

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра психологии и педагогики  
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология  
Специализация: Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

на тему: Взаимосвязь детско-родительских отношений и типа отношения к  
болезни ребенка в семьях сотрудников управления внутренних дел

Исполнитель  
студент группы 16608

Ю.О. Богдановская

Руководитель  
профессор, д.псих.наук

М.Г. Селюч

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

Е.Б. Романцова

Благовещенск 2017

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук  
Кафедра Психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017г.

**ЗАДАНИЕ**

К дипломной работе студента **БОГДАНОВСКОЙ ЮЛИИ ОЛЕГОВНЫ**

**1. Тема дипломной работы:** ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА В СЕМЬЯХ СОТРУДНИКОВ УПРАВЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ.

(утверждено приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

**2. Срок сдачи студентом законченной работы** 01.02.2017 г.

**3. Исходные данные к дипломной работе:**

Изучением детско-родительских отношений занимались такие исследователи, как В.С. Мухина, Д.Б. Эльконин, Л.С. Выготский, М.И. Лисина, В.В. Демина, Л.И. Божович, и многие другие педагоги и психологи. Одним из основополагающих определений в данной тематике является определение семьи. Семья, как было уже указано ранее является важнейшим социальным институтом, с помощью которого ребенок становится личностью и входит в общество полноценно развитым человеком. Однако семья может приносить не только положительные моменты, она может нести и отрицательную роль, воспитывая и развивая в ребенке только плохие качества.

Исследованием семей, воспитывающих детей с особенностями развития

занимались ведущие ученые: Д.И. Азбукин, Т.А. Власова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Е.К. Грачёва, Г.М. Дульнев, Л.В. Занков, А.В. Запорожец, М.В. Ипполитова, Б.Д. Корсунская, М.И. Кузьмицкая, К.С. Лебединская, В.И. Лебединский, И.Ю. Левченко, Э.И. Леонгард, В.И. Лубовский, А.Р. Маллер, Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова, Л.И. Солнцева, И.М. Соловьев, Г.Я. Трошин, У.В. Ульенкова, Г.В. Цикото, И.А. Шаповал, Ж.И. Шиф и другие.

**4. Содержание дипломной работы** (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) Проанализировать литературу по проблеме изучения взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел;

2) Выявить тип детско-родительских отношений и тип отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел;

3) Определить характер взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

**5. Перечень материалов приложения:** (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).

Данная дипломная работа содержит 85 страниц текста, 2 главы, 5 рисунков, 1 таблицу, 5 приложений, 52 литературных источника.

**6. Дата выдачи задания** 7 сентября 2016 года.

Руководитель дипломной работы: Селюч Марина Григорьевна, доктор психологических наук, профессор.

Задание принял к исполнению : \_\_\_\_\_

(подпись студента)

## РЕФЕРАТ

Данная дипломная работа содержит 85 страниц текста, 5 рисунков, 1 таблицу, 52 литературных источника, 5 приложений.

### СТРУКТУРА ОТНОШЕНИЙ, СТРУКТУРА СЕМЬИ, БЛАГОПОЛУЧИЕ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ, ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА, ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

В теоретической части исследования отражены теоретические основы изучения взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел, описана роль детско-родительских отношений в развитии типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

Цель исследования: изучение взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

Вторая глава посвящена исследованию проблемы взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел, описаны полученные результаты исследования.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение                                                                                                                                                                 | 6  |
| 1 Теоретические основы изучения взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел | 10 |
| 1.1 Понятие детско-родительских отношений в психологии                                                                                                                   | 10 |
| 1.2 Характеристика типа отношения к болезни ребенка                                                                                                                      | 26 |
| 1.3 Роль детско-родительских отношений в развитии типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел                           | 36 |
| 2 Исследование взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел                  | 55 |
| 2.1 Организация и методы исследования                                                                                                                                    | 55 |
| 2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования                                                                                                                      | 62 |
| Заключение                                                                                                                                                               | 79 |
| Библиографический список                                                                                                                                                 | 82 |
| Приложение А Опросник родительского отношения<br>(Варга А.Я., Столин В.В.)                                                                                               | 86 |
| Приложение Б Методика «Анализ семейных взаимоотношений»<br>(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)                                                                              | 88 |
| Приложение В Методика диагностики отношения к болезни ребенка<br>(ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева                                                                       | 93 |
| Приложение Г Сводные таблицы результатов исследования                                                                                                                    | 95 |
| Приложение Д Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка                                                                | 98 |

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения детско-родительских отношений взяла свое начало с развития педагогики и психологии как науки. Вопросы, изучаемые в данной теме, посвящались особенностям воспитания ребенка в семье, особенностям развития супружеских отношений, изучение влияния отношений в семье на развитие ребенка и многое другое. На сегодняшний день не существует единого подхода, концепции или теории, которая бы в полной мере объясняла развитие детско-родительских отношений. Детско-родительские отношения в психологии и педагогике до сих пор неоднозначно определяются многими авторами и исследователями.

Развитие личности получает свое начало в семье. Семья на ранних этапах жизни является единственной, а позднее одной из наиболее важных социальных групп для индивида. Семья является первичным и необходимым условием формирования эмоционально стабильной, жизнеспособной, творчески ориентированной личности, поскольку базовые структуры психики человека формируются преимущественно на довербальном этапе, в пренатальный и постнатальный периоды, когда ребенок находится в полной зависимости от родителей и требует условий, соответствующих его базовым потребностям. Ребенок, в условиях адекватно функционирующей семьи, оптимально удовлетворяет витальные потребности, он высокоадаптивен, имеет комплиментарные образцы отца и матери, позволяющие сделать правильный брачный выбор и воспроизвести адекватные родительские отношения в своей семье.

Изучение детско-родительских отношений является чрезвычайно важным как для понимания факторов, влияющих на становление личности ребенка, так и для организации психолого-педагогической практики. О значимости данной проблемы свидетельствует тот факт, что многие авторитетные психологические теории, такие, как психоанализ, бихевиоризм или гуманистическая психология, не обошли вниманием эту проблему, рассматривая взаимоотношения родителей

и ребенка как важный источник детского развития.

Интерес многих современных исследователей к сфере детско-родительских отношений объясняется значимостью роли взрослого для детского развития и в настоящий момент принято выделять когнитивный и эмоциональный компоненты этого взаимодействия ребенок – взрослый.

Заболевание ребенка является тяжелым жизненным событием в семье. Трудности, связанные с воспитанием ребенка с отклонениями, вызывают качественные изменения жизнедеятельности семьи, нарушают адаптацию, как отдельных ее членов, так и семьи в целом, приводя к семейному кризису. В научной литературе не зафиксировано случаев, где семья, имеющая ребенка с нарушениями, обходилась бы без кризиса. Однако исследователи отмечают, что сам процесс переживания кризиса такого характера и совладание с ним у семей различны и определяются особыми семейными и личностными ресурсами.

Первые экспериментальные исследования в области детско-родительских отношений были начаты в 1899 году, разработан опросник, выявляющий мнения родителей о наказании детей. В 30-е годы XX века отмечается быстрый рост исследований родительских установок. На сегодня в зарубежной психологии опубликовано более 800 исследований на тему детско-родительских отношений. В отечественной психологии статистика более скромная, поэтому испытывается определенный дефицит информации по данной проблеме. Как справедливо указывают А.Г. Лидерс, О.А. Карабанова, А.С. Спиваковская и многие другие психологи, занимающиеся изучением психологической службы семьи, и на сегодняшний день сохраняется определенная потребность в методах диагностики детско-родительских отношений и со стороны родителей, и со стороны детей.

Изучением детско-родительских отношений занимались такие исследователи, как В.С. Мухина, Д.Б. Эльконин, Л.С. Выготский, М.И. Лисина, В.В. Демина, Л.И. Божович, и многие другие педагоги и психологи. Одним из основополагающих определений в данной тематике является определение семьи. Семья, как было уже указано ранее является важнейшим социальным

институтом, с помощью которого ребенок становится личностью и входит в общество полноценно развитым человеком. Однако семья может приносить не только положительные моменты, она может нести и отрицательную роль, воспитывая и развивая в ребенке только плохие качества.

Исследованием семей, воспитывающих детей с особенностями развития занимались ведущие ученые: Д.И. Азбукин, Т.А. Власова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Е.К. Грачёва, Г.М. Дульнев, Л.В. Занков, А.В. Запорожец, М.В. Ипполитова, Б.Д. Корсунская, М.И. Кузьмицкая, К.С. Лебединская, В.И. Лебединский, И.Ю. Левченко, Э.И. Леонгард, В.И. Лубовский, А.Р. Маллер, Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова, Л.И. Солнцева, И.М. Соловьев, Г.Я. Трошин, У.В. Ульенкова, Г.В. Цикото, И.А. Шаповал, Ж.И. Шиф и другие.

**Цель исследования:** изучение взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

**Объект исследования:** детско-родительские отношения.

**Предмет исследования:** взаимосвязь детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

**Задачи исследования:**

1) Проанализировать литературу по проблеме изучения взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел;

2) Выявить тип детско-родительских отношений и тип отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел;

3) Определить характер взаимосвязи детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

**Гипотеза исследования:** Существует взаимосвязь детско-родительских



отношений и типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления внутренних дел.

**Методы исследования:** анализ литературы, тестирование, методы математической статистики.

**База исследования:** Управление министерства внутренних дел России по Амурской области, г. Благовещенск.

**Выборка исследования:** 40 сотрудников управления министерства внутренних дел.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА В СЕМЬЯХ СОТРУДНИКОВ УПРАВЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

## 1.1 Понятие детско-родительских отношений в психологии

Важность изучения отношений с родителями обусловлена тем, что особенности отношений ребенка с родителями существенным образом влияют на его личностное развитие и процесс социализации. Ведь в современном мире все больше растет понимание семьи как определяющей не только развитие ребенка, но и, в конечном итоге, развитие всего общества.

Взаимодействие ребенка с родителем является первым опытом взаимодействия с окружающим миром. Этот опыт закрепляется и формирует определенные модели поведения с другими людьми, которые передаются из поколения в поколение. В каждом обществе складывается определенная культура взаимоотношений и взаимодействия между родителями и детьми, возникают социальные стереотипы, определенные установки и взгляды на воспитание в семье, и вряд ли будет преувеличением сказать, что цивилизованность общества определяется не только отношением к женщинам, но и отношением к детям.

В.Н. Мясищев (1995 г.) определяет отношения как «целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности». Исходя из объекта их направленности, В.Н. Мясищев в качестве доминирующих выделяет: отношение к труду, людям, к себе. В работах отечественных психологов (Ананьев Б.Г., Выготский Л.С.) прослеживается стремление исследовать характер личностных отношений в группе в зависимости не только от психологических, но и социальных факторов.

Детско-родительские отношения можно рассматривать как непрерывные, длительные и опосредованные возрастными особенностями ребенка и отношением родителей. Эти отношения, в отличие от других видов

межличностных отношений, отличаются высокой значимостью, как для родителя, так и для ребенка. Как считает Е.М. Волкова (1992), именно по отношению родителей к своему ребёнку, можно предположить, каким он станет в будущем. По мнению А.Я. Варга и В.В. Столина (2001), «родительские отношения» – это система разнообразных чувств к ребёнку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимание характера и личности ребёнка, его поступков.

Семейная среда – это сочетание личностных особенностей родителей, условий, в которых живет семья, стиля воспитания. Существенное влияние на формирование личности ребенка оказывает стиль организации жизни, преобладающий в семье [44].

В каждой культуре имеются свои представления о детстве и воспитании детей. Многочисленные кросс-культурные исследования выявляют следующие особенности родительского поведения. Матери англосаксонского происхождения предпочитают словесные объяснения, часто хвалят и поощряют своих детей. В латиноамериканских семьях матери чаще опираются на отрицательное подкрепление, используют физический контроль, шире употребляют зрительную подсказку, простейшее моделирование.

Американские матери ожидают от детей с самого раннего возраста развития социальных умений в общении со сверстниками. Напротив, японские матери ожидают от детей того же возраста эмоциональной зрелости и послушания, хороших манер. Рассматривая, что влияет на школьные успехи в большей степени – усилия ребенка или его способности, американские матери указывали на равную важность двух этих факторов. Японские и китайские матери отдавали приоритет собственным усилиям ребенка.

Было выявлено, что контроль и принятие своих детей у европейских матерей выше, чем у китайских родителей; у китайских родителей контроль выше принятия, причем выраженность этих обоих факторов родительского стиля способствует социальной активности детей. У европейских родителей, напротив, отсутствует зависимость между принятием, контролем и детской

социализацией.

Родительские представления о детях, зафиксированные в культурных ценностях, важны для понимания того, как семья формирует социокультурное окружение, в котором развивается ребёнок [42].

Структура отношений, как отмечает Г.А. Широкова с которой ребенок впервые сталкивается в своем опыте, – это структура семьи, где ребенок занимает определенное место. Позиции во внутрисемейной структуре находятся в отношении дополнительности, у каждой позиции есть своя особая функция, а в новой, незнакомой ситуации ребёнок, производит процедуру переноса или замещения [50].

Теоретически это положение подтверждается идеей Д.Б. Эльконина о том, что замещение впервые возникает при необходимости дополнить привычную ситуацию недостающим в данный момент объектом. На фоне выраженной привязанности и любви к матери одновременно происходит и процесс отождествления себя с родителями того же пола. Поскольку родители состоят друг с другом в ролевых отношениях мужа и жены, то понимание этого создает у ребенка потребность в подражании [46].

Педагоги и психологи рассматривают благополучие ребенка в семье, как одну из важнейших функций семьи – создание условий для воспитания здоровой личности. Для этого необходимо учитывать, что ребенок сам осмысливает семью и себя в ней, определяет свое поведение, отношение к семье и к себе самому. Дети вследствие своего ограниченного опыта, своеобразного мышления иначе воспринимают и оценивают происходящее вокруг. Понять их поведение, эмоции, переживания и помочь им можно, лишь взглянув на мир их глазами. На детей влияют не только преднамеренные и целенаправленные воспитательные воздействия, но в равной или даже большей степени все особенности поведения родителей.

Функция социализации по-прежнему сохраняет свое исключительное значение. Семья создает для ребенка определенные модели социального поведения. Оценивая то, что происходит в обществе, ребенок опирается,

прежде всего, на опыт своего общения с близкими родственниками. В дальнейшем он будет организовывать свое взаимодействие с другими людьми, в значительной степени используя модели семейных коммуникаций. Первичная социализация детей в семье, особенно в сфере интимности и доверительности детско-родительских отношений, не имеет аналогов в других типах неформальных групп. Если бы даже система образования была совершенной, она не в состоянии обеспечить ребенка той особой родительской заботой и любовью, которые присутствуют в семье [25].

Как показывают исследования, начало активного этапа воспитания в семье приходится на возраст ребенка, составляющий в среднем 5 – 7 лет. Этот возраст ребенка благоприятен для зарисовки общего контура готовности самого родителя осуществлять различные виды воспитания.

В системе «ребенок – родитель», основными показателями в оценке воспитательного процесса в семье могут быть в дошкольном возрасте для ребенка (3 – 7 лет):

- характер проявления первых признаков нравственных качеств;
- общее физическое развитие; способность к игре; уровень внушаемости; тенденции развития половой идентичности;
- характер проявления доминирующих способностей;
- способность к подражанию;
- предрасположенности к игре;
- реакции на принятые нормы поведения;
- характер проявления детской ответственности [17].

Показателем в оценке родителя:

- мотивация воспитания;
- уровень родительских знания об особенностях этого возрастного периода; умение формировать целевые и смысловые установки;
- понимание особенностей различных видов воспитания;
- характер и силу собственных психогенных отклонений для этого периода.

Таким образом, доступность родителей к оценке своих воспитательных возможностей предоставляет им широкие условия их реализации и коррекции, а значит, устранения возникающих проблем в жизнедеятельности семьи.

В исследовании Е.Т. Соколовой основные стили детско-родительских отношений были выделены на основании анализа взаимодействия матери и ребенка при совместном решении задач:

- 1) сотрудничество;
- 2) псевдосотрудничество;
- 3) изоляция;
- 4) соперничество [14].

