном, девочки отмечают некоторую отстраненность отца (напомним, что, большая часть испытуемых, также как и в основной группе, воспитывается в полных семьях).

3.1.9. Показатели изучения уровня семейной тревоги в семьях девочек-подростков группы сравнения

Рассмотрим полученные данные по методике «Анализ семейной тревоги», полученные в результате диагностики группы сравнения в таблицу S.13 (Приложение S).

Напомним диагностические критерии:

* диагностическое число шкалы Вина – 5;
* диагностическое число шкалы Тревога – 5;
* диагностическое число шкалы Напряженность – 6;
* суммарное диагностическое число, отражающее общую семейную тревожность – 14.

По данным, представленным в таблице выше, мы получили следующие результаты (в процентах):

* чувство вины отмечают у себя - 0%;
* чувство тревоги - 8%;
* чувство напряженности в отношениях – 4%;
* общую семейную тревожность – 4%.

Полученные результаты мы можем интерпретировать, как довольно спокойную обстановку в семье. Напряженность и общая семейная тревожность были выявлены у девушки, которая воспитывается в семье с отчимом и занимается уходом за младшей сестрой от второго брака матери.

3.1.10. Показатели изучения уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков группы сравнения

Рассмотрим данные, полученные в результате диагностики степени неприятия тела, неудовлетворенности им у девочек-подростков группы сравнения в таблице T.14 (приложение T).

Мы также отдельно выделили зоны тела, которые не принимаются девочками-подростками и получили по ним следующие результаты (в процентах):

* волосы – 4%;
* лицо (щеки) – 24%;
* плечи – 28%;
* руки (кисти рук) –8%;
* грудь – 16%;
* живот – 44%;
* бедра – 68%;
* ягодицы – 32%;
* голени – 28%;
* ступни – 12%.

Как мы видим из представленных выше результатов, девочки, в основном, не принимают появления лишь некоторые вторичные половые признаки: область бедер (68%) и округления в области живота (44%).

Также мы определили четыре показателя неудовлетворенность телом, предложенных авторами методики:

1. CAPT Score 1;
2. CAPT Score 2;
3. общий показатель;
4. показатель дискриминативности, или рассогласованности.

Рассмотрим каждый из них по-отдельности:

1. CAPT Score 1 (среднее арифметическое оценок следующих зон тела: области живота, верхней трети бедра, ягодиц, нижней части бедра): 3,196≈ 3 – индифферентное отношение;
2. CAPT Score 2 (среднее арифметическое оценок остальных зон тела, за исключением гениталий: волосы, лицо, предплечье, плечо, плечевой пояс, грудь, верхняя часть живота, кисти рук, голени и стопы): 2,356≈2 - удовлетворенность;
3. общий показатель (среднее значение для всех 16 частей, включая гениталии): 2,592≈3 - индифферентное отношение к телу;
4. показатель дискриминативности или рассогласованности (рассогласованность зон тела, находящихся на одном уровне в фигуре человека на фронтальной и дорсальной стороне): 2,52 – удовлетворенность с тенденцией индифферентному отношению.

Полученные результаты подтверждают предыдущий вывод о том, что неприятие тела выявляется лишь на уровне некоторых вторичных половых признаков: область бедер и живота.

Отметим, что автор адаптированной на русский язык методики, объясняет напряжение в области бедер проблемами детско-родительских отношений, подчеркивая, что нежелающий взрослеть «ребенок» переживает отвержение и неприятие близкими.

3.2. Сравнительный анализ показателей изучения особенностей детско-родительских отношений у девочек-подростков

3.2.1. Сравнение клинико-анамнестических показателей у девочек-подростков

Нами были выявлены следующие различия между двумя группами: основной группой, в которую входят девочки-подростки с нервной анорексией (NA), и группой сравнения (C):

**Диаграмма 7**. Сравнение показателей ИМТ у девочек-подростков.

**Диаграмма 7**

На диаграмме 7 представлены различия в соматическом состоянии (вес) здоровья между обследуемыми девушками. Таким образом, мы можем утверждать, что в нашу группу сравнения не входили испытуемые, имеющие проблемы с весом.

На диаграмме 8 представлены различия социально-демографических показателей.

**Диаграмма 8**. Сравнение влияния социальных факторов на заболевание анорексией у девочек-подростков.

Нами не было выявлено значимых различий влияния социальных факторов на заболеваемость анорексией.

3.2.2. Сравнения показателей восприятия родителей у девочек-подростков

**Диаграмма 9.** Сравнение показателей восприятия образа матери у девочек-подростков.

Рассмотрим диаграмму 9, расположенную выше. Для статистической проверки данных нами был использован однофакторный ANOVA (One Way ANOVA) для оценки влияния отношения родителей (в субъективном понимании подростка) на возникновение и развитие анорексии.

В результате было выявлено, что воспитательное отношение матери в субъективном понимании подростков в основной группе и группе сравнения статистически достоверно не различается (p>0,05).

Рассмотрим диаграмму 10:

**Диаграмма 10.** Сравнение показателей восприятия образа отца у девочек-подростков.

**Диаграмма 10**

Для статистической проверки данных нами был использован однофакторный ANOVA (One Way ANOVA) для оценки влияния отношения родителей (в субъективном понимании подростка) на возникновение и развитие анорексии.

В результате было выявлено, что воспитательное отношение отца в субъективном понимании подростков в основной группе и группе сравнения статистически достоверно не различается (p>0,05).

3.2.3. Сравнение показателей структуры и характера коммуникации в семьях у девочек-подростков

Рассмотрим диаграмму 11:

**Диаграмма 11.** Показатели структуры семьи в субъективном понимании девочек-подростков.

**Диаграмма 11**

Мы можем сделать следующие **выводы**:

* 72% девочек-подростков, страдающих анорексией, проживают в полных семьях, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 92%. Здесь мы можем говорить о тенденции к различию, так как уровень значимости 6% (p≥6);
* 36% девочек-подростков, страдающих анорексией, проживают в расширенных семья, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 20%;
* 12% девочек-подростков, страдающих анорексией, исключают одного из членов своей семьи из системы отношений (как правило, отца), тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 0%.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что девочки-подростки, страдающие анорексией, как правило, проживают в неполных семьях. Статистически достоверно группы не различаются.

Рассмотрим диаграмму 12:

**Диаграмма 12.** Показатели положения девочки-подростка в семье.

**Диаграмма 12**

Мы можем сделать следующие **выводы**:

* 20% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают некоторое превосходство над родителями, как и девочки-подростки группы сравнения – 20%;
* 32% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают равенство позиций в отношениях с родителями, тогда как девочки-подростки группы сравнения – 40%;
* 48% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают позицию «маленького ребенка» в семье, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 40%.

Статистически достоверно группы не различаются.

Рассмотрим диаграмму 13:

**Диаграмма 13.** Показатели расположения девочки-подростка в семейной системе отношений.

**Диаграмма 13**

Мы получили следующие **выводы**:

* 60% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают себя в центральной, или верхней части, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 64%;
* 32% девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, отмечают себя в нижней части, тогда как среду девочек-подростков группы сравнения – 16%;
* 8% девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, отмечают себя в стороне, тогда как среди девочек-подростков группы-сравнения 20%.

Статистически достоверно группы не различаются.

Рассмотрим диаграмму 14:

**Диаграмма 14.** Показатели характера коммуникации в семьях девочек-подростков.

Мы можем сделать следующие **выводы**:

* 36% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают симбиотический характер отношений с матерью, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 20%;

**Диаграмма 14**

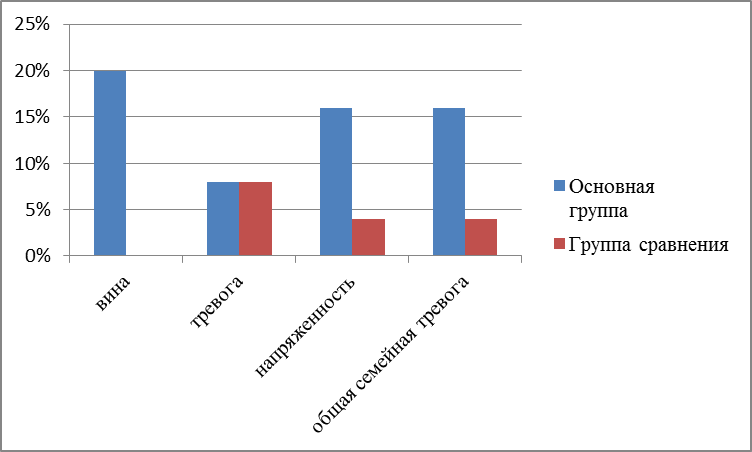
* 12% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают удаленность, как и девочки-подростки группы сравнения – 12%;
* 12% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают симбиотический характер отношений с отцом, тогда как среду девочек-подростков группы сравнения – 8%;
* 16% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают удаленность отца, тогда как среди девочек-подростков – 40%. Здесь нами были выявлены статистически значимые различия (p≥0,05): девочки-подростки обладают качественно различающимся уровнем восприятия удаленности отца;
* 24% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают симбиотический характер отношений с сиблингом, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 8%;
* 20% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают удаленность сиблинга противоположного пола (брата), тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 4%;
* 32% девочек-подростков, отмечают отстраненность в семье, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 4%. Здесь нами были выявлены статистические различия на высоком уровне значимости (p≥0,01): девочки-подростки, страдающие анорексией, обладают качественно различающимся уровнем восприятия собственной отстраненности в семье;
* 12% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают интерес к матери, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 16%;
* 16% девочек-подростков, страдающих анорексией, отмечают интерес к отцу, тогда как среди девочек-подростков группы сравнения – 12%.

Таким образом, девочки-подростки обладают качественно различающимся уровнем восприятия удаленности отца: девочки-подростки отмечают большую удаленность отца, чем девочки-подростки основной группы. Также девочки-подростки, страдающие анорексией, обладают качественно различающимся уровнем восприятия собственной отстраненности в семье.

3.2.4. Сравнение показателей уровня семейной тревоги у девочек-подростков

Рассмотрим диаграмму 16:

**Диаграмма 16.** Сравнение показателей уровня семейной тревоги у девочек-подростков.



Для статистической проверки данных нами был использован однофакторный ANOVA (One Way ANOVA) для оценки уровня семейной тревоги.

В результате было выявлено:

* показатель по шкале «Вина» между группами статистически достоверно различается (p≥0,03);
* показатель по шкале «Тревога» статистически достоверно не различается;
* показатель по шкале «Напряженность» между группами статистически достоверно различае (p≥0,01);
* показатель по шкале «Общая семейная тревога» между группами имеет тенденцию к различию на уровне 6% (p=0,06).

Таким образом, девочки-подростки обладают статистически значимо разным уровнем чувства вины и напряженности в семье, также наблюдается тенденция к различию по общей семейной тревоги.

3.2.5. Сравнение показателей уровня неудовлетворенности собственным телом у девочек-подростков

Рассмотрим диаграмму 15:

**Диаграмма 15.** Сравнение уровня неудовлетворенности отдельными зонами тела у девочек-подростков.

При проведении качественного анализа, нами было выявлено, что девочки, страдающие анорексией, не принимают появления вторичных половых признаков: развивающиеся молочные железы (56%); формирование жировой клетчатки по женскому типу – отложения в области бедер (88%); ягодиц (76%); рук (плечи – 44%) и округления форм тела (живот – 64%; щеки – 48%). Результаты так же подтверждаются более низкими показателями девочек-подростков группы сравнения.

Для статистической проверки данных нами был использован однофакторный ANOVA (One Way ANOVA) для оценки уровня неудовлетворенности собственным телом.

В результате было выявлено:

* общий показатель неудовлетворенность телом между группами статистически значимо не различается;
* показатель Score 1, который включает зоны живота, верхней и нижней части бедер, ягодицы, имеет статистически достоверные различия (p≥0,02);
* показатель Score 2, который включает области волос, лица, плечевого пояса, плеч, предплечий, кистей рук, груди, верхней части живота, голеней и ступней, имеет статистически достоверные различия (p=0,04);
* показатель Дискриминативности, то есть рассогласованности, имеет статистически достоверные различия (p≥0,01).

Таким образом, девочки-подростки обладают статистически значимо разным уровнем неудовлетворенности не телом, а отдельными его зонами, которые являются женскими вторичными половыми признаками.