Сотрудничество предполагает тип отношений, в которых потребности ребенка учитываются, ему дают право «на автономию». Помощь оказывается в сложных ситуациях, требующих участия взрослого. Варианты решения той или иной возникшей в семье проблемной ситуации обсуждаются вместе с ребенком, принимается во внимание его мнение.

Псевдосотрудничество может осуществляться в разных вариантах, таких, как доминирование взрослого, доминирование ребенка. Для псевдосотрудничества характерно формальное взаимодействие, сопровождающееся откровенной лестью. Псевдосовместные решения достигаются за счет поспешного согласия одного из партнеров, испытывающего страх перед возможной агрессией другого.

При изоляции полностью отсутствует кооперация и объединение усилий, инициативы друг друга отклоняются и игнорируются, участники взаимодействия не слышат и не чувствуют друг друга.

Для стиля соперничества характерна конкуренция при отстаивании собственной инициативы и подавлении инициативы партнера. Е.Т. Соколова подчеркивает, что лишь при сотрудничестве, когда при выработке совместного решения принимаются как предложения взрослого, так и самого ребенка, отсутствует игнорирование партнера. Поэтому данный тип взаимодействия побуждает ребенка к творческой активности, формирует готовность к

взаимопринятию, дает ощущение психологической безопасности [27].

Одним из главных вопросов при рассмотрении детско-родительских отношений в семье является понятие «роли». Роль ребенка в системе семейных отношений может быть различной. Ее содержание определяется, главным образом, той потребностью родителей, которую ребенок удовлетворяет, а именно: ребенок может быть компенсацией неудовлетворительных супружеских отношений. При этом ребенок выступает в роли средства, с помощью которого один из родителей может усилить свою позицию в семье. Если данная потребность компенсации и усиления позиции удовлетворяется, то ребенок занимает место кумира.

Ребенок может быть знаком социального статуса семьи, символизируя ее социальное благополучие. При этом ребенок, выполняет роль объекта для социальной презентации; ребенок может быть элементом, который связывает семью, не давая ей разрушиться. В этом случае на ребенка ложится большая психологическая нагрузка, вызывая эмоциональное напряжение. Он начинает считать, что именно его поведение является причиной развода родителей, если такое событие действительно произойдет.

Положение ребенка в семье может быть охарактеризовано также и той ролью, которую ему «предписано играть» родителями во внутрисемейных отношениях. От характера, места и функционального наполнения роли во многом зависит формирование характера ребенка. В связи с этим, можно выделить следующие роли [36]:

1) «Кумир» («мамино сокровище», «папино сокровище»). Формируемые черты характера: эгоцентризм, инфантилизм, зависимость, комплекс превосходства. В будущем у такого ребенка может проявляться агрессивное поведение в результате того, что он не понимает, почему мир не принимает его так, как собственная семья.

2) «Козел отпущения». Ребенок используется членами семьи для выброса негативных эмоций. У такого ребенка изначально возникает комплекс неполноценности, сочетающийся с чувством ненависти к миру,

формируется личность тирана и агрессора.

3) «Делегат». Через данного ребенка семья контактирует с внешним миром, предъявляя себя социуму как успешную социальную группу. От такого ребенка родители часто ожидают воплощения своих несбывшихся надежд. Данная роль способствует формированию черт характера классического психастеника (чрезмерная ответственность, постоянная тревога за возможные ошибки).

А. Болдуин выделил два стиля родительского воспитания – демократический и контролирующий. Под стилем воспитания понимается не только определенная стратегия воспитания, а и включенность детей в обсуждение семейных проблем, и успешность ребенка при готовности родителей всегда прийти на помощь, стремление к снижению субъективности в видении ребенка.

Контролирующий предполагает существенные ограничения поведения ребенка при отсутствии разногласий между родителями и детьми по поводу дисциплинарных мер, четкое понимание ребенком смысла ограничений. Требования родителей могут быть достаточно жесткими, но они предъявляются ребенку постоянно и последовательно и признаются ребенком как справедливые и обоснованные [7].

Демократический опирается на потребности ребёнка в положительных эмоциях и притязании на признание, при доброжелательности и любви к ребёнку родители используют внушение и убеждение. Данный стиль воздействия наиболее эффективный для воспитания малыша.

В частности, рядом авторов подчеркивается, что нарушение системы семейного воспитания, дисгармония отношений «мать – дитя» является основным патогенетическим фактором, обуславливающим возникновение неврозов у детей. Так, например, А.Е. Личко и Э.Г. Эйдемиллер выделили шесть типов семейного воспитания детей с акцентуированными чертами характера и с психопатиями [30].

Гипопротекция (гипоопека) характеризуется отсутствием необходимой



заботы о ребенке («руки не доходят до ребенка»). При таком типе отношений ребенок практически предоставлен самому себе, чувствуя себя брошенным.

Доминирующая гиперпротекция предполагает окружение ребенка излишней, навязчивой заботой, полностью блокирующей его самостоятельность и инициативу. Гиперпротекция может проявляться в виде доминирования родителя над ребенком, проявляющемся в игнорировании его реальных потребностей и жестком контроле над поведением ребенка. Такой вариант отношений называется доминирующей гиперпротекцией. Одним из вариантов гиперпротекции является потворствующая гиперпротекция, которая проявляется в желании родителей удовлетворять все потребности и капризы ребенка, определив ему роль кумира семьи.

Эмоциональное отвержение проявляется в неприятии ребенка во всех его проявлениях. Отвержение может проявляться явно, например, ребенок часто слышит от родителей грубые фразы, типа: «Ты мне надоел, уйди, не лезь ко мне») и скрыто – в виде издевок, иронии, высмеивания.

Жестокие взаимоотношения могут проявляться явно: в виде побоев – или скрыто: в виде эмоциональной враждебности и холодности. Повышенная моральная ответственность обнаруживается в требовании от ребенка проявления высоких моральных качеств с надеждой на его особое будущее. Родители, придерживающиеся такого типа воспитания, поручают ребенку заботу и опеку над другими членами семьи [14].

Понятийный аппарат детско-родительских отношений достаточно широк и многозначен – родительские установки и соответствующие им типы поведения, родительские позиции, типы родительского отношения, типы отношений «мать – ребенок», типы позитивного и ложного родительского авторитета, типы (стили) воспитания детей, черты патогенных типов воспитания, параметры воспитательного процесса, семейные роли ребенка, стили общения, предлагаемые взрослыми в семье и школе.

Детская психология выделяет три основных типа отношений родителей и их детей:

- 1) Тип излишней вовлечённости (авторитарный контроль);
- 2) Тип излишней отстраненности (эмоциональное отвержение);
- 3) Оптимальный тип.

Рассмотрим их подробно:

#### **Тип излишней вовлеченности.**

Неумеренная родительская любовь, чрезмерные опека и участие в делах и жизни ребёнка и, даже, проникновение в его внутренний мир. В этом случае это ребенка как бы «растворяется», становится нечетким. Родители стремятся реализовать не только все потребности ребёнка, но и предугадать и исполнить его желания, часто ещё не оформившиеся. Они прощают малышу всё, думают и делают вместо него. Ребенок растет несамостоятельным и инфантильным, понятия «можно – нельзя», «хорошо – плохо» ему не понятны. Гиперопека фиксирует существующие у ребенка трудности развития и может породить проблемы у психически и физически здорового ребенка. Возведя вокруг своего ребёнка стену из любви, заботы и помощи, такие родители тормозят процесс понимания и развитие многих навыков, а также не происходит усвоение им норм поведения в обществе. Такой ребенок живет в иллюзорном мире, не ведая ни труда, ни забот, постепенно становясь эгоистичным и беспомощным. При поступлении в школу, прежде всего, обнаружат себя сложности в волевой и эмоциональной сферах. Возможно дальнейшую жизнь в эмоциональном плане он посвятит поиску родителя-волшебника, а пока ваше дитя просто капризничает.

#### **Тип излишней отстраненности.**

Этот тип отношений характеризуют: пренебрежение к ребенку, нежелание считаться с его особенностями и полное отсутствие внимания к нему, что, естественно, оказывает вредное влияние и на развитие личности ребенка. Ребенка либо жестко контролируют, либо наоборот, не обращают на него внимания. Природные качества не подкрепляются или подавляются. Не получая возможности проявиться и развиваться, эти качества могут приобрести отрицательную направленность: упорство перейдет в упрямство, живость и

активность в неустойчивость, неспешность и осторожность в пассивность. Ребенок, лишенный сильных и недвусмысленных доказательств родительской любви, воспитывающийся в условиях эмоционального отвержения, имеет мало возможностей для формирования самоуважения, теплых и дружественных отношений с другими людьми и устойчивого положительного образа «Я». Отсутствие позитивного опыта взаимодействия со старшими близкими приводит к тому, что такие дети «варятся в собственном соку», закрепляя эмоциональный опыт, сложившийся на основе детских реакций. В итоге – низкая самооценка и самоуничтожение личности ребенка. И как следствие такого типа семейных отношений – крайнее неуважение к личности другого человека.

#### **Оптимальный тип детско-родительских отношений.**

Для него характерно полное взаимное доверие между родителем и ребенком, возможность диалога в любых жизненных затруднениях. При этом условия положительные качества ребенка усиливаются, а отрицательные преодолеваются или приобретают более допустимые формы. В отношениях присутствует открытое личностное общение между родителем и ребенком, цель которого – полное раскрытие и развитие индивидуальных особенностей, потенциальных возможностей как ребёнка, так и взрослого. В этом случае личность ребенка (в плане его самооценки и представлений о самом себе) развивается нормально, а процесс воспитания ребёнка родителем облегчается.

Выделяются четыре принципа, которые стоит учитывать при реализации оптимального типа детско-родительских отношений:

1) принцип равенства. Взаимоотношения должны поддерживаться на уровне партнёрства, ведь «ребёнок – это не будущий человек, а просто человек, обладающий свободой быть и стать, правом быть понятым и принятым, способностью принимать и понимать других» (Каган В.);

2) принцип добровольности, как отсутствие насилия над личностью другого человека;

3) принцип открытости и искренности. Важно уметь признавать свои

ошибки и быть честными. Дети особенно остро чувствуют фальшь;

4) принцип взаимного уважения друг к другу.

В жизни каждого человека есть один важный этап, определяющий всю его дальнейшую судьбу. Это этап раннего детства, от рождения до 5 – 7 лет. На этом этапе главным воспитателем ребёнка является семья: родители, братья и сёстры, дедушки и бабушки. Именно на этом этапе, в семье, закладываются основы воспитания и то, что сделали родители до пяти лет, это, по мнению А.С. Макаренко, 90 % всего воспитательного процесса [44].

Для ребёнка раннего возраста главным источником информации о себе и о других являются взрослые люди, которые в буквальном смысле слова определяют, кто он такой. «Родители называют ребёнка, дают ему собственное имя, приучают откликаться на него, организуя тем самым систему его реакции. Они помогают ему осознать как то, что принадлежит ему (части его тела), так и его собственную принадлежность – половую, семейную. Оценивая поступки ребёнка, они вырабатывают у него определённое эмоциональное отношение к себе, чувство собственной ценности. От эмоционального климата первых месяцев и даже дней жизни, – заключает известный философ и психолог И.С. Кон – во многом зависит будущий характер взрослого».

Понятие родительское отношение имеет общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителей и ребенка. Отец и мать по-разному проявляют любовь по отношению к детям. Материнская любовь чаще всего носит безусловный характер. Отцовская любовь, особенно по отношению к сыну, порой носит условный характер: «Я люблю тебя тогда, когда ты оправдываешь мои ожидания, выполняешь мои требования».

Родительское отношение имеет наиболее общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов

воздействия на него. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Понятия родительская позиция и родительская установка используются как синонимы родительского отношения, но отличаются степенью осознанности. Родительская позиция скорее связывается с сознательно принятыми, выработанными взглядами, намерениями; установка – менее однозначна.

Характер и степень влияния на ребенка определяет множество отдельных факторов и, прежде всего, личность самого родителя как субъекта взаимодействия:

- 1) его пол (тот же, что и у ребенка, или противоположный);
- 2) возраст (юная, несовершеннолетняя мать, пожилой родитель, родитель позднего ребенка);
- 3) темперамент и особенности характера родителя (активный, нетерпеливый, вспыльчивый, властный, снисходительный, небрежный, сдержанный); религиозность;
- 4) национально-культурная принадлежность (европейская, английская, немецкая, японская, американская и другие модели воспитания);
- 5) социальное положение;
- 6) профессиональная принадлежность;
- 7) уровень общей и педагогической культуры [28].

Извращенная ролевая структура семьи, где мать излишне мужественна – недостаточно эмоционально отзывчива и категорична, а отец – «женственен», мягок, раним, не способен управлять ситуацией, предоставляет ребенку искаженные образцы для идентификации.

Стиль родительского воспитания, как социально-психологическое понятие, обозначает совокупность способов и приемов общения по отношению к партнеру. Различают общий, характерный и конкретный стили общения. В качестве детерминант стиля общения выступают направленность личности как обобщенная, относительно устойчивая мотивационная тенденция; позиция, занятая по отношению к партнеру общения, и параметры ситуации общения.

Родительский стиль – это обобщенные, характерные, ситуационно неспецифические способы общения данного родителя с данным ребенком, это образ действий по отношению к ребенку [40].

В.С. Мухина описала несколько стилей воспитания:

Либеральный стиль предполагает вседозволенность в отношениях с детьми. Источником является чрезмерная родительская любовь. Дети растут недисциплинированными, безответственными.

Демократический стиль характеризуется гибкостью. Родители, мотивируя свои поступки и требования, прислушиваются к мнению детей, уважают их позицию, развивают самостоятельность суждений. В результате дети лучше понимают родителей, растут разумно послушными, инициативными, с развитым чувством собственного достоинства. Они видят в родителях образец гражданственности, трудолюбия, честности и желая воспитать детей такими, какими являются сами.

Авторитарный стиль. По сложившимся стереотипам продолжает предъявлять подростку те же жесткие требования, что и в детстве. Обычно, если это было принято ранее, здесь продолжают применять и физические наказания. В авторитарной семье подросток так же одинок, несчастен и неуверен в себе, как и в детстве. Однако тенденции развития его характера уже отчетливо вырисовываются: он становится носителем авторитарного способа взаимодействия с людьми или, напротив, демонстрирует униженную неадекватную лояльность, пассивность, за которой стоит высокая невротизация неуверенного в себе подростка. Авторитарная семья так же может ограничить возможности подростка в развитии.

Попустительский стиль. В такой семье продолжает господствовать принцип вседозволенности: ребенок уже давно манипулирует родителями. Эгоизм и сопутствующая ему конфликтность – основные характеристики характера детей из таких семей. Здесь ребенок несчастлив вдвойне: сам по себе возраст – уже кризис личностного развития, плюс еще недостатки, сформированные в его личностной позиции отношениями вседозволенности,

что ему никогда не предложит действительная жизнь. Подросток из семьи с попустительским стилем отношения к нему обычно не усваивает позитивных форм общения: адекватная лояльность ему не известна. Он опирается на те способы воздействия на других, которые успешно питали его эгоизм все годы жизни в семье, – агрессию (которая выражается в необоснованной нетерпимой требовательности и нигилизме). Попустительская семья лишает подростка возможности осознать закономерности общественных отношений и делает его несостоятельным в реальных взаимоотношениях с другими [44].

Авторитетный стиль родительского поведения по Бомринд – образ действия родителей, отличающийся твердым контролем за детьми и в то же время поощрением общения и обсуждения в кругу семьи правил поведения, установленных для ребенка. Решения и действия родителей не кажутся произвольными или несправедливыми для детей, и потому они легко соглашаются с ними. Таким образом, высокий уровень контроля сочетается с теплыми отношениями в семье. Бомринд отмечала, что дети превосходно адаптированы, уверены в себе, у них развит самоконтроль и социальные навыки, они хорошо учатся в школе и обладают высокой самооценкой.

Индифферентный стиль родительского поведения по Маккоби и Мартин, отличается низким контролем за поведением детей и отсутствием теплоты и сердечности в отношениях с ними. Родители, которым свойственен индифферентный стиль поведения, не устанавливают ограничений для своих детей либо вследствие недостатка интереса и внимания к детям, либо вследствие того, что тяготы повседневной жизни не оставляют им времени и сил на воспитание детей. Если безразличие родителей сочетается с враждебностью (как у отвергающих родителей), ребенка ничто не удерживает оттого, чтобы дать волю своим самым разрушительным импульсам и проявить склонность к делинквентному поведению [29].

Описанные стили отношений к ребенку демонстрируют лишь тенденции условий развития личности в отрочестве. Реальная жизнь может быть мягче, благополучнее, но и жестче, ужаснее, непостижимее. В семье может быть

одновременно множество разнообразных стилей общения, обусловленных неоднородностью культурных уровней ее членов (дедушек, бабушек, родителей, и других родственников).

Наиболее чувствительными к воздействию семейного неблагополучия оказываются стержневые образования личности ребенка – его представление о себе, самоотношение, образ себя. Поскольку полнота удовлетворения потребностей ребенка зависит от родителей, то его представление о себе и образ себя в значительной мере связаны с отношением родителей к ребенку, их восприятием и пониманием его, с характером родительских установок и качеством привязанности как матери к ребенку, так и ребенка к матери.

Чаще всего в психолого-педагогических исследованиях для определения, анализа родительского отношения используются два критерия: степень эмоциональной близости, теплоты родителей к ребенку (любовь, принятие, тепло или эмоциональное отвержение, холодность) и степень контроля за его поведением (высокая – с большим количеством ограничений, запрещений; низкая – с минимальными запретительными тенденциями).

Наиболее активно проблема связи стилей воспитания, нарушений родительского отношения и отклонений в психическом развитии и даже здоровье детей исследуется с клинико-психологических позиций. А.И. Захаров определил ряд параметров воспитательного процесса:

1. Интенсивность эмоционального контакта родителей по отношению к детям: гиперопека, опека, принятие, непринятие.
2. Параметр контроля: разрешительный, допускающий, ситуативный, ограничительный.
3. Последовательность – непоследовательность.
4. Аффективная устойчивость – неустойчивость.
5. Тревожность – нетревожность [21].

Различные сочетания этих параметров воспитания соотносятся с различными видами неврозов у детей.

Например, ограничительство, аффективная неустойчивость со стороны



родителей приводят к развитию у ребенка невроза страха. Сверхпринятие, «разрешительство», непоследовательность – к развитию истерического невроза. Выраженное ограничительство – к неврозу навязчивых состояний.

Исследовали вид негармоничного стиля семейного воспитания: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение, гипопротекция.

Учитывая взаимозависимость отношений в семье, их описывают через те роли, которые выполняет ребенок. По мнению А.С. Спиваковской, роль ребенка можно четко выделить в дисгармоничной семье, где относятся друг к другу шаблонно, стереотипно, годами сохраняя застывшие, ригидные, уже не соответствующие реалиям отношения.

Оптимальная родительская позиция должна отвечать трем главным требованиям: адекватности, гибкости и прогностичности. Адекватность позиции взрослого основывается на реальной точной оценке особенностей своего ребенка, на умении увидеть, понять и уважать его индивидуальность. Родитель не должен концентрироваться только на том, чего он хочет в принципе добиться от своего ребенка; знание и учет его возможностей и склонностей – важнейшее условие успешности развития.

Гибкость родительской позиции рассматривается как готовность и способность изменения стиля общения, способов воздействия на ребенка по мере его взросления и в связи с различными изменениями условий жизни семьи. «Закостенелая», инфантилизирующая позиция ведет к барьерам общения, вспышкам непослушания, бунта и протеста в ответ на любые требования. Прогностичность позиции выражается в ее ориентации на «зону ближайшего развития» ребенка и на задачи завтрашнего дня; это опережающая инициатива взрослого, направленная на изменение общего подхода к ребенку с учетом перспектив его развития [40].

Чаще всего в психолого-педагогических исследованиях для определения, анализа родительского отношения используются два критерия: степень

эмоциональной близости, теплоты родителей к ребенку (любовь, принятие, тепло или эмоциональное отвержение, холодность) и степень контроля за его поведением (высокая – с большим количеством ограничений, запрещений; низкая – с минимальными запретительными тенденциями).

Влияние семьи на личность может быть как положительным, так и отрицательным. Все зависит от типа семьи, от наличия или отсутствия в ней тех или иных условий, необходимых для правильного воспитания. Ребенок ощущает себя центром происходящего, не может взглянуть на себя со стороны. Центрированность детей проявляется и в том, что происходящее вокруг они воспринимают как относящееся к ним самим. Иногда эта особенность становится причиной возникновения психосоматических заболеваний ребенка, связанных с семьей. В ситуации развода, когда взрослые прямо или косвенно поддерживают искаженную интерпретацию ребенка, он может прийти к выводу, что отец ушел из семьи из-за его плохого поведения. Возникшее чувство вины впоследствии может привести к самым разнообразным отклонениям в развитии личности. Из изложенного выше можно заключить, что как положительное, так и отрицательное влияние семьи на личность превышает влияние всех других факторов.

## **1.2 Характеристика типа отношения к болезни ребенка**

Представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу типа отношения к болезни. Родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. Примером может служить отношение родителей к кожному

заболеванию ребенка, которое не только влияет на его оценку болезни, но и может быть точной копией. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем (Калашников Б.С., 1986). Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию типа отношения к болезни гипонозогнозического типа [48].

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Современные семьи, как правило, малодетны, и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух – трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство родителей объясняется просто. К единственному ребенку, за которым, как думают родители, вряд ли последует другой, возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего этого ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям.

На это отношение родителей сегодня влияет и много других обстоятельств. Первое – невысокий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. Будучи людьми слабого здоровья, родители переносят тревогу за

свое благополучие и даже жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней они будут неспособны воспитать своего сына или дочь.

Второе – информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний и средовых вредностей. Средства массовой информации и в особенности неловкие усилия санитарного просвещения привели к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители в действительности не создают условий для закаливания и физических нагрузок, чем не способствуют укреплению сопротивляемости организма ребенка.

Третье – убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят ребенка от одного специалиста к другому [39].

Недостаточные или искаженные представления родителей о врачевании иногда сказываются и на поведении самого ребенка во время болезни. Все указанные обстоятельства проявляют себя различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Крайне тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении и плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные зачастую недостаточно внимания уделяют ребенку вообще и во время болезни в частности.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не

хватало заботы и внимания, то и во время его болезни в такой семье не обеспечат всем необходимым. В то же время некоторые родители, поняв, что они до болезни ребенка недостаточно окружали его заботой, мало уделяли времени, перестраиваются и создают все ему необходимое. В тех же семьях, где ребенок окружен чрезмерным вниманием, где пытаются предупредить каждое его желание, где восхищаются любым его поступком, соответственно во время болезни забота усиливается. В этих случаях приходится предупреждать, что своими добрыми намерениями родители могут нанести вред ребенку. К сожалению, это недостаточно учитывают при излишнем укутывании от предполагаемого охлаждения, при организации слишком утомительных для больного чтений, просмотров телепередач или других развлечений.

На ситуацию, возникающую вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него у самого улучшаются настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, верящие не только в отдаленный успех, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается [37].

Выделяют следующие типы отношения больного к болезни:

а) нормальное, то есть соответствующее состоянию больного или тому, что было сообщено ему о заболевании;

б) пренебрежительное, если больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится и не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

в) отрицающее, если больной не обращает внимания на болезнь, отгоняет от себя мысли о болезни;

г) нозофобное, то есть больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей;

д) гипохондрическое, если больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием или же если он переоценивает серьезность менее тяжелой болезни;

е) нозофильное, связанное с определенным успокоением и приятными ощущениями от болезни;

ж) утилитарное, что является высшим проявлением нозофильной реакции.

Утилитарное отношение может иметь тройную мотивировку:

а) получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;

б) выход из неприятной ситуации, как, например, нелюбимая работа, наказание, учёба;

в) получение материальных выгод – свободное время, подарки, сладости.

Утилитарная реакция может быть более или менее сознательной, она может основываться на нетяжёлом или на серьёзном заболевании, а иногда может наблюдаться и у здорового человека [24].

Р. Конечный и М. Боухал (1983) различают следующие типы реакций:

1) Аггравация – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным, но иногда скорее обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения, например, страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадёжности, ощущением, что врач ему не верит. Переходы от сознательной к менее сознательной аггравации бывают довольно незаметными, а иногда даже трудно уловимыми.

2) Симуляция – это притворство, при помощи которого человек стремится создать впечатление о наличии болезни и её признаков. Встречается реже, чем аггравация. Как правило, к ней прибегают очень примитивные лица, у которых её можно открыть относительно легко, или, наоборот, очень опытные, проницательные и безответственные лица.

3) Диссимуляция – это скрывание болезни и её признаков. Встречается

главным образом, при заболеваниях, результатом которых являются некоторые объективные или субъективные невыгоды для больного (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Взаимоотношения в семье анализируются в нескольких направлениях: отношение матери (родителей) к ребенку и ребенка к матери (родителям), ожидаемое ребенком отношение к нему со стороны матери (родителей), отношение ребенка и матери (родителей) к болезни.

Отсутствие положительных сдвигов в процессе лечения (или даже увеличение тяжести симптомов) наблюдается при таких отношениях матери (родителей) к ребенку:

- эмоциональное неприятие, доминирующая гиперпротекция;
- эмоциональное принятие, гиперопека, потворствующая гиперпротекция;
- эмоциональное неприятие, игнорирование.

Типичными видами отношения матери (родителей) к болезни в этих случаях оказались:

- отсутствие веры в выздоровление, преувеличение тяжести заболевания, чувство вины, тревога, слепое выполнение всех медицинских предписаний;
- превращение лечения ребенка в главную цель жизни;
- раздражение, негодование [15].

Во всех указанных вариантах отношение ребенка к матери амбивалентно (например, желание получать ласку и внимание и стремление к независимости). Опишем более подробно особенности семейных взаимоотношений для двух групп больных, которые объединяет безуспешность лечения заболевания в течение нескольких лет.

Первый вариант – это такой тип семейного взаимодействия, при котором болезнь является способом заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка. Негативное отношение к ребенку вытесняется, однако в субъективных переживаниях остаются чувство вины и тревога, требующие сознательного оправдания. Тогда болезнь помогает от них избавиться: мать,

уделяя время и силы лечению ребенка, неосознанно пытается самооправдаться. У ребенка при этом формируется негативный образ «Я», а поскольку протест в форме агрессии вытесняется, ребенок также «хватается» за болезнь. Она позволяет ему хоть как-то понять холодное, отвергающее отношение со стороны матери и, в то же время, общаться с ней (по поводу болезни), привлекать внимание. Образуется устойчивая триада «мать – болезнь – ребенок». При этом болезнь компенсирует нарушенные взаимоотношения и восполняет дефицит общения, а потому становится условно желательной и для ребенка, и для матери. Болезнь становится хронической и лечение не помогает. Разрушение триады может иметь для семьи в целом тяжелые последствия. Отец отстранен от воспитания, и это его часто устраивает. При выздоровлении ребенка из-за возможных внутрисемейных конфликтов не исключен распад семейной структуры в целом. Концентрация детей и родителей на болезни, фиксация ребенка на связанных с ней переживаниях, ипохондрические мысли и состояния повышают устойчивость заболевания по отношению к лечению.

Во втором варианте болезнь становится способом поддержания симбиотических взаимоотношений между матерью и ребенком. При этом ребенок является источником удовлетворения потребности в любви и эмоциональном тепле, которая не реализуется в отношениях с мужем. Мать стремится сделать ребенка зависимым от себя, боясь потерять его, а потому она неосознанно заинтересована в существовании болезни как повода для внимания, опеки. Ребенку внушается, что он слабый, беспомощный, в результате у него формируется соответствующий образ «Я». Он боится потерять мать, и болезнь помогает ее удерживать, получать больше ласки и внимания. Иначе говоря, болезнь оказывается выгодной обоим, хотя и по иным причинам, чем в первом варианте. Здесь она позволяет сохранять симбиоз между матерью и ребенком, и разрушение таких отношений вызовет у матери претензии к мужу, внутрисемейный конфликт. Итак, в обоих случаях болезнь имеет положительный смысл, триада «мать – болезнь –



ребенок» остается устойчивой, а в результате болезнь оказывается неподвластной медикаментозным воздействиям [17].

Большой вклад в разработку проблемы «ребенок и болезнь» внесли исследования В.В. Николаевой. В них изучены влияние на психические изменения больного ребенка разных факторов (возраста, отношения родителей, характера болезни), а также особенности внутренней картины болезни в детском возрасте, ее структуры. Эти работы выгодно отличает от многих, рассмотренных выше, глубокое теоретическое осмысление полученных результатов.

В одном из исследований В.В. Николаевой показано влияние возраста на внутреннюю картину болезни у больных с косметическим дефектом. В нем участвовали три возрастных группы больных псориазом и атоническим дерматитом (10 – 13 лет, 14 – 16 лет, 20 – 41 год). В младшей возрастной группе в структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения (боль, зуд, неприятные процедуры лечения), но общее отношение к болезни спокойное при разумной оценке ее тяжести и последствий. Поведение этих детей адекватно, они не стыдятся дефекта, у них обычно много друзей. В возрасте 14 – 16 лет на первый план выходит уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий (переживание болезни в узком смысле этого термина). Это проявляется и в поведении больных, стремящихся скрыть дефект кожи одеждой, прической, стесняющихся отвечать на уроках. В старшей возрастной группе во внутренней картине болезни начинает отчетливо выступать рациональная переработка фактов, связанных с ней, и это позволяет успешно осуществлять адаптацию к болезни [29].

В основу объяснения полученных результатов положены концепция ведущих видов деятельности и представление об эмоциях как о психических состояниях, отражающих отношения между мотивами (потребностями) и успехом или возможностью успешной реализации отвечающей им деятельности (Леонтьев А.Н.). Больным младшей возрастной группы болезнь

не мешает реализовать ведущую (учебную) деятельность, поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни отсутствует (кроме отрицательного эмоционального тона болезненных ощущений). В пубертантном возрасте ведущей становится деятельность интимно-личностного общения. Возникают проблемы, связанные с негативным отношением окружающих к «кожным» больным. Болезнь оказывается препятствием в реализации деятельности общения, и поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни выступает на первый план. Однако еще не выработаны психологические приемы преодоления, компенсации болезни. В старшей возрастной группе осознается необходимость совладания с болезнью, вырабатывается специальная система целей, «уводящая» больных от ситуации болезни. Их достижение предотвращает аномальное развитие личности.

Итак, были рассмотрены результаты многих исследований по проблеме психосоматических взаимоотношений в детском и подростковом возрасте. Они достаточно убедительно доказывают правильность некоторых общих соображений, приведенных в начале данного раздела. В этом возрасте картина взаимосвязей и взаимовлияний сомы и психики является особенно сложной и запутанной. Болезнь изменяя социальную ситуацию развития, обычно сильнее влияет на личность, затрагивает ее формирование. Особую роль играют «специфически детские» факторы, например, отношение родителей. Наконец, отметим важнейшее значение для успешного преодоления болезни ребенком психокоррекционной и психотерапевтической работы не только с ним, но и с семьей в целом [10].

Наиболее приемлемым типом реакции является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, становятся истинными педагогами, учатся помогать ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы

тренировки того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Тогда ребенок вместе с семьей учится совершать дополнительные усилия, чтобы достичь того, к чему он стремится, а его радость от маленьких и больших побед повышает самоуважение. Задача родителей – поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор [11].

Сознательно упрощая сложную картину разнообразных реакций родителей на болезнь ребенка, выделим три наличных реакция, которые (при всех их различиях) ведут к негативным изменениям в психике больного и не способствуют совладению с болезнью:

1) Первый тип – «паническое бессилие». Родители испуганы прогнозами врачей, болезнь воспринимают как что-то неумолимое и страшное, с чем бессмысленно бороться. У ребенка в результате возникает чувство обреченности и бессилия, он не делает усилий, направленных на преодоление болезни, которая превращает его в жертву. Родители как бы помогают ребенку лишиться будущего, перспективы.