3.2.6. Анализ корреляционных связей у девочек-подростков

Рассмотрим корреляционные связи, представленные в приложении U. Отметим, что для девочек-подростков, страдающих анорексией, характерны следующие взаимосвязи по отношению к матери:

* чем старше становится ребенок, тем больше проявляется непоследовательный характер воспитания матери и наоборот – чем младше ребенок, тем меньше проявляется непоследовательность матери (уровень значимости 0,01);
* чем выше позитивный интерес матери к подростку, тем ниже ее враждебность, непоследовательность и больше ощущается близость и наоборот (уровень значимости 0,01); чем выше директивность матери, тем выше ее контроль по отношению к ребенку и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше директивность матери, тем выше ее контроль (критика) и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше враждебность матери, тем ниже ее позитивный интерес к ребенку, выше непоследовательность, меньше ощущается близость и меньше проявляется непоследовательность отца и наоборот (уровень значимости 0,01); также отметим, что повышается контроль (критика), уменьшается тревожность, напряженность и общая семейная тревога и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше автономность матери, тем ниже контроль (критика) и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше непоследовательность матери, чем ниже позитивный интерес, меньше ощущается близость и наоборот;
* чем ближе мать к дочери, тем выше ее позитивный интерес, тем ниже ее враждебность, непоследовательность и наоборот (уровень значимости 0,01); также отмечается повышение непоследовательности, напряженности и тревоги и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше контроль (критика), тем выше директивность, ниже автономность и наоборот (уровень значимости 0,01); также повышается враждебность и наоборот (уровень значимости 0,05).

Таким образом, мы можем сделать вывод, что даже при близких отношениях с матерью девочки-подростки больные анорексией, переживают непоследовательный характер отношений с матерью, испытывают напряженность и общую тревогу (p˂0,05).

Рассмотрим взаимосвязи по отношению к отцу (приложение V):

* чем выше позитивный интерес отца к ребенку, тем выше ощущается близость и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше директивность, тем выше враждебность, непоследовательность, контроль (критика) и тревога и наоборот (уровень значимости 0,01); в тоже время уменьшается автономность отца (уровень значимости 0,01) и сокращается ощущение близости и наоборот (уровень значимости 0,05); так же отмечается повышение общей тревоги и наоборот (p˂0,05);
* чем выше враждебность, тем выше директивность, непоследовательность, контроль, тревожность и общая тревога, в тоже время сокращается ощущение близости и наоборот (уровень значимости 0,01); также отмечается увеличение чувства вины и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше автономность отца, тем **меньше** уровень тревоги и наоборот (уровень значимости 0,01); так же отмечается сокращение директивности, контроля и общей тревоги и наоборот;
* чем выше непоследовательность, тем выше директивность, враждебность и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем больше близость отца к дочери, тем выше его позитивный интерес и меньше директивность, враждебность (уровень значимости 0,01) и контроль (критика) и наоборот – уровень значимости 0,05;
* чем выше контроль (критика), тем выше директивность, враждебность, чувство вины, тревоги (уровень значимости 0,01); так же отмечается уменьшение автономности, сокращение близости и увеличение напряженности.

Таким образом, можно сделать вывод, что чем выше автономность отца по отношению к девочке-подростку больной анорексией, тем меньше у нее уровень тревоги.

Подводя итог анализа корреляционных связей в основной группе, нам хотелось бы отметить выявленные взаимосвязи:

* при близких отношениях с матерью девочки-подростки, больные анорексией, переживают непоследовательный характер отношений с матерью, испытывают напряженность и общую тревогу;
* чем выше автономность отца по отношению к девочке-подростку, больной анорексией, тем меньше у нее уровень тревоги.

Рассмотрим корреляционные связи, представленные в приложении W. Отметим, что для девочек-подростков группы сравнения характерны следующие взаимосвязи по отношению к матери:

* чем взрослее ребенок, тем выше автономность матери и становится меньшим контроль и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше позитивный интерес матери, тем больше ощущается близость (уровень значимости 0,01) и уменьшается враждебность и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше директивность, тем выше контроль (критика) – уровень значимости 0,01 и наблюдается уменьшение директивности сто стороны отцы и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше враждебность, тем меньше ощущается близость (уровень значимости 0,01) и повышается интерес, непоследовательность, контроль и автономность матери, но также уменьшается враждебность отца и наоборот (уровень значимости 0,05);
* чем выше автономность, тем выше контроль (критика) и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше непоследовательность, тем выше враждебность, контроль и уменьшается враждебность (уровень значимости 0,05);
* чем больше ощущается близость, тем меньше становится контроль (уровень значимости 0,05);
* чем выше контроль (критика), тем выше директивность, но уменьшается автономность (уровень значимости 0,01); также отмечается увеличение враждебности, автономности отца и уменьшением близости матери и ослаблением контроля со стороны отца;

Таким образом, мы можем сделать вывод, что при близких отношениях с матерью девочки-подростки группы сравнения испытывают лишь меньший контроль (p˂0,05).

Рассмотрим взаимосвязи по отношению к отцу (приложение X):

* чем выше позитивный интерес, тем меньше директивность, враждебность, непоследовательность, контроль, чувство вины и тревога и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше директивность, тем ниже позитивный интерес отца и меньше ощущается близость, в тоже время возрастает враждебность, контроль и наоборот (уровень значимости 0,01);
* чем выше враждебность, тем выше директивность, непоследовательность и чувство вины у ребенка, в тоже время уменьшается позитивный интерес и ощущение близости (уровень значимости 0,01);
* чем выше автономность, тем меньше контроль (критика) – уровень значимости 0,01; в тоже время отмечается увеличение возраста ребенка, то есть чем старше он становится, тем выше автономность родителя (уровень значимости 0,05);
* чем выше непоследовательность, тем выше директивность, враждебность, тревога и уменьшается позитивный интерес (уровень значимости 0,05); в тоже время отмечается увеличение контроля, чувства вины у ребенка и усиливается общая тревога (уровень значимости 0, 01);
* чем выше близость, тем выше позитивный интерес, но уменьшается директивность, враждебность, автономность, непоследовательность, контроль, чувство вины, тревожность и общая тревога (уровень значимости 0,01);
* чем выше контроль (критика), тем выше директивность, враждебность, но уменьшается позитивный интерес, автономность и сокращается ощущение близости.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что чем больше автономность отца у девочек-подростков группы сравнения, тем меньше контроль (критика) – уровень значимости 0,01; в тоже время отмечается увеличение возраста ребенка, то есть чем старше он становится, тем выше автономность родителя (уровень значимости 0,05).

Подводя итог анализа корреляционных связей в группе сравнения, нам бы хотелось отметить выявленные взаимосвязи:

* при близких отношениях с матерью девочки-подростки группы сравнения испытывают меньший контроль;
* чем выше автономность отца девочки-подростка группы-сравнения, тем меньше контроль (критика) с его стороны.

3.3. Изучение особенностей детско-родительских отношений у матерей

3.3.1. Показатели анализа стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией

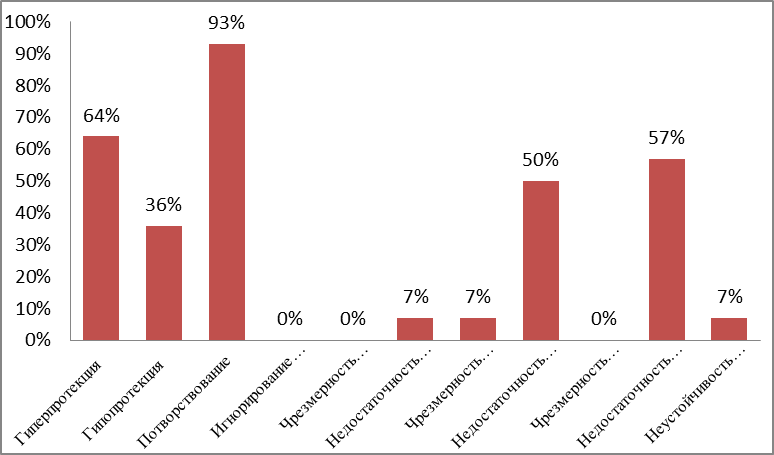
В ходе исследования стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений было выявлено, что, в основном, выраженность всех особенностей воспитательного процесса лежит в области средних значений, поэтому нам пришлось снизить диагностическое значение до 4 в следующих шкалах:

* Уровень протекции;
* Степень удовлетворения потребностей подростка;
* Строгость санкций за нарушение требований ребенком;
* Неустойчивость стиля воспитания;
* Расширение родительских чувств;
* Воспитательная неуверенность;
* Фобия утраты;
* Неразвитость родительских чувств.

Для качественного анализа стиля взаимодействия матерей представляют интерес те нарушения семейного воспитания, по которым был выявлен наиболее высокий уровень, или наименьший уровень выраженности.

Наиболее выраженными особенностями стиля семейного воспитания являются: потворствование, гиперпротекция, минимальность санкций (наказаний) и недостаточность требований – запретов к ребенку, которые графически представлены на диаграмме 16.

**Диаграмма 16.** Показатели уровня выраженности нарушений воспитания, отражающих особенности семейных взаимоотношений у матерей, воспитывающих ребенка с анорексией.



Матери используют в процессе воспитания детей, страдающих нервной анорексией, потворствующую гиперпротекцию. Таким образом, мы можем предположить, что ребенок находится в центре внимания, и мать стремится к **максимальному удовлетворению его потребностей**.

3.3.2. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией

Рассмотрим полученные данные по методике «Семейная социограмма» у матерей (в процентах):

1. **число членов, попавших в круг:**

* расширенная семья – 43%;
* исключение членов семьи – 0%.

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 21%;
* субъект равен другим членам семьи (дочери) – 50%;
* субъект меньше – 29%;

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 79%;
* в нижней части – 21%;
* в стороне – 0%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с прародителями – 14%;
* удаленность прародителей – 7%;
* «слипание» с супругом – 0%;
* удаленность супруга, или его отсутствие - 71%;
* «слипание» с детьми – 29%;
* удаленность детей – 29%;
* «интерес» к дочери – 29%;
* отстраненность – 7%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях матерей, воспитывающих ребенка, страдающего анорексией. Семьи характеризуются следующими особенностями:

* матери, как правило, воспринимает себя в семье полноправным членом;
* чувствуют себя активным участником семейного взаимодействия;
* отмечают некоторую отстраненность супруга, либо на момент участия в исследования не состоят в браке (напомним, что, большая часть респондентов имеет полную семью).

3.3.3. Показатели изучения конструктивно-деструктивных отношений в семьях у матерей, воспитывающих ребенка больного анорексией

Матери заполняли опросник «Конструктивно-деструктивная семья» по истечении не менее одной недели нахождения ребенка в стационаре. Таким образом, мы можем определить, насколько эффективной оказывается госпитализации для семьи больного ребенка по следующим шкалам:

* «Влияние» - 7%;
* «Фрустрация» - 14%;
* «Информация» - 36%;
* «Отчуждение» - 36%.

3.3.4. Показатели анализа стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения

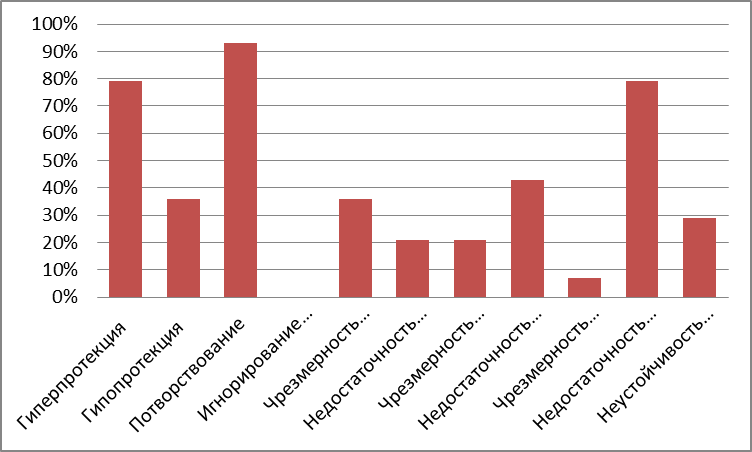
В ходе исследования стиля взаимодействия матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений было выявлено, что, в основном, выраженность всех особенностей воспитательного процесса лежит в области средних значений, поэтому нам пришлось снизить диагностическое значение до 4 в следующих шкалах:

* Уровень протекции;
* Степень удовлетворения потребностей подростка;
* Строгость санкций за нарушение требований ребенком;
* Неустойчивость стиля воспитания;
* Расширение родительских чувств;
* Воспитательная неуверенность;
* Фобия утраты;
* Неразвитость родительских чувств.

Для качественного анализа стиля взаимодействия матерей представляют интерес те нарушения семейного воспитания, по которым был выявлен наиболее высокий уровень, или наименьший уровень выраженности.

Наиболее выраженными особенностями стиля семейного воспитания являются: потворствование, гиперпротекция, минимальность санкций (наказаний) и недостаточность требований – запретов к ребенку, которые графически представлены на диаграмме 17.

**Диаграмма 17.** Показатели уровня выраженности нарушений воспитания, отражающих особенности семейных взаимоотношений у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения.



Матери используют в процессе воспитания детей потворствующую гиперпротекцию. Таким образом, мы можем предположить, что ребенок находится в центре внимания, и мать стремится к **максимальному удовлетворению его потребностей**.