2) Второй тип отношения родителей к болезни ребенка – «вытеснение». Они «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. У родителей появляется желание скрывать факт болезни от окружающих, как будто ее признание может подорвать репутацию самих родителей. Ребенок страдает от того, что его жалобы, просьбы, ссылки на усталость и трудности в учебе игнорируются. Нередко при этом и на врачей, и на ребенка выплескиваются агрессия, обвинения, раздражение. За всем этим часто стоит нежелание изменить жизнь семьи, обеспечить больному ребенку дополнительный уход. При таком типе отношения он чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

3) Третий тип, который не раз упоминался выше, – это «уход в болезнь», «лелеяние» ее. Болезнь для ребенка может быть защитой от

сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы, «выбивают» группу инвалидности. Тогда велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет. Все это еще раз подтверждает, что психолог не может работать только с больным ребенком, если он хочет помочь ему.

Следует согласиться с мнением Д.Н. Исаева: «Психология больного ребенка изучена крайне недостаточно. Еще меньше известно об отношении детей к своему здоровью и о понимании ими строения и функций собственного тела» [15]. Опыт, который ребенок приобретает в результате перенесенных болезней, способствует повышению его внимания к своему здоровью.

Дети плохо представляют, что надо делать для выздоровления и для предупреждения повторного заболевания, часто проявляя необоснованный оптимизм. Плохо изучены представления детей о влиянии лекарств, о процессе лечения, об их отношении к диагностическим и лечебным процедурам.

На формирование отношения к болезни ребенка значительное влияние оказывает болезнь его близких. Если ее исход благоприятен, нет явных страданий и опасений со стороны окружающих, то фон более оптимистичен, чем в случае недавнего траура по поводу смерти члена семьи. Неоднократно наблюдаемые ребенком обострения тяжелых хронических заболеваний у родственников, живущих вместе с ним, – это еще один важный негативный фактор. Поскольку обычно сведения, получаемые ребенком от родителей, наиболее эмоционально значимы, большое значение для формирования отношения к болезни имеет общая и медицинская культура семьи.

### **1.3 Роль детско-родительских отношений в развитии типа отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел**

Проблема изучения детско-родительских отношений взяла свое начало с

развития педагогики и психологии как науки. Вопросы, изучаемые в рамках данной теме, посвящались особенностям воспитания ребенка в семье, особенностям развития супружеских отношений, изучение влияния отношений в семье на развитие ребенка и многое другое. На сегодняшний день не существует единого подхода, концепции или теории, которая бы в полной мере объясняла развитие детско-родительских отношений. Детско-родительские отношения в психологии и педагогике до сих пор неоднозначно определяются многими авторами и исследователями.

Изучением детско-родительских отношений занимались такие исследователи, как В.С. Мухина, Д.Б. Эльконин, Л.С. Выготский, М.И. Лисина, В.В. Демина, Л.И. Божович, и многие другие педагоги и психологи. Одним из основополагающих определений в данной тематике является определение семьи. Семья, как было уже указано ранее является важнейшим социальным институтом, с помощью которого ребенок становится личностью и входит в общество полноценно развитым человеком. Однако семья может приносить не только положительные моменты, она может нести и отрицательную роль, воспитывая и развивая в ребенке только плохие качества.

Семейные отношения, в которые непосредственно включён ребёнок – это детско-родительские отношения. Значимость этих отношений привлекает внимание специалистов различных школ и направлений, но научная психология и педагогика значительно отстаёт от практики. Ведущие отечественные теоретические подходы подчёркивают решающую роль отношений с близким взрослым для развития ребёнка, но сами эти отношения не являются предметом исследования, ни в деятельностном, ни в культурно-историческом подходе (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н. и др.). Наряду с этим, клиническими психологами (Варга А.Я., Спиваковская А.С., Эйдемиллер Э.Г. и другие) накоплен огромный опыт работы в сфере детско-родительских отношений [7].

Содержание понятия «детско-родительские отношения» в психолого-педагогической литературе однозначно не определено. Во-первых, оно

представляется как подструктура семейных отношений, включающая в себя взаимосвязанные, но неравнозначные отношения: родителей к ребенку – родительское (материнское и отцовское) отношение; и отношение ребенка к родителям. Во-вторых, эти отношения понимают как взаимоотношение, взаимовлияние, активное взаимодействие родителя и ребенка, в котором ярко проявляются социально-психологические закономерности межличностных отношений (Буянов Н.И., Варга А.Я., Захаров А.И., Карабанова О.А., Марковская И.М., Лидерс А.Г., Спиваковская А.С., Якимова Т.В. и др.). В зарубежной психологии специфика детско-родительских отношений традиционно исследуется в рамках психоаналитического (Фрейд З., Эриксон Э., Винникот Д., Берн Э. и др.), бихевиористского (Уотсон Дж., Скиннер Б., Бандура А. и др.) и гуманистического (Гордон Т., Роджерс К., Байярд Дж., Сатир В. и другие) направлений.

Недостаточная разработанность понятий, отсутствие ясного понимания и четкой формулировки приводят к терминологическим разночтениям. Тем не менее, ясно, что детско-родительские отношения – один из видов человеческих отношений. Но эти отношения отличаются от всех других видов межличностных отношений и, в этом смысле, они достаточно специфичны. Е.О. Смирнова, раскрывая специфику детско-родительских отношений, считает, что, во-первых, они характеризуются сильной эмоциональной значимостью как для ребенка, так и для родителя. Во-вторых, имеет место амбивалентность в отношениях родителя и ребенка. Эта двойственность выражается, например, в том, с одной стороны, родитель должен позаботиться о ребенке, а с другой – научить его заботиться о себе самому [3].

На двойственность в детско-родительских отношениях указывает в своей эпигенетической концепции и Э. Эриксон, называя ее «двойственной интенцией», которая совмещает в себе чувственную заботу о нуждах ребенка с чувством полного личного доверия к нему, и лишь сам ребенок устанавливает необходимый баланс между требованиями родителей и своей инициативой. А.С. Спиваковская пишет о внутренней конфликтности детско-родительских

отношений: взрослеющий ребенок стремится к отделению от родителей, которые всячески пытаются его удержать возле себя, при этом желая его развития и взросления. И наконец, существенная особенность детско-родительских отношений заключается в постоянном их изменении с возрастом ребенка и неизбежном отделении ребенка от родителей [12].

Одна из интереснейших теорий принадлежит Д. Боулби – теория привязанности. Основное положение теории привязанности состоит в том, что для нормального социального и эмоционального развития ребенку необходимо установить взаимоотношения хотя бы с одним человеком, который бы о нём заботился. В рамках этой теории детское поведение, связанное с привязанностью, главным образом, представляет собой поиск близости с объектом привязанности в стрессовых ситуациях. Дети привязываются к тем взрослым, которые чувствительны и отзывчивы при социальном взаимодействии с ними, и которые устойчиво выполняют роль воспитателя на протяжении нескольких месяцев в период от 6 месяцев до 2 лет возраста ребёнка. Во второй половине этого периода дети начинают использовать объекты привязанности (знакомых людей) как надёжную базу, от которой начинается изучение мира и к которой они периодически возвращаются.

Также многочисленные исследования принадлежали А. Адлеру, который изучал психологические проблемы взрослых людей через призму их воспитания в детстве. Основные направления исследования Адлера касались сотрудничества, равенства в детско-родительских отношениях. С данными понятиями связаны два центральных принципа воспитания: отказ от борьбы за власть и учет потребностей ребенка. А. Адлер подчеркивает равенство между родителями и детьми, как в области прав, так и в области ответственности. Основным принципом семейного воспитания, по А. Адлеру, является взаимоуважение членов семьи. Самосознание ребенка он ставит в прямую зависимость от того, насколько его любят и уважают в семье. Таким образом, А. Адлер подчеркивает необходимость научить родителей уважать уникальность, индивидуальность и неприкосновенность детей с самого раннего

возраста.

В соответствии с подходом Э. Фромма детско-родительские отношения являются фундаментальным условием для полноценного развития ребенка в обществе. Фромм, занимаясь изучением данной проблемы, провел качественное различие между особенностями отцовского и материнского отношения к ребенку. Например, он выяснил, что материнская любовь к ребенку является безусловной, а отцовская любовь обусловлена некоторыми факторами и управляема, а материнская любовь не требует того, чтобы ее заслужили [44].

Интересную теорию предложила Ю.Б. Гиппенрейтер. Она рассматривает детско-родительские отношения с точки зрения специфики общения. Автор отмечает также чрезвычайную значимость стиля общения с ребенком для развития его личности, удовлетворение насущных жизненных потребностей ребенка сильно зависит от стиля родительского общения, которое может быть как здоровым, так вредоносным.

В отечественной психологии проблема детско-родительских отношений также занимает большую нишу исследований. Например, Е.О. Смирнова, раскрывая специфику детско-родительских отношений, считает, что, во-первых, они характеризуются сильной эмоциональной значимостью как для ребенка, так для родителя. Во-вторых, имеет место амбивалентность в отношениях родителя и ребенка. Эта амбивалентность выражается, например, в том, что родитель должен, с одной стороны, уберечь ребенка от опасности, а с другой стороны, дать ребенку опыт самостоятельности во взаимодействиях с внешним миром. В-третьих, особенность родительского отношения к ребенку заключается в том, что оно меняется в зависимости от возраста ребенка, то есть отношение к дошкольнику очень отличается от отношения, например, к подростку.

С точки зрения И.В. Дубровиной, занимающейся исследованиями в области практической психологии, рассматривает детско-родительские отношения как основной источник социализации. А основным механизмом



социализации является воспитание. Л.С. Выготский, определяя проблему детско-родительских отношений, показал, что изменение отношения родителей к ребенку происходит в связи с тем, что происходят изменения в самом ребенке – смена ведущего вида деятельности, смена взаимоотношений с окружающими, смена психического развития и другие факторы.

Стиль воспитания так же непосредственным образом связан с отношением к ребенку в семье. Под стилем воспитания в семье следует понимать особенности характера отношения и способы отношения родителей к ребенку. Здесь рассматриваются в основном отечественные теории. Как всем известно, существует самая общая классификация стилей воспитания ребенка – демократический стиль, попустительский, авторитарный. Каждый из представленных стилей преследует собственные цели, начиная от стремления предоставить ребенку как можно больше свободы, и заканчивая полным над ним покровительством, однако в данной работе нам бы хотелось рассмотреть более подробные классификации стилей воспитания ребенка.

К примеру, с точки зрения Н.И. Дереклеевой существуют следующие стили воспитания в семье:

1) гармоничный стиль – наиболее благоприятный и эффективный стиль воспитания ребенка в семье. Ребенок в семье считается желанным, воспитывается в дружественной и теплой атмосфере. В дальнейшем ребенок, воспитывающийся по гармоничному стилю – полноценное развитие всех сторон личности ребенка;

2) сочувствующий стиль – в условиях низкого дохода семьи развивается сочувствующий стиль воспитания. Он основан на том, что ребенок с самого раннего возраста предоставлен сам себе, становясь взрослым, будучи еще очень маленьким;

3) предупредительный стиль – родители, следующие данному стилю воспитания, постоянно пытаются предупредить какие-то события в жизни ребенка – попусту беспокоятся о его здоровье, боятся, что он что-нибудь себе повредит;

4) рассудительный стиль – родители предоставляют ребенку полную свободу действий, исключив в процессе воспитания нравоучения и упреки;

5) состязательный стиль – родителями постоянно поощряется активность и целеустремленность ребенка в любых начинаниях. Очень часто родители, не видя активности ребенка, начинают навязывать ему какой-нибудь вид деятельности, занятия, вид спорта и прочее.

6) попустительский стиль – один из наиболее неблагоприятных стилей воспитания ребенка в семье. Свобода действий ребенка, сопровождающаяся полным отсутствием контроля со стороны родителей, что в последствии приводит к плачевным последствиям.

Например, Б.Н. Алмазов выделяет следующие типы и стили семейного воспитания:

- 1) некомпетентные в педагогическом плане семьи;
- 2) конфликтные семьи;
- 3) недостаток воспитания в семье;
- 4) неблагополучные семьи в нравственном плане.

Известная классификация семейного воспитания принадлежит А.Е. Личко, который предложил также схему анализа семьи. Автор выделяет четыре типа семей:

- 1) отсутствие в семье партнерства;
- 2) отсутствие взаимопонимания в семье;
- 3) конфликтная семья;
- 4) ригидная семья [27].

Каждая из представленных типов семей неблагоприятно влияет на рост и развитие ребенка.

Э.Г. Эйдемиллер опираясь на исследования Е.А. Личко, разработал следующую классификацию стилей воспитания ребенка в семье:

- 1) Гипопротекция. Характеризуется недостатком опеки и контроля.
- 2) Доминирующая гиперпротекция. Проявляется в повышенном, обостренном внимании и заботе к ребенку, чрезмерной опеке и мелочном

контроле поведения, слежке, запретах и ограничениях.

3) Потворствующая гиперпротекция. Так называют воспитание «кумира семьи».

4) Эмоциональное отвержение. Ребенком тяготятся. Его потребности игнорируются.

5) Жестокие взаимоотношения. Могут проявляться открыто, когда на ребенке срывают зло, применяя насилие или быть скрытыми, когда между родителями и ребенком стоит «стена» эмоциональной холодности и враждебности.

6) Повышенная моральная ответственность. От ребенка требуют честности, порядочности, чувства долга, не соответствуя его возрасту.

В зависимости от стиля воспитания в семье происходит своеобразное формирование новых отношений между детьми и родителями. При всей неприступности ребенка в подростковом возрасте, важнейшим внутренним мотивом и желанием ребенка является потребность быть нужным своим родителям, быть принятым и понятым [50].

Семья для взрослых и детей представляет совершенно разные реальности. Для ребенка семья, в которой он растёт, является данностью, которую он не выбирает, но которая определяет и закладывает базовые основы отношений между людьми. Взрослый же человек обычно самостоятельно создаёт свою семью, имея возможность принимать сознательное решение о том, с какими людьми ему жить и в каких отношениях.

Отечественные психологи выделяют наиболее существенные характеристики гармоничных детско-родительских отношений:

Во-первых, это удовлетворение базовых потребностей ребёнка в системе детско-родительских отношений: потребность в безопасности и эмоциональной близости с другими людьми; удовлетворение потребностей, возникающих в процессе детско-родительского взаимодействия: принятие и признание индивидуальности ребёнка, сохранение ребёнком своего «Я» как автономной реальности.

Во-вторых, важен достаточный уровень осознания родителями индивидуальных особенностей ребёнка, понимание их психофизиологической, психологической и социально-психологической природы. И в-третьих, сознательная и ответственная организация родителями конструктивного стиля взаимодействия адекватного индивидуальным особенностям развития ребёнка.

Все эти качественные характеристики и условия детско-родительских отношений определяют содержание взаимодействия родителя и ребёнка. Базовой характеристикой эффективных отношений выступает эмоциональная поддержка.

Детско-родительские отношения – это двусторонний процесс взаимоотношений, в котором принимают участие два субъекта – родитель и ребенок. Это отношение формирует образы друг друга: как у родителя – образ его ребенка, так и у ребенка – образ его родителя. Система детско-родительских отношений имеет особое значение для развития любого человека и решения жизненно важных задач, а также для совладания с трудными жизненными ситуациями.

В период своего взросления ребенок переживает ряд возрастных кризисов и каждый родитель должен знать и учитывать эти особенности, иначе сложно будет понять, что происходит с ребенком, почему именно так, а не иначе ведет он себя в том или ином периоде. Опыт, обретаемый нашими детьми в семейных отношениях, имеет тенденцию многократно отражаться и повторяться в дальнейшей жизни, уже в других отношениях, других обстоятельствах и с другими людьми. Бывает, что межличностные отношения не приносят удовлетворения, и о причинах этого мы смутно догадываемся, вспоминая своё собственное детство. Детство наших детей – это пространство нашей ответственности и творчества, плюс к этому источник радости и благодарности [17].

Отношение к болезни, как и всякое другое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным стать таковым), то есть отражает личностный уровень. Отношение к болезни, обладая

характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты:

1) Когнитивный компонент включает знания о болезни, её осознание, понимание роли болезни и её влияние на жизненное функционирование больного, а также предполагаемый прогноз.

2) Эмоциональный – ощущение и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней.

3) Поведенческий – это связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, а также выработку определённой стратегии поведения в жизненной ситуации, связанной с болезнью.

Возможны следующие виды реакций: принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и прочие. Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) на основе оценки влияния трёх факторов:

1) природы заболевания;

2) типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера;

3) отношения к данному заболеванию.

Эти типы объединены по блокам:

1) Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается – гармоничный, эргопатический и анозогностический типы.

2) Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетённом состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

3) Третий блок – типы реагирования с интерпсихической направленностью. Включает типы с сенсibilизированным отношением к болезни, которое в большей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных – это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются и дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования [39].

Типы психологического реагирования на заболевания по А.Е. Личко (1985):

1. Гармонический. Пациент трезво оценивает свое состояние без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремится во всём содействовать успеху лечения, не желая обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот и интересов на судьбе близких, своего дела. При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов. Активности человека при дисгармоничных типах психического реагирования противостоит пассивность, при которой пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Значимым является и нежелание заболевшего обременять тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. И как гармоничный человек, он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать её и принимать в том объёме, который они готовы ему предоставить.

2. Эргопатический. «Уход в работу». Даже при тяжёлой болезни и страданиях характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, в ряде случаев – выражено ещё в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к лечению и обследованию, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности. Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я». Стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.

3. Анозогностический. Пациент активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях, отрицает очевидное. Приписывает проявления болезни случайным обстоятельствам или другим несерьёзным заболеваниям. Отказывается от обследования и лечения, желая обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте – необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само всё обойдётся». Желание продолжать получать от жизни всё, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, пагубно сказывающихся на течение болезни. Анозогнозия встречается достаточно часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни.

4. Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрического типа, в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалиста), чем фиксация на субъективных ощущениях. Поэтому

предпочитает слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетённость – следствие этой тревоги. Тревожный тип психического реагирования на заболевания базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревоге. Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных – осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни. «Защитой» от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический. Пациент сосредоточен на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремится постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе возникает преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличивает побочное действие лекарств. Желания лечиться сочетается с неверием в успех, требованиями тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Склонен к эгоцентризму. В беседе с любым человеком обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник относится участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при его описании. Мотивом изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания врачом его состояния и правильной диагностики.

6. Неврастенический. Характерно поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неблагоприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого



попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность. Неврастенический – астенический тип реагирования является наиболее распространённым и неспецифическим ответом организма и личности на различные заболевания. Его основой является раздражительность, которая охватывает – яркий свет, громкие звуки, резкие запахи. Пациент становится капризным, требовательным. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.

7. Меланхолический. Удручённость болезнью, неверие в выздоровление, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на всё вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики.

8. Апатичный. Пациент испытывает полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивно подчиняется процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрачивает интерес к жизни, ко всему, что ранее волновало. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья. Собственно апатический – с утратой интереса ко всему – встречается крайне редко.

9. Сенситивный. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за

болезни и нежелательного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о его болезни со стороны, так называемой, референтной группы. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу, даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

10. Эгоцентричный. «Уход в болезнь». Выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим своё особое положение, свою исключительность в отношении болезни. Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» или «уход в болезнь» используется для упрёков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой.

11. Паранойяльный. При таком отношении пациент уверен, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайне подозрительно относится к лекарствам и процедурам, стремится приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает тайный смысл болезни и причин её возникновения. Этот тип возникает на базе личностных особенностей.

12. Дисфорический. Доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянно угрюмый вид. Испытывает зависть и ненависть к здоровым. Вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотичное отношение к близким – требование во всём угождать [32].

Деятельность министерства внутренних дел России всегда находилась под пристальным вниманием общества, поскольку она в той или иной мере затрагивает интересы всех его членов. Ее результаты самым непосредственным образом сказываются на обеспечении безопасности личности, общества и государства, реализации их законных интересов. Работа в МВД сопряжена со множеством нравственных проблем, порожденных спецификой целей, содержания, форм, методов и средств их деятельности. Уже одно то, что обеспечивать правопорядок, спокойную жизнь граждан приходится с использованием мер принуждения и ограничения прав личности, вызывает целый комплекс противоречий как в общественном, так и в индивидуальном сознании [20].

Профессиональная деятельность сотрудников МВД принадлежит к разряду сложных, предъявляющих очень высокие требования к работникам правоохранительных органов, так как от принятых ими решений зависят судьбы многих людей. Сотрудники МВД представляют государственные органы, стоящие на страже личных и государственных интересов. Основными особенностями профессиональной деятельности сотрудников МВД являются:

- правовая регламентация (нормативность) профессионального поведения, принимаемых решений работников МВД, профессионально участвующих в правоприменительной деятельности;
- властный, обязательный характер профессиональных полномочий должностных лиц МВД;
- экстремальный характер правоохранительной деятельности;
- нестандартный, творческий характер труда;

– процессуальная самостоятельность и персональная ответственность.

Но уже сейчас можно выделить, по крайней мере, два больших блока или вида этих особенностей. В первую группу можно включить те характеристики данной профессии, которые определяют специфику общения сотрудников, коммуникативный аспект их деятельности. Во вторую группу можно отнести те особенности, которые связаны с действием фактора опасности, с виктимологическими аспектами службы [11].

Существенной особенностью деятельности сотрудника МВД является конфликтный характер тех ситуаций, на фоне которых разворачивается и протекает служба. Конфликтность деятельности проявляется в самых разных формах. Вступая во взаимодействие с преступным элементом, сотрудник испытывает активное сопротивление с его стороны, он должен преодолевать попытки нарушителя замаскировать свои действия, ввести в заблуждение и даже спровоцировать сотрудника на неправильные, противоправные действия. Все это предъявляет очень высокие требования к личности сотрудника, его педагогическому такту и психологической культуре.

Можно отметить еще одну особенность служебной деятельности сотрудника МВД вся служба многих сотрудников полиции проходит на глазах у населения, в общественных местах. В их деятельности очень большой вес имеет публичность исполнения профессиональных действий. Любой проступок работника полиции, его слова, тон, манеры, внешний вид – все обращает на себя внимание окружающих и нередко потом обсуждается. Деятельность сотрудников МВД разворачивается под жестким и постоянным социальным контролем, на глазах у многих (не всегда компетентных) судей и оценщиков. Сложность «артистического» выполнения задач в присутствии публики подчеркивается и тем фактором, что сотрудник обязан соблюдать не только общественный этикет, нормы морали, но и определенные уставные требования, которые иногда непонятны окружающим, связаны с некоторыми тонкостями. Умение сотрудников работать в присутствии публики существенно повышает эффективность воспитательных мероприятий и социальный престиж службы.

Ко второй группе особенностей деятельности сотрудников МВД можно отнести всю ту специфику, которая связана с фактором опасности и риска. В противоположность представителям других профессий, работник полиции на протяжении едва ли не всего времени, а не только чисто служебного, находится в состоянии стресса. Он считается с вполне реальной возможностью получить травму после окончания служебного времени, даже придя домой, сняв форменную одежду, он в любой момент может ожидать экстренного вызова и подсознательно находится в постоянном напряжении [11].

Необходимо подчеркнуть такую существенную особенность деятельности, как виктимную предрасположенность большинства полицейских профессий, то есть повышенную вероятность агрессивного нападения нарушителей общественного порядка на работника полиции. Вероятность агрессивного нападения на сотрудников МВД обратно пропорциональна уровню их профессиональной подготовленности и во многом зависит от правильной организации службы, учета индивидуальных психологических особенностей работников при подборе личного состава на должности и посты, повышено уязвимые в виктимном отношении. Осознание сотрудником повышенной виктимности своего труда также может играть роль психотравмирующего фактора, приводящего к чрезвычайной эмоциональной напряженности службы.

Вся профессиональная деятельность сотрудников МВД довольно жестко регламентирована существующим законодательством и приказами МВД РФ. Данное обстоятельство формирует стремление строго придерживаться правовых норм, воздействующих на поведение, направленность личности. Потребность соблюдать нравственные, правовые нормы является одной из ведущих, доминирующих среди прочих, социально значимых потребностей, влияющих на правосознание. Все это определяет высокий уровень социализации личности, особенно сотрудников ОВД, их ответственности перед обществом, нормативности (конвенциональности) поведения. Данное интегративное свойство рассматривается в качестве одного из главных

факторов их профессиональной пригодности. Особенно велика роль правосознания, установочного отношения к соблюдению нравственных, правовых норм поведения в неожиданно складывающихся ситуациях, которые можно назвать ситуациями профессионального риска, например, в ситуации, провоцирующей взятку, в ситуации допроса свидетеля и других [20].

Для большинства юридических профессий характерна высокая эмоциональная напряженность труда. Причем чаще это связано с эмоциями отрицательными, необходимостью их подавлять, а эмоциональную разрядку откладывать на сравнительно большой период времени. Нередко нервно-психические перегрузки усугубляются нерегулярностью, сменой условий труда, нарушениями привычного режима суточной жизнедеятельности, вынужденным отказом от обычного для многих людей отдыха, что иногда приводит к развитию стойких состояний психической напряженности, эмоциональной неустойчивости, избыточной фрустрированности, появлению невротических реакций, психосоматических функциональных расстройств и различных заболеваний на этой почве. Понятно, что приведенные выше особенности профессиональной деятельности являются наиболее общими, базовыми и в какой-то степени, возможно, в деталях не отражают некоторой специфики различных видов деятельности в системе МВД.

Итак, деятельность сотрудников МВД представляет собой требующий большого напряжения, терпения, добросовестности, знаний и высокой ответственности труд, основанный на строжайшем соблюдении норм закона. Важнейшая сторона профессиональной деятельности сотрудников МВД – это работа с людьми, эффективное, психологически компетентное общение, межличностное взаимодействие. Таким образом, можно сделать вывод о том, что профессиональная деятельность сотрудников управления внутренних дел имеет ряд особенностей (соблюдение норм, порядка, четкость выполнения действий, постоянный контроль и самоконтроль и так далее), которые могут влиять на отношение к болезни ребенка и в целом на детско-родительские отношения.

## 2 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА В СЕМЬЯХ СОТРУДНИКОВ УПРАВЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

### 2.1 Организация и методы исследования

Исследование проводилось с целью выявить характер взаимосвязи между детско-родительскими отношениями и типом отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

Данное исследование проходило на базе Управления министерства внутренних дел России по Амурской области, г. Благовещенск. Участие в исследовании приняли 40 сотрудников. Возраст испытуемых от 24 до 42 лет. Все испытуемые имеют юридическое образование.

Для достижения поставленной цели в исследовании необходимо было решить следующие задачи:

- 1) выявить тип и особенности детско-родительских отношений в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел;
- 2) определить тип отношения к болезни ребенка у сотрудников управления министерства внутренних дел;
- 3) провести статистическую обработку данных исследования с целью установить характер связи между исследуемыми характеристиками.

Гипотезой исследования было предположение о том, что существует взаимосвязь между детско-родительскими отношениями и типом отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников министерства управления внутренних дел.

Исследование было организовано в несколько этапов:

На первом этапе в соответствии с поставленной целью и задачами были отобраны методики, которые отвечают ряду требований.

Используемые методики должны обладать высокой надёжностью и валидностью, подтверждённой, в том числе, частотой её применения на практике.

Используемые методики должны давать возможность получения широкого диапазона личностных характеристик, что позволяет сократить количество самих применяемых методик, а также получить латентные (скрытые) факторы более высокого уровня, которые будут в свою очередь устойчивее факторов их формирующих. Кроме того, использованные методики должны давать возможность проведения группового обследования.

Соблюдение этих требований позволит провести исследование в более сжатые сроки, получив при этом большое количество информации. После рассмотрения целого ряда методик, для исследования были отобраны:

1) Опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.) (приложение А);

2) методика «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В) (приложение Б);

3) методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) (Каган В.Е., Журавлева И.П.) (приложение В).

Второй этап исследования состоял в сборе диагностической информации. Исследование проводилось в индивидуальном порядке. Испытуемые затрачивали на заполнение бланков опросников от 30 до 40 минут. Им предлагались тексты опросников, бланки для заполнения. Каждому испытуемому давалась подробная инструкция по заполнению бланков ответов по каждому опроснику.

На третьем этапе исследования проводилась обработка собранной информации. Проводился подсчет баллов по каждому опроснику, составлены таблицы данных по группе испытуемых в целом. Затем проводился корреляционный анализ данных.

Для статистической обработки данных исследования использовался коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена. Данный коэффициент является наиболее простым для расчетов и достаточно мощным для данного объема выборки.

Назначение рангового коэффициента корреляции заключается в том, что



он позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков. Универсальность коэффициента ранговой корреляции проявляется в том, что он применим к любым количественно измеренным или ранжированным данным.

Расчет коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена проводится по следующему алгоритму:

1) сопоставить каждому из признаков их порядковый номер (ранг) по возрастанию (или убыванию).

2) определить разности рангов каждой пары сопоставляемых значений.

3) возвести в квадрат каждую разность и суммировать полученные результаты.

4) вычислить коэффициент корреляции рангов по формуле:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)} \quad (1)$$

где  $\sum d^2$  – сумма квадратов разностей рангов,

$n$  – число парных наблюдений.

В работе расчет коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена проводился с использованием программы Статистика 6.0.

Опишем использованные в работе методики:

### **Опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.).**

Тест-опросник родительского отношения (ОРО) представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Опросник состоит из 5 шкал:

1) «Принятие – отвержение»;

- 2) «Кооперация»;
- 3) «Симбиоз»;
- 4) «Авторитарная гиперсоциализация»;
- 5) «Маленький неудачник».

Рассмотрим данные шкалы подробно:

1. «Принятие – отвержение». Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени вместе с ребенком, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы; родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных склонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его.

2. «Кооперация» – социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения и спорных вопросах.

3. «Симбиоз» – шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком. Содержательно эта тенденция описывается так – родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и беззащитным. Тревога родителя

повышается, когда ребенок начинает автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.

4. «Авторитарная гиперсоциализация» – отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале и родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. «Маленький неудачник» – отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Обработка результатов тестирования проводится при помощи ключа и таблиц перевода сырых баллов в стандартные единицы.

**Методика «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В).**

Методика позволяет определить, каким образом родители воспитывают ребенка в семье. Для этого измеряется 11 шкал, относящихся к нарушениям процесса воспитания: гиперпротекция, гипопротекция, потворствование,

игнорирование потребностей ребенка, чрезмерность требований – обязанностей ребенка, недостаточность требований – обязанностей ребенка, чрезмерность требований – запретов, недостаточность требований – запретов к ребенку, строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком, минимальность санкций, неустойчивость стиля воспитания.

Также можно получить ответ на вопрос: почему они воспитывают его так, измерив следующие 9 шкал, относящихся к личностным проблемам родителей, которые они решают за счет ребенка. Расширение сферы родительских чувств, предпочтение в подростке детских качеств, воспитательная неуверенность родителя, фобия утраты ребенка, неразвитость родительских чувств, проекция на ребенка (подростка) собственных нежелательных качеств, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, предпочтение мужских качеств, предпочтение женских качеств.

Тест предназначен для родителей. Существует 2 варианта теста в зависимости от возраста детей этих родителей:

- 1) Опросник для родителей детей в возрасте 3 – 10 лет;
- 2) Опросник для родителей подростков в возрасте от 11 лет до 21 года.

Таким образом, целью изучения семьи для авторов методики являлось установление семейного диагноза (выявление в жизнедеятельности определенной семьи тех нарушений, которые участвуют в возникновении и хронификации нервно-психического расстройства у одного или нескольких его членов), а также выявление психологических особенностей семьи и её членов.

Заполнение опросника предполагает создание доверительной атмосферы между психологом и родителем (родителями). Опрос может проходить в присутствии психолога или же опросники могут быть даны для заполнения дома. Каждый опрашиваемый (если их двое – мать и отец) получает свой текст опросника и бланк регистрации ответов. Психолог, проводящий исследование, зачитывает инструкцию, убеждается, что опрашиваемые ее правильно поняли. Он просит родителей заполнять опросник независимо друг от друга. После того как родители приступили к заполнению анкеты, повторное

инструктирование или пояснения не желательны.