3.3.5. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения

Рассмотрим полученные данные по методике «Семейная социограмма» у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения:

1. **число членов, попавших в круг:**

* расширенная семья – 18%;
* исключение членов семьи – 0%;
* включение домашних животных – 0%.

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 41%;
* субъект равен другим членам семьи (дочери) – 56%;
* субъект меньше – 5%;
* субъект один в тестовом поле – 0%.

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 94%;
* в нижней части – 5%;
* в стороне – 0%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с прародителями – 5%;
* удаленность прародителей – 0%;
* «слипание» с супругом – 18%;
* удаленность супруга, или его отсутствие - 23%;
* «слипание» с детьми – 18%;
* удаленность детей – 35%;
* «интерес» к дочери – 18%;
* отстраненность – 0%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения. Семьи характеризуются следующими особенностями:

* матери, как правило, воспринимает себя в семье полноправным членом, и чувствуют себя более уверенно;
* чувствуют себя активным участником семейного взаимодействия;
* наблюдается тенденция к отделению от детей, предоставление им большей свободы и самостоятельности.

3.3.6. Показатели изучения конструктивно-деструктивных отношений в семьях у матерей, воспитывающих ребенка из группы сравнения

Рассмотрим полученные результаты по шкалам:

* «Влияние» - 7%;
* «Фрустрация» - 7%;
* «Информация» - 23%;
* «Отчуждение» - 14%.

Данные результаты мы отнесли к высокой степени осведомленности матерей о своих детях и их участии в жизни подростка.

3.3.7. Сравнительный анализ показателей изучения особенностей детско-родительских отношений у матерей девочек-подростков

В связи с высокой сопротивляемость матерей и, как следствием этого, недостаточной численностью групп для статистической обработки данных, было принято решение остановиться на их описании.

3.4.1. Изучение детско-родительских отношений у отцов

3.4.2. Показатели анализа стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией

В ходе исследования стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка, страдающего нервной анорексией с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений было выявлено, что, в основном, выраженность всех особенностей воспитательного процесса лежит в области средних значений. Нам пришлось снизить диагностическое значение до 4 в следующих шкалах:

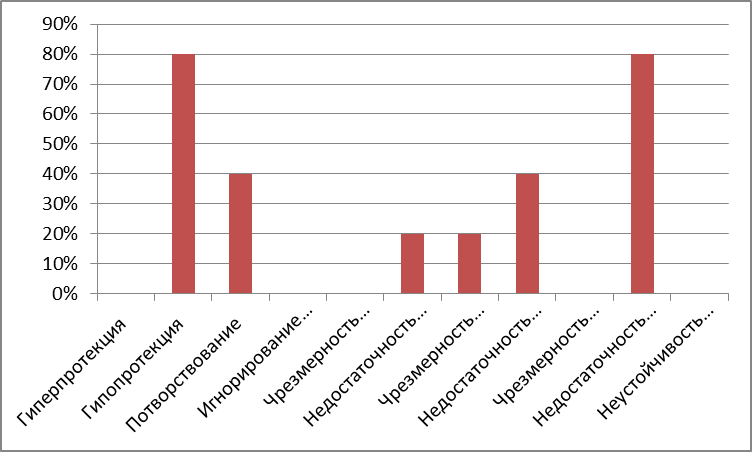
* Уровень протекции;
* Степень удовлетворения потребностей подростка;
* Строгость санкций за нарушение требований ребенком;
* Неустойчивость стиля воспитания;
* Расширение родительских чувств;
* Воспитательная неуверенность;
* Фобия утраты;
* Неразвитость родительских чувств.

Для качественного анализа стиля взаимодействия отцов представляют интерес те нарушения семейного воспитания, по которым был выявлен наиболее высокий уровень, или наименьший уровень выраженности.

Наиболее выраженными особенностями стиля семейного воспитания являются: гипопротекция, игнорирование потребностей ребенка, минимальность санкций (наказаний), которые графически представлены на диаграмме 18.

Также были выявлены психологические (личностные) проблемы отцов: воспитательная неуверенность родителя. Таким образом, мы может говорить о том, что в основе их негармоничного воспитания ребенка лежит личностная проблема.

**Диаграмма 18**

****

По мнению автора методики, воспитательную неуверенность можно назвать «слабым местом» личности родителя. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителем и ребенком (подростком) в пользу последнего.

Отцы девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, чаще используют в процессе воспитания детей гипопротекцию. Таким образом, мы можем предположить, что ребенок предоставлен самому себе, родитель (отец) не интересуется им и не контролирует его.

3.4.3. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией

Рассмотрим полученные данные по методике «Семейная социограмма» у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией:

1. **число членов, попавших в круг:**

* расширенная семья – 0%;
* исключение членов семьи – 0%;

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 0%;
* субъект равен другим членам семьи (дочери) – 20%;
* субъект меньше – 80%;
* субъект один в тестовом поле – 0%.

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 80%;
* в нижней части – 0%;
* в стороне – 20%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с прародителями – 0%;
* удаленность прародителей – 0%;
* «слипание» с супругой – 0%;
* удаленность супруга, или его отсутствие - 0%;
* «слипание» с детьми – 0%;
* удаленность детей – 40%;
* «интерес» к дочери – 20%;
* отстраненность – 0%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией. Семьи характеризуются следующими особенностями:

* отцы, как правило, воспринимает себя неравноправным членом семьи, и чувствуют себя неуверенно;
* чувствуют себя активным участником семейного взаимодействия, возможно, конфликта;
* наблюдается тенденция к отделению от детей, несмотря на их заболевание.

3.4.4. Показатели конструктивно-деструктивных отношений в семьях у отцов, воспитывающих ребенка больного анорексией

Отцы, также как и матери, заполняли опросник «Конструктивно-деструктивная семья» по истечении не менее одной недели нахождения ребенка в стационаре. Таким образом, мы можем определить, насколько эффективной оказывается госпитализации для семьи больного ребенка по следующим шкалам:

* «Влияние» - 0%;
* «Фрустрация» - 0%;
* «Информация» - 60%;
* «Отчуждение» - 60%.

Таким образом, отцы отмечают следующее:

* отсутствие информации о больном ребенке, особенно о его мыслях, чувствах;
* переживает отчуждение, то есть чувствует себя ответственным за то, что происходит с подростком.

Мы также можем предположить, что именно по причине отчуждения (чувства вины) большинство отцов отказалось от участия в исследовании.

3.4.5. Показатели анализа стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения

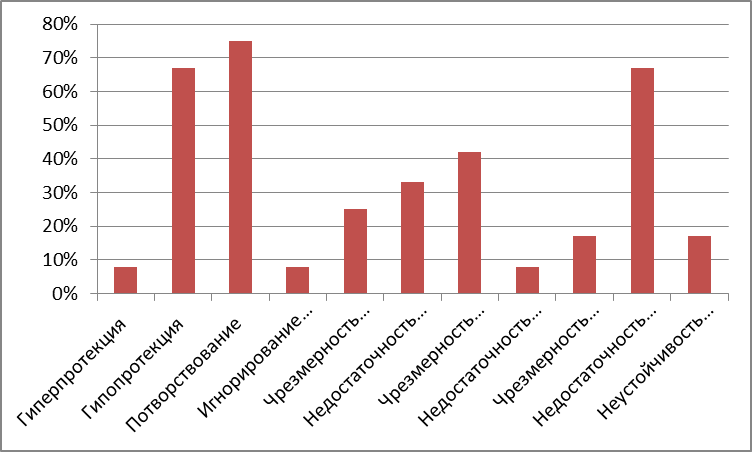
В ходе исследования стиля взаимодействия отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения, с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений было выявлено, что, в основном, выраженность всех особенностей воспитательного процесса лежит в области средних значений, поэтому нам пришлось снизить диагностическое значение до 4 в следующих шкалах:

* Уровень протекции;
* Степень удовлетворения потребностей подростка;
* Строгость санкций за нарушение требований ребенком;
* Неустойчивость стиля воспитания;
* Расширение родительских чувств;
* Воспитательная неуверенность;
* Фобия утраты;
* Неразвитость родительских чувств.

Для качественного анализа стиля взаимодействия отцов представляют интерес те нарушения семейного воспитания, по которым был выявлен наиболее высокий уровень, или наименьший уровень выраженности.

Наиболее выраженными особенностями стиля семейного воспитания являются: гипопротекция, потворствование, минимальность санкций (наказаний), которые графически представлены на диаграмме 19.

**Диаграмма 19.** Показатели уровня выраженности нарушений воспитания, отражающих особенности семейных взаимоотношений у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения.



Нами не был выявлен тип негармоничного семейного воспитания, но мы можем отметить, что отцы девочек-подростков из группы сравнения, в основном, допускают в процессе воспитания следующие «ошибки»: подросток оказывается на периферии внимания родителя, в тоже время оказывается максимальное и некритическое удовлетворение любых потребностей подростка и практически полностью отсутствуют наказания.

3.4.6. Показатели изучения структуры и характера коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения

Рассмотрим полученные данные по методике «Семейная социограмма» у отцов:

1. **число членов, попавших в круг:**

* расширенная семья – 10%;
* исключение членов семьи – 0%;

1. **величина кружков:**

* субъект больше – 60%;
* субъект равен другим членам семьи (дочери) – 30%;
* субъект меньше – 10%;
* субъект один в тестовом поле – 0%.

1. **расположение кружков, относительно друг друга:**

* в центральной и в верхней части – 100%;
* в нижней части – 0%;
* в стороне – 0%;

1. **дистанция между кружками:**

* «слипание» с прародителями – 0%;
* удаленность прародителей – 0%;
* «слипание» с супругой – 10%;
* удаленность супруга, или его отсутствие - 10%;
* «слипание» с детьми – 10%;
* удаленность детей – 30%;
* «интерес» к дочери – 20%;
* отстраненность – 0%.

Таким образом, мы получили обобщенное представление о структуре и характере коммуникации в семьях у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения. Семьи характеризуются следующими особенностями:

* отцы, как правило, воспринимает себя главным членом семьи, и чувствуют себя уверенно;
* чувствуют себя активным участником семейного взаимодействия;
* наблюдается тенденция к отделению от детей.

3.4.7. Показатели конструктивно-деструктивных отношений в семьях у отцов, воспитывающих ребенка из группы сравнения

Рассмотрим полученные результаты по шкалам:

• «Влияние» - 10%;

• «Фрустрация» - 10%;

• «Информация» - 30%;

• «Отчуждение» - 60%.

Данные результаты мы отнесли к степени осведомленности отцов о своих детях и их участии в жизни подростка: большинство не принимает активного участия в жизни ребенка.

3.4.8. Сравнительный анализ детско-родительских отношений у отцов девочек-подростков

В связи с высокой сопротивляемость отцов и, как следствием этого, недостаточной численностью групп для статистической обработки данных, было принято решение остановиться на их описании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей работе была поднята мало разработанная в отечественных исследованиях тема детско-родительских отношений в семьях с больной анорексией. В наше время, когда наука занимается эпигенетическими исследованиями, существует такое «загадочное» заболевание, как нервная анорексия: в то время как симптомы и их лечение волнуют умы многих ученых, около 5% больных ежегодно умирают.

Целью нашей работы не было изучение расстройства и варианты его лечения, мы лишь хотели понять, каким образом семья, воспитывающая девочку-подростка, влияет на возникновение и развитие нервной анорексии. Можно с уверенностью сказать, что поставленная нами цель была достигнута.

В первой главе исследования мы проанализировали различные взгляды на понятие детско-родительские отношения в зарубежной и отечественной литературе. Несмотря на глубокое теоретическое изучение, как правило, соединяющееся с практической деятельностью, пожалуй, в психологии нет однозначной трактовки данного понятия.

Анализ современных исследований по теме нашей работы выявил, что зарубежные исследования, проводимые преимущественно в научных центрах США, Великобритании, Швеции имеют разнонаправленный характер и подчеркивают важность исследования психологических причин анорексии. Обзор отечественных исследований, посвященных болезни и семье, позволяет сделать вывод о потребности в разработке практически ориентированных программ поддержки девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, и их семей.

В период подросткового возраста наступает момент отделения от родительской семьи и поиск самоидентичности, автономности, но у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, психическое и физическое развитие организма приводит к регрессу, выражающемуся в форме инфантилизма и саморазрушительного поведения.

Во второй главе нами была описана организация исследования, определены назначение и содержание используемых методов, а также приведена характеристика выборки.

В исследовании приняли участие 98 человек, разделенных на 2 группы:

* семьи девочек-подростков, страдающих нервной анорексией;
* семьи девочек-подростков группы сравнения.

В ходе исследования в связи с высокой сопротивляемостью родителей детей, находившихся на лечении в психоневрологическом стационаре, нам пришлось несколько изменить дизайн исследования, зато мы на собственном опыте подтвердили высказывания авторов о непроницаемости дисфункциональных семей.