Бланк регистрации ответов составлен так, что номера ответов, относящиеся к одной шкале, расположены в одной строке (правда, для некоторых шкал таких строк две – вверху и внизу). В крайнем правом столбце указаны сокращенные названия шкал. Справа от сокращенного названия шкал указано диагностическое значение для каждой шкалы.

**Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) (Каган В.Е., Журавлева И.П.).**

Опросник может использоваться в индивидуальной и семейной диагностике **отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка**, оценки эффективности семейной психотерапии, в консультативной работе, а также в научно-практической работе для изучения отношения к болезни ребенка в зависимости от заболевания, типа лечения (амбулаторное, стационарное, полустационарное, санаторное), культурного уровня семьи, качества семейных отношений, мало- и многодетности семьи и т.д. Может быть полезен при изучении формирования здорового образа жизни, формирования и особенностей психосоматических отношений.

Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) состоит из 40 пунктов – утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 6-балльной шкале.

С целью балансировки опросника, повышающей достоверность результатов:

- утверждения даны в виде эмоционально-позитивных и эмоционально-негативных суждений;
- формулируются в 1 и 3 лице;
- выражают одно и то же качество через отрицательные и через утвердительные ответы.

Шкалы методики:

**1. Шкала интернальности (И).** *Высокие показатели* по ней описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка – причины болезни

воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять.

*Низкие показатели* описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

**2. Шкала тревоги (Т)** описывает тревожные реакции на болезнь ребенка. *Чем больше показатель*, тем более выражена тревога. Умеренное отрицание тревоги характеризует относительно нейтральное отношение к болезни ребенка.

**3. Шкала нозогнозии (Н).** *Высокие показатели* описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия). Низкие показатели – описывают преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка (гипонозогнозия и анозогнозия).

**4. Шкала контроля активности (А).** *Высокие показатели* описывают тенденцию родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка («покой лечит»). *Низкие показатели* – тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности.

**5. Шкала общей напряженности (О).** Это суммарный результат по всему опроснику в целом. *Высокие показатели* характеризуют напряженное отношение к заболеванию ребенка.

## **2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования**

Детско-родительские отношения изучались с помощью методики Опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.) и методики «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В).

Результаты исследования по методике «Опросник родительского отношения» (Варга А.Я., Столин В.В.) представлены на рисунке 1. Опросник позволил определить тип родительского отношения испытуемых к своим детям. Эти типы отражают те воспитательные воздействия, которые являются характерными для испытуемых. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и

понимания характера личности ребенка, его поступков.

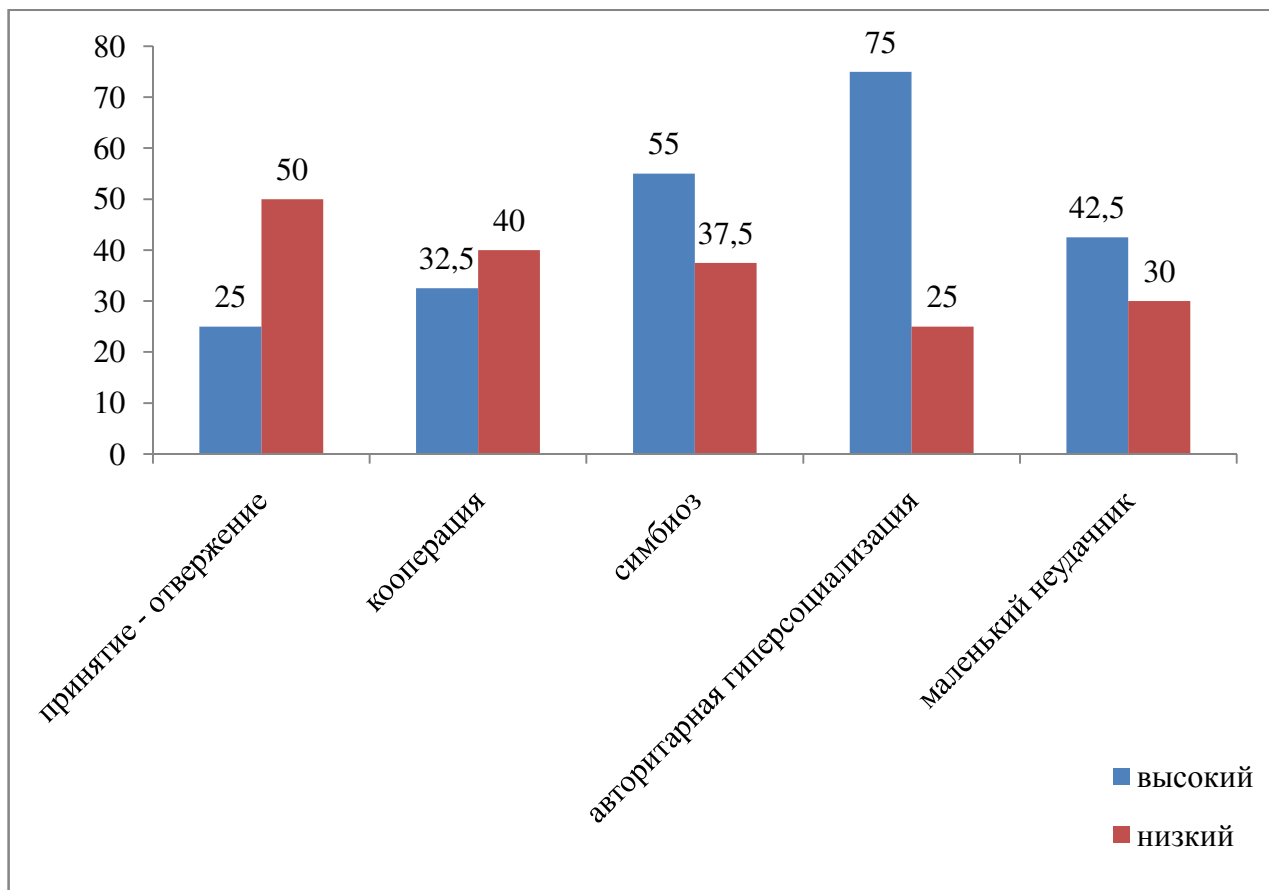


Рисунок 1 – Типы родительского отношения испытуемых

Из рисунка 1 видно, что наибольшее количество испытуемых (75 %) имеют высокие баллы по шкале «авторитарная гиперсоциализация». Эта шкала отражает форму и направление контроля за поведением ребенка.

Большинство испытуемых (75 %) отчетливо проявляют черты авторитаризма. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка могут наказывать. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами. Эта забота часто исходит не из интересов ребенка, а из стремления родителя выглядеть хорошо, достойно в глазах окружающих.

У 25 % испытуемых по данной шкале выявлены низкие баллы. Это свидетельствует о том, что контроль за действиями ребенка со стороны взрослого человека практически отсутствует. Это может быть не очень хорошо

для обучения и воспитания детей. Однако в сочетании с искренним интересом к ребенку низкая степень контроля может быть более благоприятным вариантом родительского отношения.

Особенности восприятия и понимания ребенка родителем диагностировались при помощи шкалы «маленький неудачник». Высокие значения по этой шкале наблюдаются у 42,5 % испытуемых. В родительском отношении данных родителей имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Именно поэтому и возникает у такого родителя стремление к тотальному контролю.

Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний.

Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Для 30 % испытуемых неудачи ребенка являются случайными. Он верит в своего ребенка. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Результаты по шкале «симбиоз» показывают, стремится ли взрослый к единению с ребенком или, напротив, старается сохранить между ребенком и собой психологическую дистанцию. Это – своеобразная контактность ребенка и взрослого человека.

Высокие баллы по этой шкале выявлены у 55 % испытуемых. Можно считать, что такой родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком. Содержательно эта тенденция описывается так – родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и беззащитным. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает



автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда. И это соотносится и с результатами по шкале «авторитарная гиперсоциализация».

Для 37,5 % испытуемых характерны низкие значения по шкале «симбиоз». Для такого взрослого характерно устанавливать значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком. Он мало заботится о ребенке. Не всегда способен уловить психологические потребности своего ребенка. Для такого родителя представляет сложность сохранение теплых эмоциональных отношений с ребенком. Они в большей степени сконцентрированы на поддержании режима и дисциплины в отношениях.

Следующая шкала «кооперация» выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах. Это характерно для 32,5 % испытуемых. Такие родители высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывают чувство гордости за него. Они поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, стараются быть с ним на равных. Такой родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения и спорных вопросах.

Низкий уровень интереса к собственным детям проявили 40 % испытуемых. Для них не характерно доверять ребенку, делегировать ему ответственность за свои поступки. Они не хвалят детей за достижения. Такой родитель, как правило, всегда бывает недоволен успехами ребенка и стремится их улучшить. Такое поведение родителя заставляет ребенка постоянно доказывать своим родителям собственную значимость.

Еще одна шкала методики «принятие – отвержение» отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Из рисунка 1 видно, что высокие баллы по данной шкале выявлены у 25 % испытуемых. У данной части испытуемых выражено «принятие» ребенка. Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с

ним достаточно немало времени и не жалеет об этом.

Для 50 % испытуемых характерным оказывается такая тенденция как «отвержение». Такой родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей.

По большей части родитель испытывает к ребенку досаду, иногда раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку.

Таким образом, в семьях сотрудников управления внутренних дел выявлен ряд особенностей родительского отношения. Ведущей тенденцией в данной группе испытуемых является высокий уровень авторитарной гиперсоциализации (авторитарного контроля). Для них также характерно приписывать своим детям личностную и социальную несостоятельность.

Большинство испытуемых стремятся выстраивать с ребенком симбиотические отношения, не позволяющие ему становиться самостоятельным. Отмечен низкий уровень доверия ребенку.

Далее особенности детско-родительских отношений исследовались с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В). Результаты исследования отражены на рисунках 2 – 4.

Если с помощью предыдущей методики определялось отношение родителей к ребенку, то с помощью данной методики выявляются конкретные стили воспитания, а также причины, приводящие к преимущественному использованию данных стилей.

На рисунке 2 представлены средние арифметические значения, полученные испытуемыми по разным стилям семейных взаимоотношений.

Кроме того на рисунке 2 представлена линия диагностических значений, с которой сравниваются значения по выборке.

Если значения, набранные испытуемыми, достигают или превосходят диагностические, то можно говорить о выраженности данных стилевых особенностей.

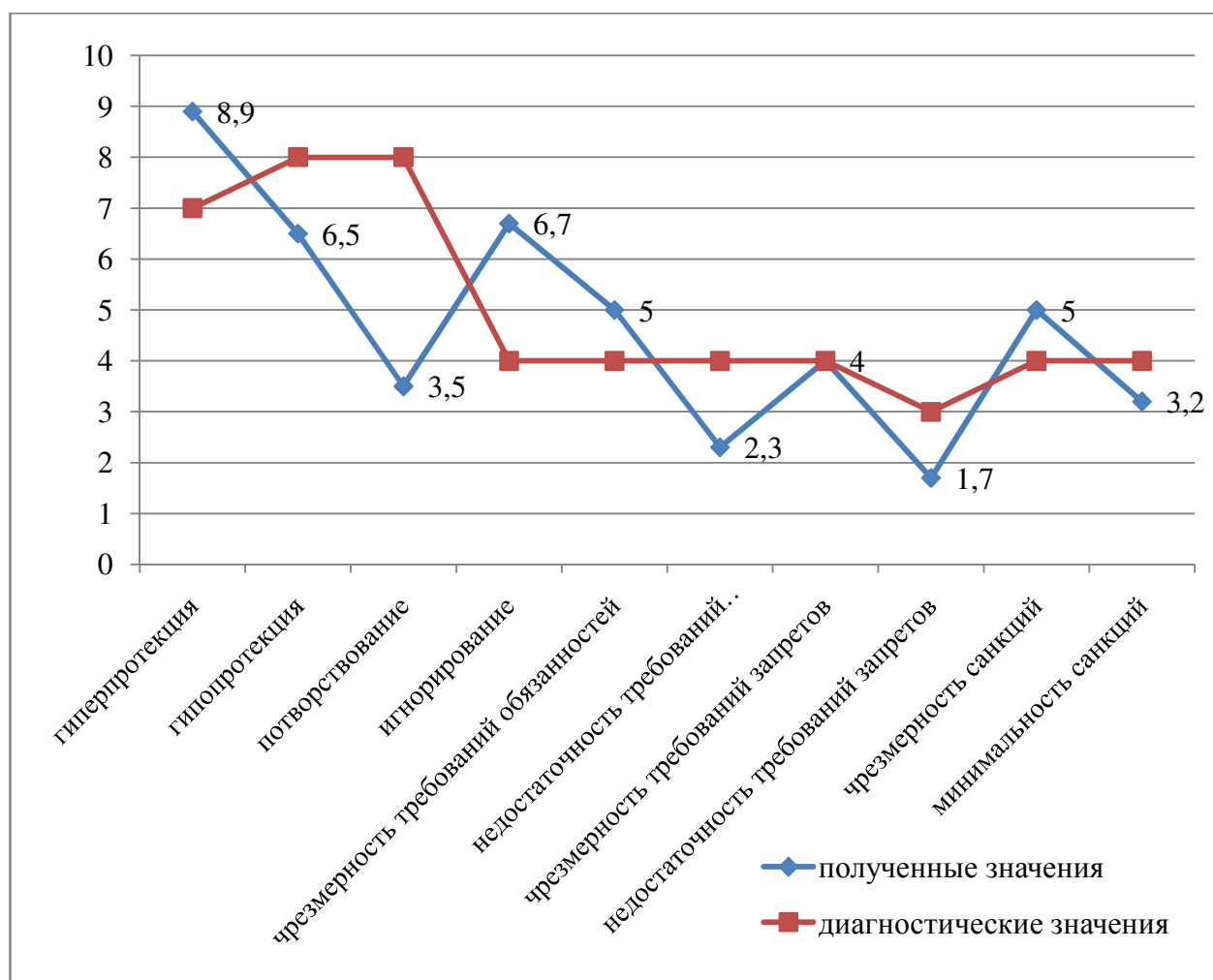


Рисунок 2 – Профиль стилевых особенностей семейных взаимоотношений испытуемых

Из рисунка 2 видно, что равными и превосходящими диагностические значения оказались баллы по таким шкалам как «гиперпротекция», «игнорирование», «чрезмерность требований – обязанностей», «чрезмерность требований запретов», «чрезмерность санкций».

Полученные результаты согласуются и с данными по предыдущей методике, где была выявлена тенденция осуществлять в отношении ребенка авторитарный контроль.

Наиболее выраженной стилевой особенностью воспитания в исследуемой группе оказалась «гиперпротекция» (8,9). Речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители при воспитании ребенка. При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание его стало центральным делом их жизни. Нужно

отметить, что такие родители даже проводя фактически немного времени с ребенком, «присутствуют» в его жизни все время, посредством телефонных звонков или других форм напоминания. В этой ситуации у ребенка складывается ощущение постоянного присутствия родителя в их жизни. Таким детям хочется побыть в одиночестве.

Следующим по степени выраженности является такая стилевая особенность как «игнорирование» (6,7). Речь идет о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка, как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения), так и духовных – прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании. Данная черта семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей.

Игнорирование потребностей ребенка как стиль воспитания характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителем. Родители слишком заняты соблюдением всех социальных нормативов, и они в большей мере заботятся о том, чтобы ребенок был одет, обут, посещал занятия, но при этом незначительное внимание уделяют эмоциональным потребностям детей.

Следующими по степени выраженности являются стилевые особенности, связанные с реализацией требований к ребенку. Так «чрезмерность требований – обязанностей» (5) лежит в основе типа негармоничного воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию его личности, но, напротив, представляют риск психотравматизации.

Степень самостоятельности ребенка, возможность самому выбирать способ поведения оценивается через количество тех требований – запретов,

которые предъявляют к нему родители. Еще одна выраженная стилевая особенность воспитания в исследуемой группе заключается в «чрезмерности требований запретов» (4). В этой ситуации ребенку «все нельзя». Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных детей и подростков такое воспитание форсирует реакции оппозиции и эмансипации, у менее стеничных предопределяет развитие черт сензитивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, к которым может привести хотя бы незначительное нарушение запретов; а также в стремлении подавить самостоятельность мысли ребенка.