Проведенное нами эмпирическое исследование выявило различия в уровне выраженности воспитательных подходов родителей, а также в корреляционных связях, выявленных у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Наиболее наглядны следующие результаты:

* в основном, воспитание матерью ребенка дисгармонично. Он дезориентирован в предъявляемых требованиях, при таком стиле воспитания особенно велика вероятность развития психосоматических расстройств;
* воспитательная практика отцов непоследовательна, может привести к нарушению психической адаптации в семье, а впоследствии и в другом социальном окружении;
* девочки не принимают появления вторичных половых признаков: развивающиеся молочные железы (56%); формирование жировой клетчатки по женскому типу – отложения в области бедер (88%); ягодиц (76%); рук (плечи – 44%) и округления форм тела (живот – 64%; щеки – 48%);
* при близких отношениях с матерью девочки-подростки, больные анорексией, переживают непоследовательный характер отношений с матерью, испытывают напряженность и общую тревогу;
* чем выше автономность отца по отношению к девочке-подростку, больной анорексией, тем меньше у нее уровень тревоги.

Таким образом, нами были выявлены различия в субъективном понимании воспитательных подходов родителей и отношению к собственному телу.

В ходе эмпирического исследования нами были подтверждены и опровергнуты гипотезы, поставленные в начале работы. Рассмотрим каждую из них по-отдельности:

* для семей, воспитывающих девочку-подростка с нервной анорексией, в отличие от группы сравнения, специфичным является подавляющий стиль родительского воспитания – это гипотеза была нами отчасти опровергнута, так как для семей, воспитывающих больную анорексией, данный тип воспитания не является основным;
* для матерей пациенток с нервной анорексией, по сравнению с нормой, характерны гиперопека и повышенное беспокойство в отношении ребенка (тревога) – данная гипотеза была нами подтверждена.
* мы так же полагаем, что девочки-подростки, страдающие нервной анорексией, переживают амбивалентные чувства по отношению к отцу – данная гипотеза так же подтверждена.

Напомним, что одной из задач проводимого исследования было создание программы рекомендаций для учреждений, занимающихся лечением нервной анорексии. Данной программой нам бы хотелось завершить наше исследование:

* девочкам-подросткам с нервной анорексией показана семейная психотерапия, а также групповая психотерапия в условиях стационара;
* групповую терапию рекомендуется проводить двум ведущим: мужчине-терапевту и женщине-терапевту, так как нарушение, излом был обнаружен в системе отношений личности и семьи;
* для дальнейшей работы терапевтов с семьей, рекомендуется создание правил и неукоснительное их выполнение во взаимодействии всех членов семьи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. - Изд. Питер,2002 - 544 с.
2. Варга, Системная семейная психотерапия: Крат. лекцион. курс / А.Я. Варга. - СПб: Речь, 2001. - 142, [1] с.; 22 см. - (Психотерапия на практике)
3. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-психологической практике. Учеб. пособие. – СПб.: «Речь», 2004 г.
4. Вассерман Л.И., Психологическая методика "Подростки о родителях" и ее практическое применение: Метод. пособие / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына; С.-Петерб. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. - М.; СПб: Фолиум Б. и., 1994. - 64 с. : граф. ; 20 см. - (Психодиагностика детей и подростков / Ред. совет: Ф.Б. Березин, д. м. н., проф. и др.; Вып. 9)
5. Гоготадзе И.Н., Кожуховская Т.Ю., Рукоятина Е.А. Нарушения менструальной функции при нарушениях пищевого поведения (нервная анорексия). Учебно-методическое пособие. СПбГПМУ, 2015 г.
6. Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация (Методические рекомендации), СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012 г.
7. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 129–137.
8. Киселёва М.Л. «Когнитивно-поведенческие пат¬терны при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги» // Материалы 51-й Международной научной студенческой конференции «Студент и научно технический прогресс»: Психология / Новосиб. гос. ун- т. Новосибирск, 2013. – 144с.
9. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
10. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Маврилов В.В. Нервная анорексия. – М.: Медицина, 1986 г.
12. Крайг Г., Психология развития / Грэйс Крайг, Дон Бокум; [пер. с англ., А. Маслов и др.] науч. ред. пер. к. психол.н., доц. Т.В. Прохоренко. - 9-е изд. - Санкт-Петербург [и др.]: Питер, 2010;
13. Куприянова И. К. Когда худеть опасно. Нервная анорексия - болезнь XXI века. - Санкт-Петербург: Весь, 2005. - 112,[1] с.; 20 см. - (Советует доктор: тактика и стратегия здоровья). - (Качественные книги о здоровье)
14. Лебовичи С., Во взрослом – младенец: Серж Лебовичи отвечает на вопросы Эмиля Ноэля / Серж Лебовичи; [пер. с фр. Челышева Н. И.]. - Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2008. - 157 с.; 18 см. - (Современный психоанализ: теория и практика). - Библиогр.: с. 155
15. Малер М. С., Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация / Маргарет С. Малер, Фред Пайн, Анни Бергман; пер. с англ.: [Е.А. Шадрова, Е.А. Перова]. - Москва: Когито-Центр, 2011. - 411, [1] с. : ил.; 22 см. - (Библиотека психоанализа). - Библиогр.: с. 378-402
16. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994
17. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Ленинградский университет, 1960 г.
18. Нартова-Бочавер С. К., Психологическое пространство личности: монография / С. К. Нартова-Бочавер. - Москва: Прометей, 2005 (М.: Тип. МПГУ). - 310, [1] с. : ил., табл. ; 20 см. - (Научные труды / М-во образования и науки Рос. Федерации, Моск. пед. гос. ун-т). - Библиогр.: с. 275-293 (286 назв.)
19. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных/ А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392с.
20. Наши подростки. Воспитывать, понимать, любить: [совместный проект бюро ЮНЕСКО в Москве и журнала Psychologies / ЮНЕСКО; ред.-сост. Ксения Киселева, Тигран Епоян]. - Москва: Clever, 2014. - 380, [1] с.: ил. - (Территория Teens) (Школа для родителей). - 16+.
21. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Meshkova.shtml> [Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. II. Обзор близнецовых исследований - Клиническая и специальная психология - 2015. Том. 4, № 2]
22. Психиатрия детского и подросткового возраста: [Руководство/ Бьярни Арнгримссон, врач и др.]; Под ред. Кристофера Гиллберга и Ларса Хеллгрена. Под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М: Гэотар-Мед, 2004.
23. Психология подростка: Полн. рук.: [Для психологов, педагогов и родителей / Сергиенко Е. А. и др.]; Под ред. А. А. Реана. - СПб. ; М : Прайм-Еврознак ОЛМА-пресс, 2003. - 432 с. : ил. ; 27 см. - (Психологическая энциклопедия). - Библиогр. в конце частей
24. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: хрестоматия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и по специальностям психологии /авт.-сост.: И.В. Добряков, О.В. Защиринская. - Санкт-Петербург : Речь, 2007. - 399, [1] с. : ил. ; 24 см. - (Хрестоматия) с.167
25. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста, 12-е изд. – СПб.: Питер, 2010 г. - (Серия «Мастера психологии»).
26. Райс Ф., Психология подросткового и юношеского возраста/ Филип Райс, Ким Долджин; пер. с англ. под науч. ред. Е. И. Николаевой. - 12-е изд. - Санкт-Петербург [и др.]: Питер, 2010;
27. Сагалакова О.А. Патопсихологическая модель социального тревожного расстройства // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. - №4(15), 2013. – С.164-168.
28. Сагалакова О.А., Киселева М.Л. Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 1 (1). – URL: http://medpsy.ru/climp
29. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно- перцептивная избирательность и целевая регуляция психической деятельности в ситуациях персонального оценивания при социальном тревожном расстройстве// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1 (24) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru.
30. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Многофакторный опросник когнитивно-поведенческих и метакогнитивных паттернов реагирования в ситуациях оценивания. - Известия АлтГУ, Барнаул, 2013. - №2. – С.59-63.
31. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4(15). – URL: http://mprj.ru
32. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Руминации в контексте метакогниций, неадаптивных схем и психической ригидности // Известия Алтайского государственного университета. – Барнаул, 2011. - № 2/1 (70). - С.69-72.
33. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. – Томск: Издательство Томского университета, 2007. – 210 с.
34. Сахарова В. Г., Психология тела: диагностика отношения к телу : учебно-методическое пособие / Вера Сахарова. - Санкт-Петербург : Речь, 2011. - 112 с. : ил., табл.; 21 см. - Библиогр.: с. 107-112
35. Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие /Пер. с итал. – М.: «Когито-Центр», 2002 г.
36. Скрипченко П.А. Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения/ П. А. Скрипченко, А. А. Пичиков, Ю. В. Попов (стр.30-35): Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева -2015г., №2
37. Слепко Ю. Н., Ледовская Т. В. Обработка и интерпретация результатов психологического исследования [Текст]: учебное пособие / Ю.Н. Слепко, Т.В. Ледовская. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2013. –136 с.
38. Смолярчук И. В. Детско-родительские отношения и их влияние на развитие личности ребенка = Child-Parent Relationships and their Influence on Child Personality Development. учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 030301 - Психология /И.В. Смолярчук; Федер. агентство по образованию, Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования "Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина". - Тамбов: Изд-во ТГУ, 2009. - 67 с.
39. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / [Ассоц. дет. психиатров и психологов; [В.В. Абраменкова, к. психол. н. и др.] Под ред. С.Ю. Циркина. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. и др : Питер Питер-Принт, 2004. - 895,[1] с. ; 24 см. - Предм. указ.: с.861-896
40. Ткаченко И. В. Детско-родительские отношения в семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья: феноменология, диагностика, психологическая помощь. монография /И.В. Ткаченко, Е.В. Евдокимова; М-во образования и науки РФ, Федер. гос. бюджет. образоват. учреждение высш. проф. образования "Армавир. гос. пед. акад.". - Армавир : Армавирская государственная педагогическая академия, 2012. - 267 с.
41. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. учебное пособие для системы послевузовского образования врачей /Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. - [Изд. 3-е]. - Санкт-Петербург: Речь, 2007. - 341, [1] с. : ил. ; 24 см. - (Мэтры мировой психологии) с.18-19
42. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи /Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 4-е изд., перераб. идоп.. - Москва и др. : Питер, 2008. - 668 с. : ил. ; 24 см. - (Мастера психологии). - Библиогр.: с. 633-663
43. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Метод. пособие /Ред. Л.И. Вассерман; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. - М. СПб.: Фолиум, 1996. - 63 с.; 20 см. - (Психодиагностика: педагогу, врачу, психологу) с.6-19
44. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении/Э.Г. Эйдемиллер, С.Э. Медведев. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.
45. Экспериментально-психологическое исследование при неврной анорексии, Ибашова1 , А.Д. Кариев2 , А.О. Дуйсенбаева3 , Ж.С. Адирбекова4 , А.Т. Туздыбаева5: 1 практик-психолог, 2, 3, 4, 5 старший преподаватель кафедры «Педагогические специальности» 1 «Центр психического здоровья» (Алматы), 2, 3, 4, 5 Университет Алматы, Казахстан
46. “She wants us to see the biology”// http://ki.se/en/research/she-wants-us-to-see-the-biology
47. D. Marcelli, A.Braconnier «Psychopathologie de l’adolescent»
48. Eating disorders research group// http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/research/eatingdisorders/index.aspx
49. Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions Katharine L Loeb, PhD1, 2,\* and Daniel le Grange, PhD3 (1 Department of Psychology, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, NJ 2 Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY 3 Department of Psychiatry, University of Chicago, Chicago, IL, United States of America): Published in final edited form as: Int J Child Adolesc health. 2009 January 1; 2(2): 243–254.
50. Spurr J.M., Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety // Clinical Psychology Review 22 (2002) 947–975.

Приложение

**Приложение А**

**Уважаемые девушки!**

Просим Вас принять участие в исследовании, проводимом на базе одного из ведущих медицинских учреждений города и Санкт-Петербургского государственного университета.

**Для чего это нужно?** Ваши ответы будут использованы для сравнения с группой, которая имеет изучаемые нами особенности – расстройства пищевого поведения.

**У Вас есть возможность:** помочь не только исследователям, но и подросткам, которые нуждаются в повышении эффективности лечения.

Если Вы по каким-либо причинам не хотите указывать свое имя, но готовы принять участие в исследовании, то мы все равно будем рады Вашему сотрудничеству. Просьба при заполнении обязательно указать: **возраст, рост** и **вес**.

**Спасибо за участие!**

**Приложение B**

**ОПРОСНИК ДЛЯ ПОДРОСТКОВ**

**(ОЦЕНКА МАТЕРИ ДОЧЕРЬЮ)**

Фамилия Имя  Отчество

Возраст (полных лет) Дата исследования

*Просим Вас оценить, исходя из собственного опыта, какие из указанных ниже положений более всего характерны для Ваших родителей. Для этого внимательно прочитайте каждое утверждение, не пропуская ни одного из них. Если Вы считаете, что утверждение полностью передает воспитательные принципы Вашего родителя, то в оценочном бланке рядом с номером соответствующего утверждения поставьте цифру «2». Если Вы считаете, что данное высказывание подходит для него лишь частично, то ставьте цифру «1». Если же, по Вашему мнению, утверждение не относится к Вашему родителю то – цифру «0».*

**Моя мать**

1. Очень часто улыбается мне.
2. Категорически требует, чтобы я усвоила, что я могу делать, а что нет.
3. Недостаточно терпелива по отношению ко мне.
4. Когда я ухожу, то сама решаю, когда я должна вернуться.
5. Всегда быстро забывает то, что сама говорит или приказывает.
6. Когда у меня плохое настроение, советует мне успокоиться или развеселиться.
7. Считает, что для меня должно существовать много правил, которые я обязана выполнять.
8. Постоянно на меня кому-то жалуется.
9. Предоставляет мне столько свободы, сколько мне надо.
10. За одно и то же один раз наказывает, а другой – прощает.
11. Очень любит делать что-нибудь вместе.
12. Если поручает мне какую-нибудь работу, то считает, что я должна делать только ее, пока не закончу.
13. Начинает сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, который я сделала.
14. Могу идти, куда захочу, и не спрашивать у нее разрешения.
15. В зависимости от моего настроения отказывается от многих своих дел.
16. Когда мне грустно, пытается развеселить и воодушевить меня.
17. Всегда настаивает на том, что за все мои проступки я должна быть наказана.
18. Мало интересуется тем, что меня волнует и чего я хочу.
19. Если бы мне захотелось, то я могла бы идти куда захочу, каждый вечер.
20. Имеет определенные правила, но иногда соблюдает их, иногда – нет.
21. Всегда с пониманием выслушивает мои взгляды и мнения.
22. Следит за тем, чтобы я всегда делала то, что мне сказано.
23. Иногда у меня возникает ощущение, что я ей противна.
24. Практически позволяет мне делать все, что мне нравится.
25. Меняет свои решения так, как придет в голову или как ей будет удобно.
26. Часто хвалит меня за что-либо.
27. Всегда точно хочет знать, что я делаю и где нахожусь.
28. Хотела бы, чтобы я стала другой, изменилась.
29. Позволяет мне самой выбирать себе дело по душе.
30. Иногда очень легко меня прощает, а иногда – нет.
31. Старается открыто доказать, что любит меня.
32. Всегда следит за тем, что я делаю на улице и в школе.
33. Если я сделаю что-нибудь не так, постоянно и везде говорит об этом.
34. Предоставляет мне много свободы, редко говорит «должна» или «нельзя».
35. Очень тяжело заранее определить, как поступит, когда я сделаю что-нибудь плохое или хорошее.
36. Считает, что я должна иметь собственное мнение по каждому вопросу.
37. Всегда тщательно следит за тем, каких друзей я имею.
38. Когда ее чем-то расстрою, не будет со мной говорить, пока я не начну.
39. Всегда легко меня прощает.
40. Хвалит и наказывает очень непоследовательно: иногда слишком много, а иногда слишком мало.
41. Всегда находит время для меня, когда это мне необходимо.
42. Постоянно указывает мне, как себя вести.
43. Вполне возможно, что, в сущности, меня ненавидит.
44. Проведение каникул я планирую по собственному желанию.
45. Иногда может обидеть, а иногда бывает доброй и признательной.
46. Всегда откровенно ответит на любой вопрос, о чем бы я ни спросила.
47. Часто проверяет, все ли я убрала, как было велено.
48. Чувствую, что она пренебрегает мною.
49. Моя комната или уголок – это моя крепость: могу убирать ее или нет, она туда не вмешивается.
50. Очень тяжело разобраться в ее желаниях и указаниях.

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ К ОПРОСНИКУ ПоР**

**Оценка матери**

Фамилия Имя  Отчество

Возраст (полных лет) Дата исследования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | 27 |  | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | 37 |  | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | 47 |  | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| Сырые баллы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Станд.  баллы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ОПРОСНИК ДЛЯ ПОДРОСТКОВ**

**(ОЦЕНКА ОТЦА ДОЧЕРЬЮ)**

Фамилия Имя  Отчество

Возраст (полных лет) Дата исследования

*Просим Вас оценить, исходя из собственного опыта, какие из указанных ниже положений более всего характерны для Ваших родителей. Для этого внимательно прочитайте каждое утверждение, не пропуская ни одного из них. Если Вы считаете, что утверждение полностью передает воспитательные принципы Вашего родителя, то в оценочном бланке рядом с номером соответствующего утверждения поставьте цифру «2». Если Вы считаете, что данное высказывание подходит для него лишь частично, то ставьте цифру «1». Если же, по Вашему мнению, утверждение не относится к Вашему родителю то – цифру «0».*

**Мой отец**

1. Очень часто улыбается мне.
2. Категорически требует, чтобы я усвоила, что я могу делать, а что нет.
3. Недостаточно терпелив по отношению ко мне.
4. Когда я ухожу, то сама решаю, когда я должна вернуться.
5. Всегда быстро забывает то, что сам говорит или приказывает.
6. Когда у меня плохое настроение, советует мне успокоиться или развеселиться.
7. Считает, что для меня должно существовать много правил, которые я обязана выполнять.
8. Постоянно на меня кому-то жалуется.
9. Предоставляет мне столько свободы, сколько мне надо.
10. За одно и то же один раз наказывает, а другой – прощает.
11. Очень любит делать что-нибудь вместе.
12. Если поручает мне какую-нибудь работу, то считает, что я должна делать только ее, пока не закончу.
13. Начинает сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, который я сделала.
14. Могу идти, куда захочу, и не спрашивать у него разрешения.
15. В зависимости от моего настроения отказывается от многих своих дел.
16. Когда мне грустно, пытается развеселить и воодушевить меня.
17. Всегда настаивает на том, что за все мои проступки я должна быть наказана.
18. Мало интересуется тем, что меня волнует и чего я хочу.
19. Если бы мне захотелось, то я могла бы идти куда захочу, каждый вечер.
20. Имеет определенные правила, но иногда соблюдает их, иногда – нет.
21. Всегда с пониманием выслушивает мои взгляды и мнения.
22. Следит за тем, чтобы я всегда делала то, что мне сказано.
23. Иногда у меня возникает ощущение, что я ему противна.
24. Практически позволяет мне делать все, что мне нравится.
25. Меняет свои решения так, как придет в голову или как ему будет удобно.
26. Часто хвалит меня за что-либо.
27. Всегда точно хочет знать, что я делаю и где нахожусь.
28. Хотел бы, чтобы я стала другой, изменилась.
29. Позволяет мне самой выбирать себе дело по душе.
30. Иногда очень легко меня прощает, а иногда – нет.
31. Старается открыто доказать, что любит меня.
32. Всегда следит за тем, что я делаю на улице и в школе.
33. Если я сделаю что-нибудь не так, постоянно и везде говорит об этом.
34. Предоставляет мне много свободы, редко говорит «должна» или «нельзя».
35. Очень тяжело заранее определить, как поступит, когда я сделаю что-нибудь плохое или хорошее.
36. Считает, что я должна иметь собственное мнение по каждому вопросу.
37. Всегда тщательно следит за тем, каких друзей я имею.
38. Когда его чем-то расстрою, не будет со мной говорить, пока я не начну.
39. Всегда легко меня прощает.
40. Хвалит и наказывает очень непоследовательно: иногда слишком много, а иногда слишком мало.
41. Всегда находит время для меня, когда это мне необходимо.
42. Постоянно указывает мне, как себя вести.
43. Вполне возможно, что, в сущности, меня ненавидит.
44. Проведение каникул я планирую по собственному желанию.
45. Иногда может обидеть, а иногда бывает добрым и признательным.
46. Всегда откровенно ответит на любой вопрос, о чем бы я ни спросила.
47. Часто проверяет, все ли я убрала, как было велено.
48. Чувствую, что он пренебрегает мною.
49. Моя комната или уголок – это моя крепость: могу убирать ее или нет, он туда не вмешивается.
50. Очень тяжело разобраться в его желаниях и указаниях.

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ К ОПРОСНИКУ ПоР**

**Оценка отца**

Фамилия Имя  Отчество

Возраст (полных лет) Дата исследования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** | **№№** | **Баллы** |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | 27 |  | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | 37 |  | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | 47 |  | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| Сырые баллы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Станд.  баллы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Приложение C**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Шкала Позитивное отношение** | 1 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 |
| **Шкала Директивность** | 2 | 7 | 12 | 17 | 22 | 27 | 32 | 37 | 42 | 47 |
| **Шкала Враждебность** | 3 | 8 | 13 | 18 | 23 | 28 | 33 | 38 | 38 | 43 |
| **Шкала Автономность** | 4 | 9 | 14 | 19 | 24 | 29 | 34 | 39 | 44 | 49 |
| **Шкала Непоследовательность** | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |

**Приложение D**

**Таблицы стандартизации для девочек**

Девочки 13 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сырые баллы | POZ | DIR | HOS | AUT | NED | POZ/HOS | DIR/AUT |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **5** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **6** | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **8** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **9** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 |
| **10** | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **14** | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **15** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 13 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| **6** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **7** | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **11** | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 14 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **5** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| **6** | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **8** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **9** | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **14** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **15** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 14 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| **6** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **7** | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **11** | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 15 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **5** | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| **6** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **8** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **14** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 15 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-12** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **7** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 16 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **8** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 16 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-13** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-12** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **7** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **10** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 17 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| **4** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **11** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 17 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-14** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-13** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-12** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| **4** | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **7** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **10** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 18 лет – оценка матери

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-12** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **4** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **7** | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **8** | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **9** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **10** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| **11** | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **15** | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| **16** | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Девочки 18 лет – оценка отца

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сырые баллы** | **POZ** | **DIR** | **HOS** | **AUT** | **NED** | **POZ/HOS** | **DIR/AUT** |
| **-15** |  |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **-14** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-13** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-12** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-11** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-10** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-9** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-8** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-7** |  |  |  |  |  | 1 | 2 |
| **-6** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-5** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-4** |  |  |  |  |  | 1 | 3 |
| **-3** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-2** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **-1** |  |  |  |  |  | 2 | 3 |
| **0** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| **1** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| **2** | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| **3** | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| **4** | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| **5** | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| **6** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **7** | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| **8** | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **9** | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **10** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **11** | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| **12** | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| **13** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **14** | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| **15** | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 |
| **16** | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| **17** | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **18** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **19** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **20** | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

**Приложение E**

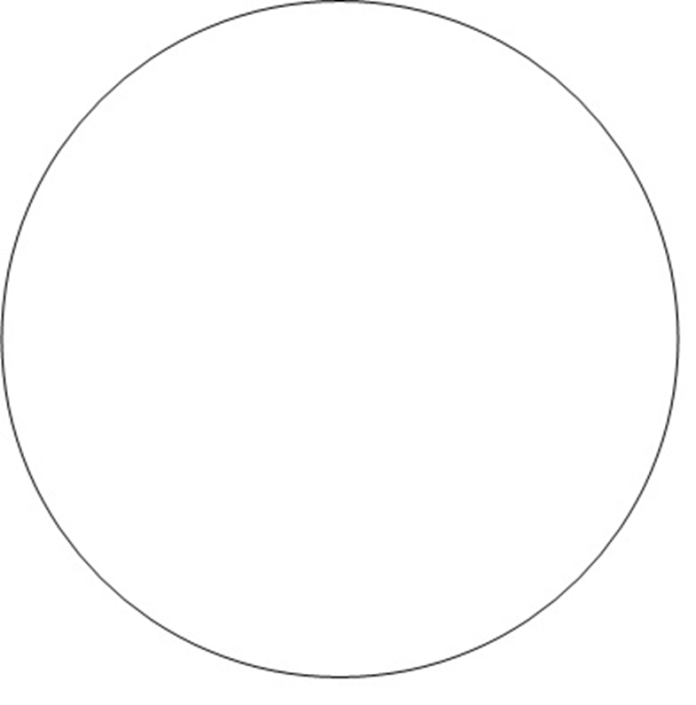
**Бланк теста «Семейная социограмма»**

**«Реальная семья»**

**Инструкция**

Перед Вами на листе круг. Нарисуйте себя в нем самого и членов вашей семьи в форме кружков и подпишите их.

Ф.И. Возраст



**Приложение F**

**Опросник «Анализ семейной тревоги»**

**Инструкция.** Предлагаемый опросник содержит утверждения о твоем самочувствии дома, в семье. Утверждения пронумерованы. Читай по очереди утверждения опросника. Если ты в общем согласна с ними, то на бланке обведи кружком номер утверждения. Если ты в общем не согласна – зачеркните этот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставь на номере вопросительный знак. Старайся, чтобы таких ответов было не больше трех. Помни, ты характеризуешь свое самочувствие в семье. В опроснике нет «правильных» и «неправильных» утверждений. Отвечай так, как чувствуешь.