В случае нарушения запретов или невыполнения обязанностей детьми родители склонны использовать «чрезмерные санкции» (4). Для родителей характерны приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной строгости.

Распределение испытуемых по степени устойчивости стиля воспитания отражено на рисунке 3.

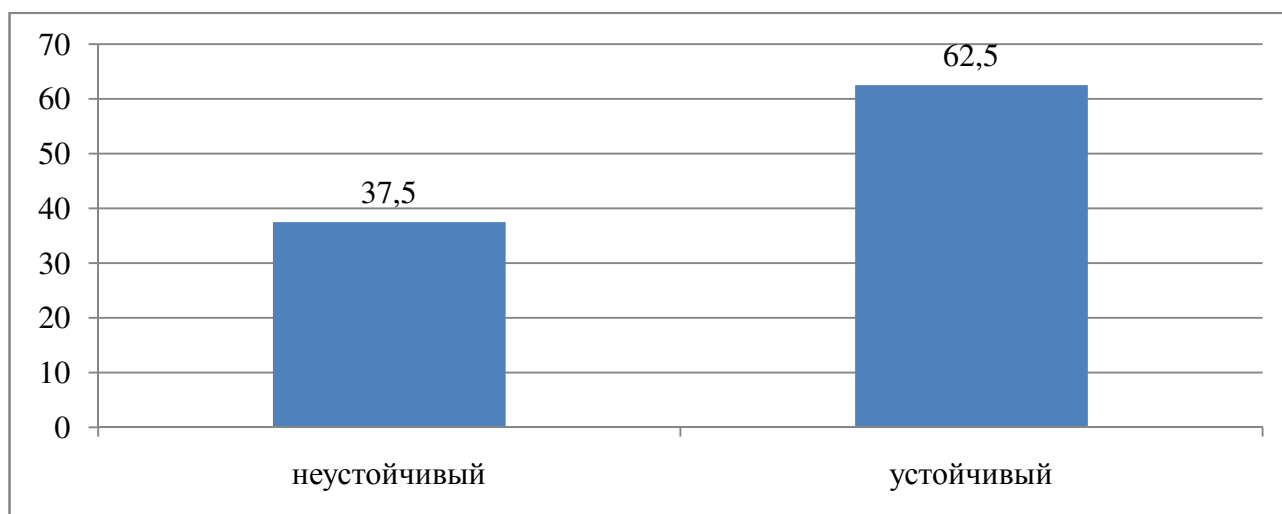


Рисунок 3 – Распределение испытуемых по степени устойчивости  
стиля воспитания

Оценивают свой стиль воспитания как неустойчивый 37,5 % испытуемых. Под таким воспитанием понимают резкую смену стиля приемов, представляющих собой переход от очень строгого к либеральному и затем, наоборот, переход от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями.

Неустойчивость стиля воспитания может содействовать формированию таких черт характера, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету, и является нередкой ситуацией в семьях детей и подростков с отклонениями характера. Родители, как правило, признают факт незначительных колебаний в воспитании ребенка, однако недооценивают размах и частоту этих колебаний.

Остальные 62,5 % испытуемых оценивают свой стиль воспитания как устойчивый, т.е. мало подверженный колебаниям. Это, как правило, связано с уверенностью в себе, с осознанием каких результатов они хотят добиться, и какими методами эти результаты будут достигаться.

С одной стороны, такая устойчивость со стороны родителей достаточно благоприятно сказывается на детях. Она позволяет ощущать им определенную стабильность, когда ребенок знает, чего ему ожидать от каждого из родителей.

С другой стороны, учитывая ведущие стилевые особенности воспитания в исследуемой группе, можно предположить, что эта устойчивость все же будет сказываться не всегда благоприятно, т.к. она связана с высоким уровнем требований как обязанностей, так и запретов и предполагает высокую степень контроля над ребенком. В этой ситуации неустойчивость стиля воспитания позволила в определенной степени компенсировать выявленные ведущие стилевые особенности.

Используемая методика позволяет определить не только ведущие стилевые особенности воспитания, но и личностные проблемы родителей, которые они решают за счет ребенка.

Данные об этом аспекте семейных взаимоотношений представлены на рисунке 4.

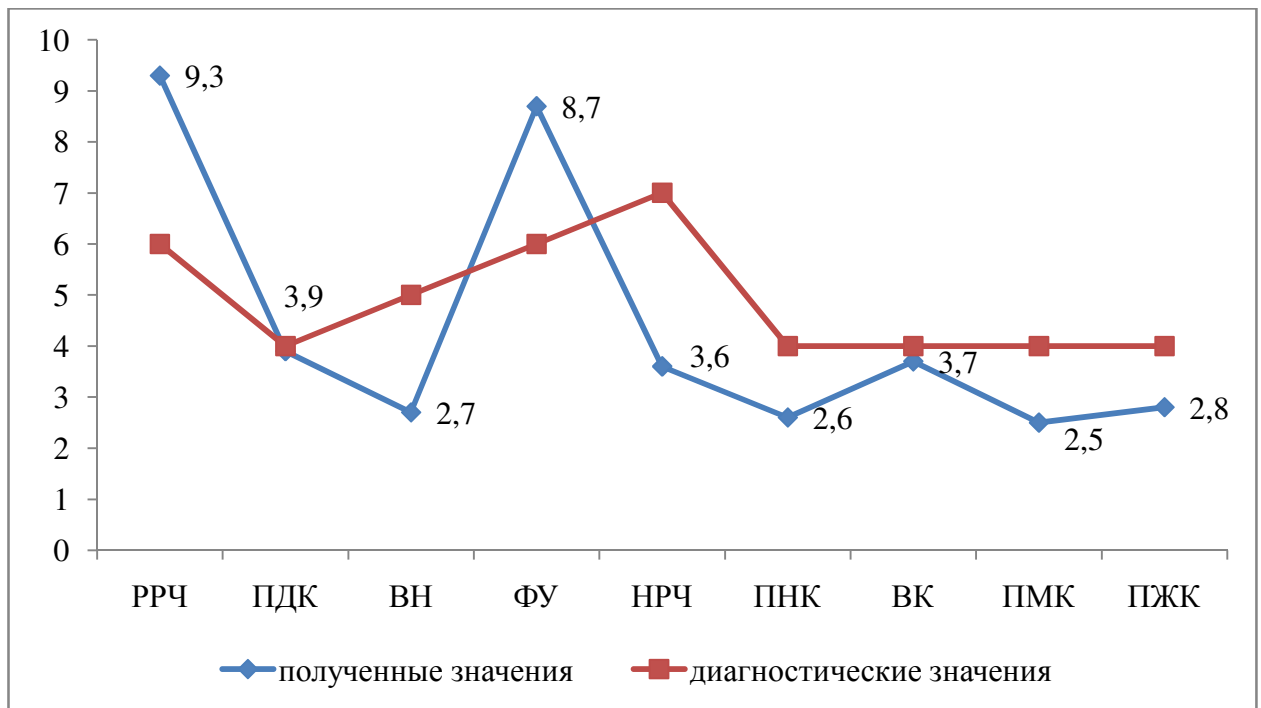


Рисунок 4 – Результаты диагностики личностных особенностей испытуемых, определяющих их стиль воспитания

На рисунке 4 представлены две профильные линии. Линия «диагностические значения» представляет собой ориентир. Если полученные по выборке средние значения достигают или превышают диагностические, то говорят о выраженности (сформированности данной особенности).

Из рисунка 4 видно, что значения только по двум шкалам достигают и превышают диагностические: «расширение родительских чувств» (9,3), «фобия утраты ребенка» (8,7). Отметим также, что значение по шкале «вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания» (3,7) приближается к диагностическому.

Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ) обуславливает возникновение такого нарушения воспитания как повышенная протекция. Данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными. Нередко при этом мать, реже – отец, сами того четко не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Родители хотят, чтобы он удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны

быть удовлетворены в психологических отношениях супругов, – потребность во взаимной исключительной привязанности. Появляется стремление отдать ребенку (подростку) – чаще противоположного пола – «все чувства, всю любовь». Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед самостоятельностью подростка. Появляется стремление удержать его с помощью доминирующей гиперпротекции.

Следующей по степени выраженности оказалась такая тенденция как «фобия утраты ребенка» (шкала ФУ). Родители испытывают повышенную неуверенность, боязнь ошибиться, имеют преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т.д. Источник таких переживаний родителей часто коренится в истории появления ребенка на свет – его долго ждали, обращения к врачам-гинекологам ничего не давали, родился хрупким и болезненным, с большим трудом удалось его выводить и т.д.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК). Конфликтность во взаимоотношениях между супругами – частое явление даже в относительно стабильных семьях. Нередко воспитание превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность наиболее открыто выразить недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребенка». При этом разница во мнениях родителей чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой же родитель склонен «жалеть» ребенка, идти у него на поводу.

Характерное проявление ВК – выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать ребенка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Шкала ВК отражает типичные высказывания «строгой» стороны. Это связано с тем, что именно «строгая» сторона, как правило, является инициатором обращения к врачу или медицинскому психологу.

Таким образом, ведущим стилем воспитания оказался стиль



«доминирующая гиперпротекция». Ребенок находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени. Однако в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обуславливают острые аффективные реакции экстрапунитивного типа. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном, астеническом типах акцентуации личности доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

Далее изучались особенности отношения родителей к болезни ребенка. Результат исследования представлен на рисунке 5.

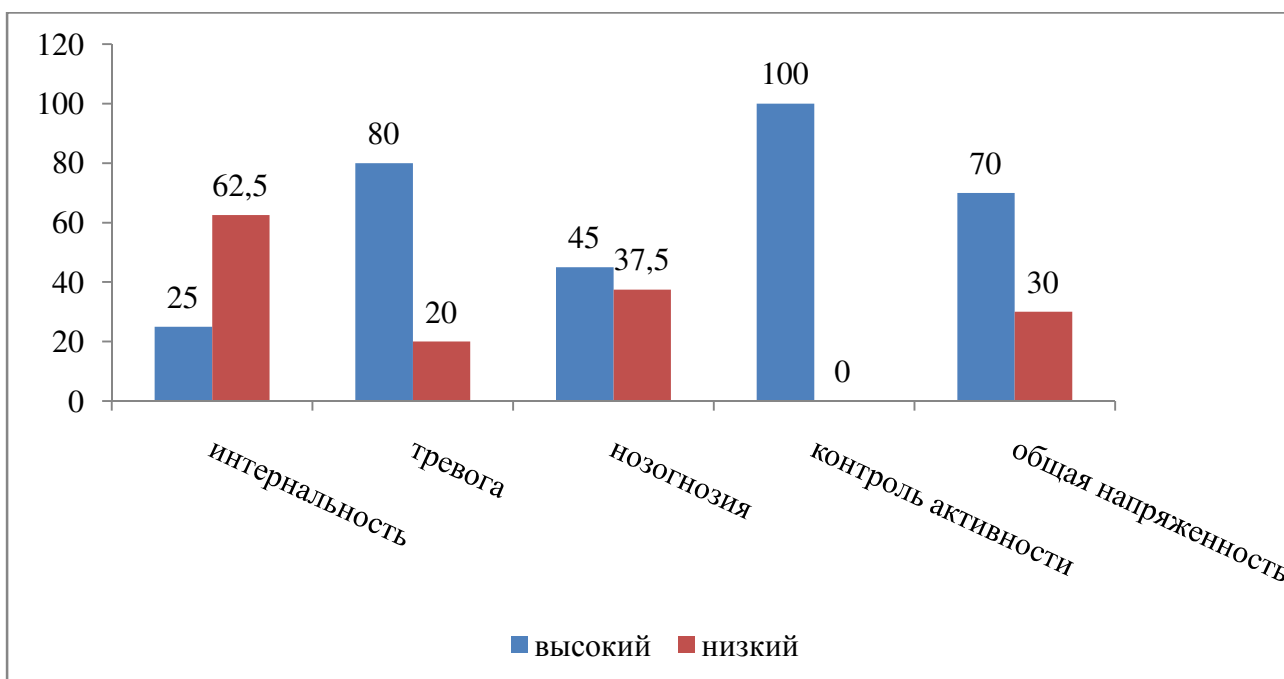


Рисунок 5 – Особенности отношения испытуемых к болезни ребенка

Из рисунка 5 видно, что только 25 % родителей имеют экстернальный родительский контроль болезни ребенка. Ими причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять.

Такие испытуемые считают, что на свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка. Болезнь ребенка для таких родителей зависит от судьбы и случая. Ответственность они возлагают не только на себя, но и на воспитателей детского сада, учителей в

школе.

*Низкие показатели* описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка. Таких испытуемых в исследуемой группе 62,5 %. Для них характерны такие высказывания как «У хороших родителей дети почти не болеют», «Каковы бы ни были причины болезней, болеет ребенок или нет – зависит от родителей», «Дети болеют тогда, когда они обделены заботой и вниманием в семье». Эта часть испытуемых полностью возлагает на себя ответственность за болезнь ребенка. Им свойственно считать также, что при должной заботе, при достаточном проявлении любви к своему ребенку можно избежать заболевания. Такие установки значительно повышают степень тревожности родителя.

По шкале «тревога» 80 % испытуемых имеют высокие значения. Данная шкала описывает тревожные реакции на болезнь ребенка. *Чем больше показатель*, тем более выражена тревога. Такие испытуемые отмечают, что когда ребенок болен, у них все валится из рук. Болезнь ребенка для них сопровождается страхом, даже в тех случаях, когда они знают, что в болезни ребенка нет ничего страшного.

Умеренное отрицание тревоги обнаруживают 20 % испытуемых. Их отношение к болезни ребенка относительно нейтрально. Они отмечают, что все дети болеют, и это не повод для отчаяния. Им свойственно сохранять самообладание. Они стараются не впадать в панику из-за болезней ребенка.

Данные по следующей шкале показывают, что 45 % испытуемых склонны преувеличивать тяжесть болезни ребенка. Такие родители считают, что нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное отношение родителей к ним. Им хотелось бы более серьезных обследований и лечения, когда ребенок болеет. Такие родители склонны давать больше препаратов, чем того требует реальная ситуация. Они охотно консультируются у разных специалистов.

Для 37,5 % испытуемых характерно преуменьшение тяжести болезни ребенка. Эти родители часто считают, что ребенок сам справиться с болезнью. Как правило, они консультируются с врачом только в тех случаях, когда

ситуация уже принимает достаточно серьезный оборот. Они отмечают, что в большинстве случаев болезнь ребенка не слишком тяжела.

По шкале контроля активности 100 % испытуемых имеют высокие значения. Это связано с наличием тенденции у родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка («покой лечит»). Они отмечают, что во время болезни ребенка, контроль за их поведением становится еще более сильным. Родители стремятся ограничить его во всех проявлениях активности и самостоятельности.

Данные по шкале общей напряженности показывают, что 70 % испытуемых имеют напряженное отношение к заболеванию ребенка. Такие родители тревожны, преувеличивают тяжесть состояния ребенка и склонны устанавливать жесткие ограничения активности ребенка.

Таким образом, тип отношения большинства испытуемых (70 %) к болезни ребенка можно назвать напряженным. Оно характеризуется высокой тревожностью и тенденцией преувеличивать тяжесть состояния ребенка.

С помощью коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена был проведен корреляционный анализ данных. Это позволило установить, существует ли связь между детско-родительскими отношениями и типом отношения к болезни ребенка в исследуемой группе. Расчет коэффициента корреляции проводился с использованием программы Статистика 6.0. Полученные значения коэффициента представлены в таблице 1. В таблице 1 представлены только статистически достоверные корреляционные связи.

Таблица 1 – Итоговые значения коэффициента корреляции Ч. Спирмена

|                                  | И     | Т    | Н    | КА   | О    |
|----------------------------------|-------|------|------|------|------|
| Симбиоз                          | -0,31 | 0,42 |      |      |      |
| Гиперпротекция                   |       |      | 0,38 | 0,43 | 0,31 |
| Чрезмерность требований запретов | 0,42  |      | 0,38 | 0,42 |      |
| Чрезмерность санкций             |       |      | 0,41 |      |      |
| Расширение родительских чувств   |       |      |      | 0,34 |      |
| Фобия утраты ребенка             |       | 0,39 |      |      | 0,33 |

При интерпретации значений коэффициента корреляции внимание обращается, прежде всего, на тесноту выявленной связи и ее направление. Значение коэффициента корреляции изменяется в диапазоне от  $-1$  до  $1$ . Чем ближе значение коэффициента к  $1$  по модулю (без учета знака), тем теснее (сильнее) является выявленная корреляционная связь.