1. Знаю, что члены моей семьи часто бывают недовольны мною.
2. Чувствую, что, как бы я ни поступил(а), все равно будет не так.
3. Многого не успеваю сделать.
4. Так получается, что именно я чаще всего оказываюсь виноват(а) во всем, что случается в нашей семье.
5. Часто чувствую себя беспомощным (беспомощной).
6. Дома мне часто приходится нервничать.
7. Когда попадаю домой, чувствую себя неуклюжим (неуклюжей) и неловким (неловкой).
8. Некоторые члены семьи считают меня бестолковым (бестолковой).
9. Когда я дома, то все время из-за чего-нибудь переживаю.
10. Часто чувствую на себе критические взгляды членов моей семьи.
11. Иду домой и с тревогой думаю, что еще случилось в мое отсутствие.
12. Дома у меня постоянно ощущение, что надо еще очень многое сделать.
13. Нередко чувствую себя лишним (лишней) дома.
14. Дома у меня такое положение, что просто опускаются руки.
15. Дома мне постоянно приходится сдерживаться.
16. Мне кажется, если бы я вдруг исчез (исчезла), то никто бы этого не заметил.
17. Идешь домой, думаешь, что будешь делать одно, но, как правило, приходится делать совсем другое.
18. Как подумаю о своих семейных делах, начинаю волноваться.
19. Некоторым членам моей семьи бывает неудобно из-за меня перед друзьями и знакомыми.
20. Часто бывает так: хочу сделать хорошо, но оказывается, вышло плохо.
21. Мне многое у нас не нравится, но я этого стараюсь не показывать.

**Бланк опросника ACT**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 4 | 7 | 10 | 13 | 16 | 19 |
| 2 | 5 | 8 | 11 | 14 | 17 | 20 |
| 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 |

**Приложение G**

**Правила обработки результатов по опроснику АСТ**

* **Шкала В – Вина.** Член семьи с высоким показателем постоянно испытывает чувство вины.
* **Шкала Т – Тревога.** Член семьи с высоким показателем постоянно опасается, переживает из-за чего-либо.
* **Шкала Н – Напряженность.** Член семьи с высоким показателем постоянно напряжен и прилагает слишком много усилий для обычных семейных дел.

Рассмотрим диагностические значения по шкалам:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Диагностическое  число\* |  |
| 1 | 4 | 7 | 10 | 13 | 16 | 19 | **5** | **В** |
| 2 | 5 | 8 | 11 | 14 | 17 | 20 | **5** | **Т** |
| 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | **6** | **Н** |

Примечание: \* - диагностическое число – число согласий с утверждениями шкалы.

Также подсчитывается суммарное диагностическое число, отражающее ОСТ (общую семейную тревогу). Оно равно 14, то есть если получено 14 согласий с любыми утверждениями любой из школ, то мы можем диагностировать общую семейную тревогу.

**Приложение H**

**Тест цветоуказаний на неудовлетворенность собственным телом**

**(The Color-A-Person body dissatisfaction Test, CAPT)**

Ф.И. Возраст

**Инструкция**

Перед Вами на листе два изображения женского тела.

Вам предлагается пять карандашей (голубой, зеленый, черный, желтый и красный), раскрасьте ими фигуру. При этом:

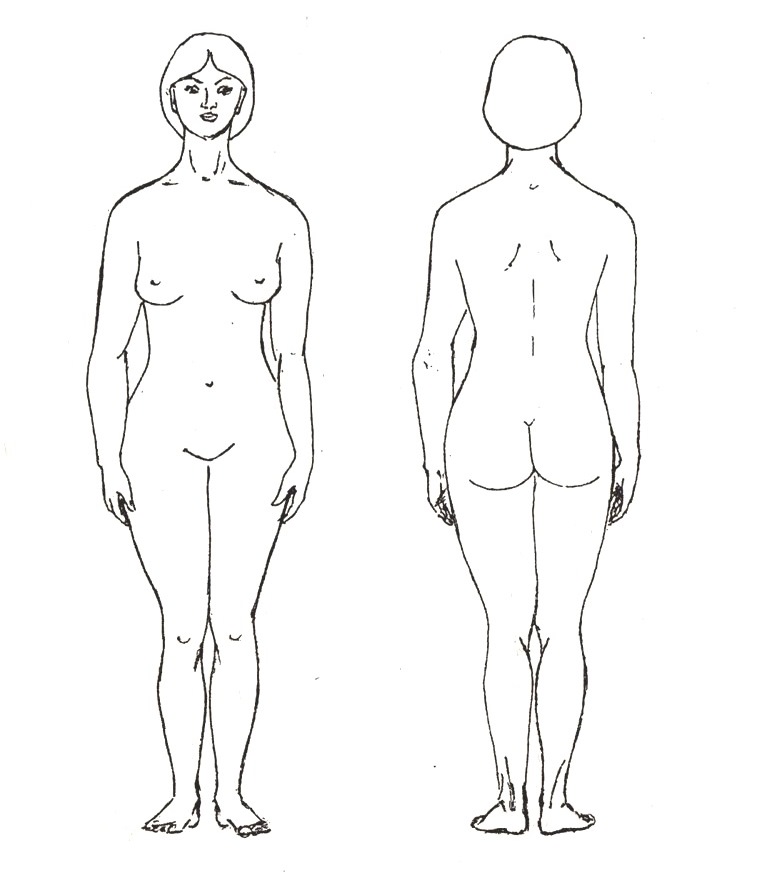
**красный цвет** используется в том случае, когда крайне не удовлетворяет какая-либо часть (части тела);

**желтый цвет** – часть тела не удовлетворяет;

**черный цвет** – нейтральное отношение;

**зеленый цвет** – удовлетворяет;

**голубой цвет** – весьма удовлетворяет.

****

**Приложение J**

**Опросник «Анализ семейных взаимоотношений»**

**Текст опросника для родителей подростков в возрасте от 11 лет до 21 года**

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).

2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) чем-нибудь интересным – куда-нибудь пойти вместе, о чем-нибудь подольше поговорить.

3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которых не разрешают многие другие родители.

4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался сам (сама).

5. Наш ребенок имеет больше обязанностей, чем большинство его товарищей.

6. Моего сына (дочь) очень трудно заставить что-нибудь сделать по дому.

7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильны ли взгляды их родителей.

8. Мой сын (дочь) возвращается вечером тогда, когда хочет.

9. Если хочешь, чтобы твой сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.

10. Если только возможно, стараюсь не наказывать сына (дочь).

11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.

12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем супруга.

13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.

14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.

15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.

16. Общение с детьми в общем-то утомительное дело.

17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.

18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (жена) не мешал(а) бы мне.

19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.

20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.

21. Мой сын (дочь) для меня самое главное в жизни.

22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой сын (дочь).

23. Стараюсь купить своему сыну (дочери) такую одежду, какую он (она) сам(а) хочет, даже если она дорогая.

24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).

25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).

26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).

27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.

28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) общаться.

29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.

30. Я очень редко ругаю сына (дочь).

31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.

32. Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем мы с мужем.

33. Меня огорчает, что мой сын (дочь) слишком быстро становится взрослым.

34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, лучше всего сделать так, как он хочет.

35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.

36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.

37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.

38. Нередко бывает, что когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).

39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.

40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.

41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.

42. Мне много раз приходилось пропускать родительские собрания.

43. Стараюсь купить ему (ей) все то, что он (она) хочет, даже если это стоит дорого.

44. Если подольше побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.

45. Мне много раз приходилось поручать моему сыну (дочери) важные и трудные дела.

46. На моего сына (дочь) нельзя положиться в серьезном деле.

47. Главное, чему родители могут научить своих детей – это слушаться.

48. Мой сын (дочь) сам(а) решает, курить ему (ей) или нет.

49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.

50. По характеру я – мягкий человек.

51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.

52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.

53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.

54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.

55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).

56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.

57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.

58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).

59. Мужчина хуже умеет понимать чувства другого человека, чем женщина.

60. Женщина хуже может понять чувства другого человека, чем мужчина.

61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось отказаться.

62. Бывало, что я не узнавал(а) о замечании или двойке в дневнике потому, что не посмотрел(а) дневник.

63. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.

64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Сам(а) лучше знаю, чего ему (ей) больше надо.

65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.

66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.

67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.

68. Мой сын (дочь) сам(а) решает, на что ему (ей) тратить свои деньги.

69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим.

70. От наказаний мало проку.

71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, очень суровы.

72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.

73. Когда мой сын (дочь) был маленький, он (она) мне нравился больше, чем теперь.

74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).

75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходилось в детстве многое позволять ему (ей).

76. Воспитание детей – тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.

77. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное средство – это строгие постоянные наказания.

78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.

79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.

82. Нередко мне приходится (или приходилось) подписываться в дневнике за несколько недель сразу.

83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего он хочет.

84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.

85. Мой сын (дочь) много помогает мне (дома, на работе).

86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.

87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят старшие.

88. Выходя из дома, мой сын (дочь) редко говорит, куда он (она) идет.

89. Бывают случаи, когда лучшее наказание – ремень.

90. Многие недостатки в поведении моего сына (дочери) прошли сами собой с возрастом.

91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, мы опять оставляем его (ее) в покое.

92. Если бы мой сын не был бы моим сыном, а я была бы моложе, то я наверняка в него влюбилась.

93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.

94. В недостатках моего сына (дочери) виновата) я сам(а), потому что не сумел(а) его (ее) воспитать.

95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался (осталась) жить.

96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.

97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.

98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, а муж (жена) специально говорит наоборот.

99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.

100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.

101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.

102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).

103. Желание моего сына (дочери) для меня – закон.

104. Когда мой сын был маленьким, он очень любил спать со мной.

105. У моего сына (дочери) плохой желудок.

106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.

107. Ради сына (дочери) я пошел (пошла) бы на любую жертву.

108. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.

109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему (ей) все прощаю.

110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.

111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.

112. Большинство детей – маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.

113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.

114. Когда все благополучно, я меньше всего интересуюсь делами сына (дочери).

115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «нет».

116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все менее нуждается во мне.

117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем у большинства его (ее) сверстников.

118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.

119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.

120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома.

121. У моего сына (дочери) очень много времени на развлечения.

122. Кроме моего сына, мне больше никто на свете не нужен.

123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.

124. Нередко думаю, что слишком рано женился (вышла замуж).

125. Все, чему научился мой ребенок к настоящему моменту (в учебе, в работе или в чем-либо другом), он добился только благодаря моей постоянной помощи.

126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).

127. Кончив уроки (или придя домой с работы), мой сын (дочь) занимается тем, что ему (ей) нравится.

128. Когда я вижу или представляю сына с девушкой, у меня портится настроение.

129. Мой сын (дочь) часто болеет.

130. Семья не помогает, а осложняет мою жизнь.

**Опросник «Анализ семейных взаимоотношений»**

**Бланк регистрации ответов**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия и имя дочери. Сколько ему (ей) лет?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номера вопросов и ответы** | | | | | | | | | | **Примечание\*** | |
| **1** |  | **21** |  | **41** |  | **61** |  | **81** |  | **Г+** | **7** |
| **2** |  | **22** |  | **42** |  | **62** |  | **82** |  | **Г-** | **8** |
| **3** |  | **23** |  | **43** |  | **63** |  | **83** |  | **У+** | **8** |
| **4** |  | **24** |  | **44** |  | **64** |  | **84** |  | **У-** | **4** |
| **5** |  | **25** |  | **45** |  | **65** |  | **85** |  | **Т+** | **4** |
| **6** |  | **26** |  | **46** |  | **66** |  | **86** |  | **Т-** | **4** |
| **7** |  | **27** |  | **47** |  | **67** |  | **87** |  | **З+** | **4** |
| **8** |  | **28** |  | **48** |  | **68** |  | **88** |  | **З-** | **3** |
| **9** |  | **29** |  | **49** |  | **69** |  | **89** |  | **С+** | **4** |
| **10** |  | **30** |  | **50** |  | **70** |  | **90** |  | **С-** | **4** |
| **11** |  | **31** |  | **51** |  | **71** |  | **91** |  | **Н** | **5** |
| **12** |  | **32** |  | **52** |  | **72** |  | **92** |  | **РРЧ** | **6** |
| **13** |  | **33** |  | **53** |  | **73** |  | **93** |  | **ПДК** | **4** |
| **14** |  | **34** |  | **54** |  | **74** |  | **94** |  | **ВН** | **5** |
| **15** |  | **35** |  | **55** |  | **75** |  | **95** |  | **ФУ** | **6** |
| **16** |  | **36** |  | **56** |  | **76** |  | **96** |  | **НРЧ** | **7** |
| **17** |  | **37** |  | **57** |  | **77** |  | **97** |  | **ПНК** | **4** |
| **18** |  | **38** |  | **58** |  | **78** |  | **98** |  | **ВК** | **4** |
| **19** |  | **39** |  | **59** |  | **79** |  | **99** |  | **ПЖК** | **4** |
| **20** |  | **40** |  | **60** |  | **80** |  | **100** |  | **ПМК** | **4** |
| **101** |  | **107** |  | **113** |  | **119** |  | **125** |  | **Г+** |  |
| **102** |  | **108** |  | **114** |  | **120** |  | **126** |  | **Г-** |  |
| **103** |  | **109** |  | **115** |  | **121** |  | **127** |  | **У+** |  |
| **104** |  | **110** |  | **116** |  | **122** |  | **128** |  | **РРЧ** |  |
| **105** |  | **111** |  | **117** |  | **123** |  | **129** |  | **ФУ** |  |
| **106** |  | **112** |  | **118** |  | **124** |  | **130** |  | **НРЧ** |  |

**Пояснение:**

* часть, представленная в бланке для ответов, примечание\* – испытуемым не предъявлялась;
* полученные результаты по шкалам (**Г+; Г-; У+; РРЧ; ФУ; НРЧ**), которые представлены под жирной чертой, суммируются с аналогичными, представленными выше.

**Приложение K**

**Опросник «Конструктивно-деструктивная семья» (КДС)**

Уважаемый родитель! Предлагаемый опросник содержит утверждения о члене Вашей семьи, который доставляет Вам больше всего забот. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке опросника КДС».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то на бланке обведите кружком номер утверждения. Если Вы в общем не согласны – зачеркните этот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше трех.

В опроснике нет «правильных» и «неправильных» утверждений. Отвечайте, как есть на самом деле, как вы думаете. Этим Вы поможете врачу. Помните, Вы отвечаете о члене Вашей семьи, который доставляет Вам больше всего хлопот.

1. Уверен, что помочь ему (ей) могут только самые строгие меры.

2. Когда смотрю на него (нее), думаю, что судьба ко мне несправедлива.

3. Я никогда не знаю, что у него (нее) на уме.

4. Порой думаю: «Было бы лучше, если бы он (она) куда-нибудь исчез (ла)».

5. Что бы мы с ним (ней) ни делали, он (она) становится все хуже.

6. Окружающие считают меня виноватым (виноватой) в том, что происходит с ним (ней).

7. Нередко он (она) исчезает, и я не знаю, что с ним (ней).

8. Никто из окружающих не хочет помочь мне.

9. Он (она) не считается со мной.

10. Бывает, что мне неприятно иметь с ним (ней) дело.

11. Я никогда не знаю, что он (она) еще выкинет.

12. Он (она) относится ко мне враждебно.

13. К нему (ней) невозможно найти подход.

14. Из-за него (нее) у меня испорчены отношения со многими людьми.

15. Он (она) все скрывает от меня.

16. Если бы его (ее) не было, моя жизнь была бы счастливой и интересной.

17. Даже если он (она) твердо решит стать лучше, я знаю: все равно он (она) останется таким (ой), как был (а).

18. Мне стыдно, когда говорят о нем (ней).

19. Он (она) постоянно обманывает меня.

20. Его (ее) исправление (выздоровление) очень мало зависит от меня.

**Бланк опросника «Конструктивно-деструктивная семья» (КДС) для испытуемого**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номера вопросов и ответы** | | | | |  |
| **1** | **5** | **9** | **13** | **17** |  |
| **2** | **6** | **10** | **14** | **18** |  |
| **3** | **7** | **11** | **15** | **19** |  |
| **4** | **8** | **12** | **16** | **20** |  |

**Правила обработки результатов по опроснику КДС**

* **Шкала «Влияние» -** диагностируется «деструктивное» чувство исчерпанности всех средств и связанного с этим бессилия сохранного члена семьи по отношению к проблемному.
* **Шкала «Фрустрация» -** диагностируются «деструктивные» чувства отчаяния, неверие, что ситуация улучшится.
* **Шкала «Информация» -** отсутствие информации о проблемном члене семьи, особенно о его мыслях, чувствах и т.д. Сохранный член семьи не понимает, что происходит с проблемным. Поступки последнего постоянно оказываются непредсказуемыми.
* **Шкала «Отчуждение» -** член семьи, который больше всего заботится о проблемном и более всего чувствует себя ответственным, отчуждается и от проблемного, и от окружающих.

Если сумма столбца Д **больше 12**, констатируем деструктивный тип отношения сохранного члена семьи к проблемному. Если **меньше 5**, то диагностируем конструктивный. Промежуточный – неопределенно.

**Бланк опросника КДС для исследователя**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Д\*** | **К\*\*** | **Рез =** |  | **Шкала** | **≥ Д\*** | **≤ К\*\*** |
| 1 | 5 | 9 | 13 | 17 | Влияние | 5 | 2 |
| 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | Фрустрация | 4 | 2 |
| 3 | 7 | 11 | 15 | 19 | Информация | 5 | 1 |
| 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | Отчуждение | 3 | 0 |
| Общее деструктивное и общее конструктивное число | | | | | | >5 | <5 |

**Пояснение:** Д\* - деструктивное значение; К\*\* - конструктивное значение.

**Приложение L**

**Таблица L.3.** Клинико-биографические показатели у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Возраст** | **Рост/**  **см** | **Вес/**  **кг** | **ИМТ:**  **кг/м2** | **Семейная ситуация** |
| 1 | 13 | 169 | 45 | 15,76 | родители в разводе |
| 2 | 13 | 158 | 32 | 12,82 | родители в процессе развода |
| 3 | 14 | 162 | 34 | 12,96 | полная семья |
| 4 | 14 | 158 | 28 | 11,22 | полная семья |
| 5 | 14 | 167 | 38 | 13,63 | полная семья |
| 6 | 14 | 175 | 46 | 15,02 | родители в разводе |
| 7 | 14 | 163 | 36 | 13,55 | полная семья |
| 8 | 15 | 170 | 50 | 17.30 | родители в процессе развода |
| 9 | 15 | 164 | 42 | 15,62 | полная семья |
| 10 | 15 | 170 | 43 | 14,88 | родители в разводе, есть отчим |
| 11 | 15 | 155 | 38 | 15,82 | полная семья |

**Продолжение таблицы L.3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Возраст** | **Рост/**  **см** | **Вес/**  **кг** | **ИМТ:**  **кг/м2** | **Семейная ситуация** |
| 12 | 15 | 158 | 42 | 16,82 | полная семья |
| 13 | 16 | 150 | 32 | 14,22 | полная семья |
| 14 | 16 | 156 | 38 | 15,61 | родители в разводе |
| 15 | 16 | 168 | 42 | 14,88 | полная семья |
| 16 | 16 | 172 | 46 | 15,55 | полная семья |
| 17 | 16 | 167 | 37 | 11,12 | родители в разводе, есть отчим |
| 18 | 16 | 167 | 32 | 12,89 | полная семья |
| 19 | 16 | 161 | 40 | 15,43 | полная семья, есть сестра-близнец |
| 20 | 17 | 160 | 40 | 15,63 | родители в разводе, есть отчим |
| 21 | 17 | 155 | 41 | 17,07 | родители в разводе |
| 22 | 17 | 163 | 35 | 13,17 | полная семья |
| 23 | 17 | 160 | 37 | 14,45 | полная семья |

**Продолжение таблицы L.3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Возраст** | **Рост/**  **см** | **Вес/**  **кг** | **ИМТ:**  **кг/м2** | **Семейная ситуация** |
| 24 | 18 | 169 | 36 | 12,60 | отец умер; есть сестра-близнец |
| 25 | 18 | 166 | 40 | 14,50 | отец умер; есть сестра-близнец |

**Приложение M**

**Таблица 6.M.** Диагностическая таблица.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Число членов | Величина | Расположение | Дистанция | Примечания |
| 1 | 3 | S больше | S по центру | «слипание» с матерью и сиблингом (сестра) | симбиотический характер отношений; отца нет (умер) |
| 2 | 2 | равны | S в нижней части | «слипание» с матерью | симбиотический характер отношений, исключение отца; отца нет (оформляется развод) |
| 3 | 3 | S больше | S по центру | «слипание» c матерью и сиблингом (сестра) | симбиотический характер отношений; отца нет (умер) |
| 4 | 8 | S меньше | S в стороне | близость к матери и сиблингу (сестра), удаленность отца | привязанность к матери, удаленность отца; расширенная семья |
| 5 | 6 | S меньше | S в стороне | близость к матери сиблингу (сестра), спаянность членов семьи | привязанность к матери; расширенная семья, удаленность сиблинга (брата), отца нет (развод), включение животных |
| 6 | 4 | S равен матери, но отец и сиблинг больше | S по центру | удаленность отца | удаленность отца (идеализированный образ, распад семьи), есть сиблинг (сестра) |
| 7 | 5 | S меньше | S по центру | «слипание» с матерью | симбиотический характер отношений, недифференцированность всех членов семьи; расширенная семья, удаленность сиблинга (брат) |
| 8 | 4 | равны | S с матерью в верхней части | удаленность отца | привязанность к матери, удаленность отца и сиблинга (брат) |

**Продолжение таблицы M.6**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Число членов | Величина | Расположение | Дистанция | Примечания |
| 9 | 7 | S больше | S в нижней части | отстраненность | эгоцентризм, интерес к родителю противоположного пола, удаленность сиблинга (брат),  отстраненность; расширенная семья |
| 10 | 4 | равны | S нижней части, в стороне | удаленность от матери, ближе к отчиму | отстраненность, интерес к родителю противоположного пола, есть сиблинг (брат) |
| 11 | 3 | S больше | S в верхней части, в стороне | - | отстраненность, есть сиблинг (брат), отца нет |
| 12 | 4 | S меньше | S по центру | близость к отцу | отстраненность матери (внизу, в стороне); интерес к родителю противоположного пола, есть сиблинг (сестра) |
| 13 | 1 | S один в тестовом поле | S по центру | - | эгоцентризм,  отстраненность, исключение членов семьи, есть сиблинг (брат) |
| 14 | 11 | равны | 4 члена семьи по центру | «слипание» 4 членов семьи (родители и сиблинги) | симбиотический характер отношений, недифференцированность всех членов семьи; расширенная семья, есть сиблинг (брат) |
| 15 | 4 | S меньше | S включен в «матрешку», по центру | «слипание» всех членов семьи | симбиотический характер отношений, недифференцированность всех членов семьи; интерес к родителю противоположного пола, есть сиблинг (сестра) |
| 16 | 9 | S меньше матери и прародителей, но равен сиблингам | S в нижней части | удаленность матери | «слипание» с сиблингом (двойня); нет отца, удаленность сиблинга (брат)  расширенная семья, включение животных |

**Продолжение таблицы M.6.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Число членов | Величина | Расположение | Дистанция | Примечания |
| 17 | 5 | S равен с матерью, отец меньше | S в верхней части | удаленность отца | симбиотический характер отношений, удаленность отца, расширенная семья |
| 18 | 3 | S меньше | все члены семьи по центру | «слипание» с матерью и сиблингом | симбиотический характер отношений (исключение отца и отчима) |
| 19 | 4 | S меньше | все члены семьи в верхней части | близость к отцу | расширенная семья, интерес к родителю противоположного пола (родители в разводе) |
| 20 | 4 | S меньше | S в верхней части | удаленность отца | отстраненность, есть сиблинг (брат) |
| 21 | 4 | равны | все члены семьи по центру | близость матери | привязанность к матери, есть сиблинг (брат) |
| 22 | 5 | S меньше родителей, но больше сиблингов | S нижней части | отстраненность | отстраненность, есть сиблинги (братья) |
| 23 | 3 | S меньше | S в нижней части | отстраненность | отстраненность |
| 24 | 4 | равны | S в нижней части, сестра-близнец по центру | отстраненность | отстраненность, между родителями и подростком: сестра-близнец |
| 25 | 6 | S меньше | S вместе с матерью и прародителем в нижней части | «слипание» с матерью | симбиотический характер отношений, есть сиблинг (брат), недифференцированность членов семьи, расширенная семья |

**Приложение N**

**Таблица N.7.** Показатели методики «Анализ семейной тревоги» у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вина** | **Тревога** | **Напряженность** | **Общая**  **семейная**  **тревога** |
| 1 | 6 | 3 | 3 | 12 |
| 2 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 6 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 7 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| 8 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| 9 | 2 | 3 | 5 | 10 |
| 10 | 6 | 3 | 1 | 10 |
| 11 | 5 | 3 | 7 | 15 |
| 12 | 5 | 5 | 4 | 14 |
| 13 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 14 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 16 | 5 | 4 | 6 | 15 |
| 17 | 3 | 2 | 2 | 7 |
| 18 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 19 | 2 | 2 | 3 | 7 |
| 20 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| 21 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 22 | 4 | 3 | 6 | 13 |
| 23 | 2 | 1 | 2 | 5 |
| 24 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 25 | 6 | 6 | 7 | 19 |

**Приложение P**

**Таблица P.8.** Показатели методики CAPT у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Общий показатель** | **Score 1** | **Score 2** | **Дискриминативность** | **Результат** |
| 1 | 3,5 | 4 | 3,2 | 3,4 | волосы, грудь, живот, бедра |
| 2 | 4,1 | 5 | 3,6 | 3,7 | лицо, плечи, грудь, живот, бедра, голени |
| 3 | 3,0 | 3,5 | 3,1 | 3,3 | волосы, плечи, ягодицы, бедра |
| 4 | 3,2 | 4,2 | 3,1 | 2,6 | лицо, грудь, плечи, живот, бедра, ягодицы |
| 5 | 2,8 | 3,1 | 2,7 | 2,5 | лицо, живот |
| 6 | 3,3 | 3,5 | 3,4 | 3,6 | плечи, кисти рук, живот, бедра, голени, ступни |
| 7 | 1,5 | 2,2 | 1,3 | 1,7 | лицо, ягодицы |
| 8 | 2,0 | 4 | 1,2 | 2,0 | живот, бедра, ягодицы |
| 9 | 3,7 | 4,5 | 3,4 | 3,7 | грудь, плечи, кисти рук, живот, бедра |
| 10 | 3,4 | 4,5 | 3,1 | 3,1 | лицо, плечи, грудь, живот, бедра |
| 11 | 3,8 | 4,1 | 3,9 | 3,7 | волосы, лицо, плечи, грудь, бедра, кисти рук, голени, ягодицы |
| 12 | 3,3 | 4 | 3,4 | 3,7 | бедра, ягодицы, голени |
| 13 | 2,8 | 3,5 | 2,8 | 2,4 | плечи, грудь, бедра, ягодицы |
| 14 | 3,1 | 3,5 | 3,3 | 3,2 | кисти рук, грудь, ягодицы |
| 15 | 3,2 | 4 | 2,8 | 2,9 | лицо, плечи, грудь, живот, бедра, ягодицы |
| 16 | 2,8 | 3,4 | 2,6 | 2,4 | лицо, живот, бедра, ягодицы |
| 17 | 2,3 | 2,5 | 2,5 | 2 | грудь, ягодицы |
| 18 | 3,1 | 4 | 2,7 | 2,8 | лицо, грудь, живот, бедра, голени, ягодицы |
| 19 | 3,7 | 4,7 | 3,4 | 3,3 | лицо, живот, бедра, ягодицы |
| 20 | 3,4 | 4,6 | 3,1 | 3,1 | грудь, живот, бедра, голени, ягодицы |
| 21 | 2,5 | 4 | 2,2 | 2,8 | бедра, ягодицы |

**Продолжение таблицы P.8.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Общий показатель** | **Score 1** | **Score 2** | **Дискриминативность** | **Результат** |
| 22 | 2 | 2 | 2,2 | 1,95 | волосы, грудь, ягодицы, голени |
| 23 | 3,9 | 4,5 | 3,9 | 3,5 | лицо, плечи, грудь, живот, кисти рук, бедра, ягодицы, голени, ступни |
| 24 | 3,5 | 5 | 3,0 | 3,2 | лицо, кисти рук, живот, бедра, ягодицы |
| 25 | 3,8 | 4,2 | 3,6 | 3,6 | плечи, грудь, живот, бедра, ягодицы, голени, ступни |

**Приложение Q**

Таблица Q.9. Клинико-биографические показатели у девочек-подростков группы сравнения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Возраст** | **Рост/**  **см** | **Вес/**  **кг** | **ИМТ:**  **кг/см2** | **Семейная ситуация** |
| 1 | 14 | 165 | 56 | 20,57 | полная семья |
| 2 | 14 | 164 | 48 | 17,85 | родители в разводе |
| 3 | 14 | 168 | 76 | 26,93 | родители в разводе |
| 4 | 14 | 168 | 45 | 15,59 | полная семья |
| 5 | 16 | 160 | 56 | 21,88 | полная семья |
| 6 | 16 | 164 | 47 | 17,47 | полная семья |
| 7 | 16 | 173 | 58 | 19,38 | полная семья |
| 8 | 16 | - | - | - | родители в разводе |
| 9 | 16 | 174 | 53 | 17,51 | родители в разводе |
| 10 | 16 | 174 | 50 | 16,51 | родители в разводе |
| 11 | 16 | 164 | 70 | 26,03 | полная семья |
| 12 | 17 | 167 | 48 | 17,21 | полная семья |
| 13 | 17 | 164 | 73 | 27,14 | родители в разводе |
| 14 | 17 | 160 | 50 | 19,53 | полная семья |
| 15 | 17 | 165 | 49 | 18,00 | полная семья |
| 16 | 18 | 164 | 62 | 23,05 | полная семья |
| 17 | 18 | 157 | 67 | 27,18 | полная семья |
| 18 | 18 | 161 | 63 | 24,03 | полная семья |
| 19 | 18 | 164 | 59 | 21,94 | полная семья |
| 20 | 18 | 164 | 56 | 20,82 | полная семья |
| 21 | 18 | 172 | 78 | 26,37 | полная семья |

**Продолжение таблицы Q.9.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Возраст** | **Рост/**  **см** | **Вес/**  **кг** | **ИМТ:**  **кг/см2** | **Семейная ситуация** |
| 22 | 18 | 168 | 58 | 20,55 | полная семья |
| 23 | 18 | 165 | 54 | 19,83 | полная семья |
| 24 | 18 | 163 | 62 | 23,34 | родители в разводе |
| 25 | 18 | 168 | 60 | 21,26 | полная семья |

**Приложение R**

**Таблица R.12. Диагностическая таблица**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Число членов** | **Величина** | **Расположение** | **Дистанция** | **Примечания** |
| 1 | 4 | равны | S в стороне | удаленность отца | удаленность отца, есть сиблинг (брат) |
| 2 | 5 | равны | S и мать в верхней части | удаленность отца | удаленность отца, привязанность к матери, есть сиблинги (сестра, брат) |
| 3 | 4 | S меньше | S в стороне | удаленность отца | удаленность отца, расширенная семья (включение тети) |
| 4 | 4 | равны | все члены семьи в центральной части | близость к отцу и сиблингу (брат) | интерес к отцу и сиблингу (брат), удаленность матери |
| 5 | 2 | S меньше | S по центру | - | отсутствие отца |
| 6 | 3 | равны | S по центру | «слипание» с родителями | симбиотический характер отношений, недифференцированность всех членов семьи |
| 7 | 3 | S больше | S по центру | - | эгоцентрим |
| 8 | 4 | S меньше | S по центру | близость к отцу и сиблингу  (сестра) | удаленность матери, есть сиблинг (сестра) |
| 9 | 3 | S больше | S по центру | - | эгоцентризм |
| 10 | 6 | S меньше | S в нижней части | удаленность отца и сиблинга (брат), близость к матери | удаленность отца и брата, есть сиблинги (брат, сестры) |
| 11 | 5 | S меньше | S по центру, в стороне | «слипание» с матерью | симбиотический характер отношений, есть сиблинги (сестры) |
| 12 | 5 | S меньше | S в стороне | близость к сиблингу (брат) | удаленность отца, расширенная семья |
| 13 | 4 | S меньше | S в нижней части | близость к матери | отсутствие отца, расширенная семья, есть сиблинг (брат) |
| 14 | 4 | S больше | S по центру | близость к матери, удаленность отца | близость к матери, удаленность отца, есть сиблинг (брат) |

**Продолжение таблицы R.12**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Число членов** | **Величина** | **Расположение** | **Дистанция** | **Примечания** |
| 15 | 6 | S меньше | S в верхней части | близость к сиблингу (брат) | удаленность отца, расширенная семья, есть сиблинг (брат) |
| 16 | 4 | равны | S в стороне | удаленность отца | удаленность отца, есть сиблинг (брат) |
| 17 | 3 | S больше | S в нижней части | - | - |
| 18 | 4 | S больше | S в нижней части | удаленность матери, есть сиблинги (брат, сестра) | близость к отцу |
| 19 | 5 | равны | все члены семьи в верхней части | есть сиблинги (сестры), «слипание» с младшей сестрой | в семье отчим, симбиотический характер отношений, недифференцированность всех членов семьи |
| 20 | 9 | равны | S по центру | «слипание» с сиблингом (брат) | симбиотический характер отношений, расширенная семья, включение животных |
| 21 | 5 | равны | S в нижней части | близость к сиблингу (сестра) | удаленность отца, есть сиблинги (сестры) |
| 22 | 5 | S меньше | S по центру | «слипание» с родителями (родители в разводе) | симбиотический характер отношений, есть сиблинг (сестра), расширенная семья, недифференцированность всех членов семьи |
| 23 | 7 | равны | S по центру | отстраненность | отстраненность, включение отчима и отца, есть сиблинг (брат) |
| 24 | 8 | S меньше матери, но больше остальных членов семьи | S по центру | «слипание» с матерью | расширенная семья, включение животных |
| 25 | 5 | S равен родителям | S по центру | «слипание» с матерью, удаленность отца | симбиотический характер отношений, есть сиблинги (сестры), |

**Приложение S**

**Таблица S.13.** Показатели методики «Анализ семейной тревоги» у девочек-подростков группы сравнения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вина** | **Тревога** | **Напряженность** | **Общая**  **семейная**  **тревога** |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 4 | 3 | 2 | 9 |
| 4 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| 7 | 3 | 1 | 2 | 6 |
| 8 | 2 | 4 | 2 | 8 |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 10 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| 11 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 12 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 13 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 14 | 0 | 3 | 4 | 7 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 4 | 3 | 1 | 8 |
| 17 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 18 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| 19 | 4 | 6 | 4 | 16 |
| 20 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 21 | 3 | 5 | 4 | 12 |
| 22 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 23 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 25 | 0 | 2 | 1 | 3 |

**Приложение T**

**Таблица T.14.** Показатели методики CAPT у девочек-подростков группы сравнения.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Общий показатель** | **Score 1** | **Score 2** | **Дискриминативность** | **Результат** |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | - |
| 2 | 2,4 | 2,2 | 2,7 | 2,2 | грудь, ягодицы |
| 3 | 4,3 | 5 | 4,1 | 4 | волосы, лицо, грудь, живот, бедра, ягодицы, голени |
| 4 | 2,4 | 2,2 | 2,8 | 2,4 | плечи, живот |
| 5 | 1,6 | 3 | 1,1 | 1,9 | бедра |
| 6 | 2,7 | 2,6 | 2,6 | 2,4 | щеки, шея, плечи, живот, голени |
| 7 | 2,6 | 2,8 | 2,4 | 3,1 | шея, плечи, живот, бедра |
| 8 | 2,3 | 3,2 | 2,1 | 2,9 | бедра, голени, ступни |
| 9 | 2,9 | 4,2 | 2,4 | 3 | грудь, бедра, ягодицы, голени |
| 10 | 3,5 | 5 | 3 | 3,6 | живот, бедра, ягодицы, кисти рук |
| 11 | 3 | 3 | 3 | 3 | - |
| 12 | 3,3 | 5 | 2,4 | 3,0 | живот, бедра, ступни |
| 13 | 2,9 | 4,5 | 2 | 2,5 | плечи, живот, бедра, ягодицы |
| 14 | 3,3 | 4,5 | 2,8 | 3,1 | плечи, бедра, кисти рук |
| 15 | 2,4 | 3,2 | 1,9 | 2,5 | бедра |
| 16 | 1,8 | 3 | 1,5 | 1,7 | лицо, бедра, ягодицы |
| 17 | 1,8 | 3 | 1,4 | 1,7 | бедра, ягодицы |
| 18 | 2,5 | 4 | 1,6 | 1,9 | живот, бедра |
| 19 | 2,9 | 3,6 | 2,6 | 2,7 | щеки, плечи, живот, бедра, ягодицы |
| 20 | 1,4 | 1,5 | 1,3 | 1,3 | - |

**Продолжение таблицы T.14**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Общий показатель** | **Score 1** | **Score 2** | **Дискриминативность** | **Результат** |
| 21 | 3,8 | 5 | 3,2 | 3,3 | лицо, живот, бедра, голени |
| 22 | 2 | 1 | 2,7 | 2,7 | голени, ступни |
| 23 | 2,4 | 2,2 | 2,3 | 2,2 | живот |
| 24 | 2,6 | 2,5 | 2,8 | 2,4 | щеки, плечи, грудь, бедра, голени |
| 25 | 2,0 | 1,7 | 2,2 | 1,5 | грудь |

**Приложение U**



**Условные обозначения:**

\*\* корреляция значима на уровне 0,01 (двустороняя) – выделено зеленым;

\* корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя) – выделено желтым цветом.

**Приложение V**



**Условные обозначения:**

\*\* корреляция значима на уровне 0,01 (двустороняя) – выделено зеленым;

\* корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя) – выделено желтым цветом.

**Приложение W**



**Приложение Х**



1. <http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_5_19years_z.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-1)
2. <http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_5_19years_z.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-2)