Решение о статистической достоверности (значимости) полученного коэффициента принимается на основе сравнения полученного коэффициента с критическими значениями для данного числа испытуемых.

Знак при коэффициенте говорит о направлении корреляционной связи. Направление может быть прямым или обратным. Когда знак при коэффициенте «+», говорят о наличии прямой корреляционной связи. Это значит, что при увеличении значений одного показателя, значение другого также увеличивается.

Если при коэффициенте получен знак «-», то говорят о наличии обратной корреляционной связи. Это значит, что при увеличении показателей по одному показателю, значения по другому показателю уменьшаются.

Данные таблицы 1 показывают, что между детско-родительскими отношениями и отношением родителей к болезни ребенка существует статистически достоверная корреляционная связь.

Выявлено, что существует отрицательная корреляционная связь между показателем «симбиоз» и такими показателями отношения к болезни ребенка как «интернальность» ( $-0,31$ ) и «тревога» ( $0,42$ ). Чем выше стремление испытуемых быть одним целым с ребенком, тем большую тревожность они испытывают во время болезни ребенка.

Высокие значения по шкале симбиоз связаны также с низкими значениями по шкале «интернальность». Низкие значения по данной шкале говорят о наличии так высокого уровня интернальности по отношению к болезни ребенка. Высокая интернальность предполагает принятие ответственности за болезнь ребенка на себя.

Чем более выраженным является стремление родителя быть единым

целым с собственным ребенком, тем чаще он берет на себя ответственность как за болезнь так и за лечение ребенка, и тем выше уровень его тревоги.

Было выявлено также, что существует положительная корреляционная связь между таким типом воспитания как «гиперпротекция» и такими особенностями отношения родителя к болезни ребенка как «нозогнозия» (0,38), «контроль активности» (0,43), «общая напряженность отношения к болезни ребенка» (0,31).

Выраженная склонность к гиперпротекции в воспитании связана со склонностью преувеличивать тяжесть заболевания, склонностью ограничивать любую активность ребенка и общей напряженностью отношения к болезни ребенка.

Выявлены также прямые корреляционные связи между показателем «чрезмерность требований – запретов» и показателями «интернальность» (0,42), «нозогнозия» (0,38), «контроль активности» (0,42). Чем больше запретов родители обозначают ребенку, тем в большей степени они склонны преувеличивать тяжесть заболевания, больше склонны ограничивать активность ребенка во время болезни и тем в большей степени склонны брать на себя ответственность за болезнь и лечение ребенка.

Обнаружена прямая корреляционная связь между показателями «чрезмерность санкций» и «нозогнозия» (0,41). Родители, преувеличивающие тяжесть заболевания своего ребенка, склонны накладывать чрезмерные санкции при нарушениях требований режима и лечения. Они способны еще в большей степени ограничивать и активность ребенка, и различные поощрительные меры (мультитки, игры, телевизор, общение, прогулки и т.д.).

Положительная корреляционная связь существует между показателями «расширение родительских чувств» и «контроль активности» (0,34). При наличии в воспитании такой особенности как расширение родительских чувств предполагает и высокой степени контроля активности ребенка.

Выявлено, что существует положительная корреляционная связь между таким показателем детско-родительских отношений как «фобия утраты

ребенка» и такими показателями отношения к болезни ребенка как «тревога» (0,39) и «общий уровень напряженности отношения к болезни ребенка» (0,33). Чем выше боязнь родителя потерять ребенка тем выше уровень тревоги родителя за состояние ребенка и тем более напряженным можно назвать тип отношения родителя к болезни ребенка.

Гипотеза исследования подтвердилась. Существует взаимосвязь между детско-родительскими отношениями и типом отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема изучения детско-родительских отношений взяла свое начало с развития педагогики и психологии как науки. Вопросы, изучаемые в данной теме, посвящались особенностям воспитания ребенка в семье, особенностям развития супружеских отношений, изучение влияния отношений в семье на развитие ребенка и многое другое. На сегодняшний день не существует единого подхода, концепции или теории, которая бы в полной мере объясняла развитие детско-родительских отношений. Детско-родительские отношения в психологии и педагогике до сих пор неоднозначно определяются многими авторами и исследователями. Понятие родительское отношение имеет общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителей и ребенка. Родительское отношение имеет наиболее общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Понятия родительская позиция и родительская установка используются как синонимы родительского отношения, но отличаются степенью осознанности. Родительская позиция скорее связывается с сознательно принятыми, выработанными взглядами, намерениями; установка – менее однозначна.

Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Современные семьи, как правило, малодетны, и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух – трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство родителей объясняется просто. К единственному ребенку, за которым, как думают родители, вряд ли последует другой, возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не

только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего этого ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям.

Проведенное исследование позволило сделать ряд выводов:

– Выявлено, что существует отрицательная корреляционная связь между показателем «симбиоз» и такими показателями отношения к болезни ребенка как «интернальность» ( $- 0,31$ ) и «тревога» ( $0,42$ ). Чем выше стремление испытуемых быть одним целым с ребенком, тем большую тревожность они испытывают во время болезни ребенка. Высокие значения по шкале симбиоз связаны также с низкими значениями по шкале «интернальность». Низкие значения по данной шкале говорят о наличии так высокого уровня интернальности по отношению к болезни ребенка. Высокая интернальность предполагает принятие ответственности за болезнь ребенка на себя. Чем более выраженным является стремление родителя быть единым целым с собственным ребенком, тем чаще он берет на себя ответственность как за болезнь так и за лечение ребенка, и тем выше уровень его тревоги.

– Было выявлено также, что существует положительная корреляционная связь между таким типом воспитания как «гиперпротекция» и такими особенностями отношения родителя к болезни ребенка как «нозогнозия» ( $0,38$ ), «контроль активности» ( $0,43$ ), «общая напряженность отношения к болезни ребенка» ( $0,31$ ). Выраженная склонность к гиперпротекции в воспитании



связана со склонностью преувеличивать тяжесть заболевания, склонностью ограничивать любую активность ребенка и общей напряженностью отношения к болезни ребенка.

– Выявлены также прямые корреляционные связи между показателем «чрезмерность требований – запретов» и показателями «интернальность» (0,42), «нозогнозия» (0,38), «контроль активности» (0,42). Чем больше запретов родители обозначают ребенку, тем в большей степени они склонны преувеличивать тяжесть заболевания, больше склонны ограничивать активность ребенка во время болезни и тем в большей степени склонны брать на себя ответственность за болезнь и лечение ребенка.

– Обнаружена прямая корреляционная связь между показателями «чрезмерность санкций» и «нозогнозия» (0,41). Родители, преувеличивающие тяжесть заболевания своего ребенка, склонны накладывать чрезмерные санкции при нарушениях требований режима и лечения. Они способны еще в большей степени ограничивать и активность ребенка, и различные поощрительные меры (мультитки, игры, телевизор, общение, прогулки и т.д.).

– Положительная корреляционная связь существует между показателями «расширение родительских чувств» и «контроль активности» (0,34). При наличии в воспитании такой особенности как расширение родительских чувств предполагает и высокой степени контроля активности ребенка.

– Выявлено, что существует положительная корреляционная связь между таким показателем детско-родительских отношений как «фобия утраты ребенка» и такими показателями отношения к болезни ребенка как «тревога» (0,39) и «общий уровень напряженности отношения к болезни ребенка» (0,33). Чем выше боязнь родителя потерять ребенка тем выше уровень тревоги родителя за состояние ребенка и тем более напряженным можно назвать тип отношения родителя к болезни ребенка.

Гипотеза исследования подтвердилась. Существует взаимосвязь между детско-родительскими отношениями и типом отношения к болезни ребенка в семьях сотрудников управления министерства внутренних дел.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. – М.: Кафедра–М, 2008. – 272 с.
- 2 Абульханова-Славская, К.А. Деятельность и психология личности / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Наука, 2005. – 234 с.
- 3 Александров, А.А. Психодиагностика и психокоррекция / А.А. Александров. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с.
- 4 Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды / Б. Г. Ананьев. – М.: Педагогика. – Т. 1. – 2009. – 128 с.
- 5 Анцыферова, Л.И. Некоторые теоретические проблемы психологии личности / Л. И. Анцыферова // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 37–50.
- 6 Асмолов, А.Г. О предмете психологии личности / А. Г. Асмолов // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 12–15.
- 7 Барановский, А.Ю. Внутренняя картина болезни у больных с воспалительными заболеваниями [Электронный ресурс] / А.Ю. Барановский, Д.П. Петров, В.Л. Федорова. – Режим доступа: <http://bekhterev.spb.ru/science/confer2015/>. – 23.12.2016.
- 8 Божович, Л.И. Психологический анализ условий формирования и строения гармонически развитой личности / Л.И. Божович // Методологические проблемы формирования и развития личности. – Москва, 2005. – 134 с.
- 9 Божович, Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л. И. Божович // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 23–25.
- 10 Выготский, Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во Смысл, 2009. – 1136 с.
- 11 Граждан, В.Д. Государственная гражданская служба: учебник / В.Д. Граждан. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : КНОРУС, 2007. – 496 с.
- 12 Дарвиш О.Б. Возрастная психология: учеб. пособие / О.Б. Дарвиш / под ред. В.Е. Клочко. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2008. – 264 с.
- 13 Дружинин, В.Н. Психология семьи / В.Н. Дружинин. – СПб.: Питер,

2008. – 176 с.

14 Елисеев, О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб. : Питер, 2005. – 512 с.

15 Исаев, Д.Н. Психология больного ребёнка / Д.Н. Исаев. – СПб.: Питер, 2007. – 76 с.

16 Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2009. – 400 с.

17 Каган, В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? [Электронный ресурс] / В.Е. Каган. – Режим доступа: <http://www.brsu.brest.by/pages/psychology/issues/>. – 23.11.2016.

18 Квасенко, А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – СПб.: Медицина, 2008. – 184 с.

19 Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 354 с.

20 Кудашкин, А.В. Военная служба в Российской Федерации: теория и практика правового регулирования / А.В. Кудашкин. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2008. – 572 с.

21 Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2009. – 283 с.

22 Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2008. – 916 с.

23 Медицинская психология: уч. пособ. / под. ред. Ф.Н. Гайдунка. – СПб.: Питер, 2010. – 237 с.

24 Мельченко, Н.И. Клиническая психология / Н.И. Мельченко. – Самара: Сам ГМУ, 2010. – 584 с.

25 Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.:МЕД-пресс-информ, 2008. – 410 с.

26 Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2012. – 608 с.

27 Минияров, В.М. Психология детского воспитания / В.М. Минияров. –

М., 2009. – 240 с.

28 Мягков, И.Ф. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: учебник для вузов / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков. – М.: Изд-во корпорация «Логос», 2009. – 232 с.

29 Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 2007. – 166 с.

30 Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб., 2010. – 217 с.

31 Психология личности: учеб. пособие для вузов / под общ. ред. П.Н. Ермакова, В.А. Лабунской. – М.: Эксмо, 2007. – 653 с.

32 Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 2008. – 366 с.

33 Пятакова, Г.В. Исследование отношения к заболеванию у детей с двигательными нарушениями. Стандарты и технологии помощи детям при ортопедической патологии / Г.В. Пятакова, А.В. Кутузов. – СПб., 2009. – 162 с.

34 Рейнвальд, Н.И. Психология личности / Н. И. Рейнвальд. – М., 2009. – 200 с.

35 Сидоров, П.И. Клиническая психология: учебник / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.

36 Словарь психолога-практика / сост. С.Ю. Головин. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: АСТ, 2011. – 976 с.

37 Смирнова, Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 366 с.

38 Соложенкин, В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебное пособие / В.В. Соложенкин. – М.: Планета детей, 2007. – 264 с.

39 Сорокоумова, Е.А. Возрастная психология / Е.А. Сорокоумова. – СПб. : Питер, 2008. – 176 с.

40 Спиваковская, А.С. Клиническая психология / А.С. Спиваковская. – М.: Акрополь, 2008. – 412 с.

- 41 Столяренко, Л.Д. Основы психологии / Л.Д. Столяренко. – Ростов н/Д. : Феникс, 2008. – 518 с.
- 42 Фельдштейн, Д.И. Психология развития человека как личности / Д.И. Фельдштейн. – М. : МОДЭК, 2015. – 454 с.
- 43 Фомина, Л.К. Понятие и типы детско-родительских отношений / Л.К. Фомина // Молодой ученый. – 2014. – № 2. – С. 704–707.
- 44 Фрейд, З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. – СПб. : Питер, 2007. – 428 с.
- 45 Фромм, Э. Здоровое общество / Э.Фромм. – М. : Хранитель, 2007. – 544 с.
- 46 Чукреева, В.В. Влияние семьи на развитие личности ребенка, его благополучие / В.В. Чукреева. – Пермь: Меркурий, 2011. – 210 с.
- 47 Шапарь, В.Б. Рабочая книга практического психолога / В.Б. Шапарь, А. Тимченко, В. Швыдченко. – М.: АСТ, 2009. – 208 с.
- 48 Шипицына, Л.М. Мир семьи ребёнка с проблемами в развитии / Л.М. Шипицына. – СПб.: Речь, 2009. – 448 с.
- 49 Шустов, Д.И. Учебное пособие по медицинской психологии. Психотерапия в практике врача / Д.И. Шустов. – Рязань, 2009. – 207 с.
- 50 Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер 2008. – 672 с.
- 51 Эриксон, Э. Трагедия личности / Э. Эриксон. – М. : Эксмо, 2008. – 256 с.
- 52 Ястребов, В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия [Электронный ресурс] / В.С. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Том 02. – № 1. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/>. – 23.11.2016.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Опросник родительского отношения

(Варга А.Я., Столин В.В.)

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.
3. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
4. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
5. Я испытываю к ребенку чувство симпатии.
6. Я уважаю своего ребенка.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто мне неприятен.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.
11. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.
15. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.
16. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.
18. При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
19. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.
22. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.
24. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок вырастет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.
29. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А  
Опросник родительского отношения  
(Варга А.Я., Столин В.В.)

31. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспосабливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.
33. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.
36. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.
39. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.
40. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.
41. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения моего ребенка.
44. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.
45. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.
46. Мой ребенок часто меня раздражает.
47. Воспитание ребенка – это сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.
54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно.
55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
58. Я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Методика «Анализ семейных взаимоотношений»

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер утверждения. Если Вы в общем не согласны – зачеркните этот же номер в бланке. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше 5.

В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете. Этим Вы поможете психологу в работе с Вами.

На утверждения, номера которых выделены в опроснике курсивом, отцы могут не отвечать.

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) – пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые 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 по уходу за собой и поддержанию порядка, чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, чего он не любит.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.
8. Мой сын (дочь) легко нарушает запреты.
9. Если хочешь, чтобы твой(я) 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 люблю (любила) 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 нередко выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой(я) муж (жена) не мешал(а) бы мне.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Методика «Анализ семейных взаимоотношений»

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

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 ребенок.
23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она не стоила.
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) играть.
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 ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.
33. Меня огорчает, что мой сын (дочь) слишком быстро становится взрослым.
34. Если ребенок упрямится из-за плохого самочувствия, лучше сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок растет 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 недостатки, 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. Стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.
44. Если побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне часто приходилось давать моему сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.
46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.
47. Главное, чему родители могут научить своих детей – это слушаться.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Методика «Анализ семейных взаимоотношений»

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.
49. Чем строже родители относятся к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я – мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он(а) 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 и приходится отказываться.
62. Родители, которые слишком много суеются вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.
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. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.
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. Мне нравятся маленькие дети, поэтому не хотел(а) бы, чтобы он(а) слишком быстро вырос(а).
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Методика «Анализ семейных взаимоотношений»

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

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 постоянные строгие 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. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.
83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего он (она) хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.
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. В нашей семье так принято, что ребенок делает, что хочет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание – ремень.
90. Многие недостатки в поведении моего ребенка пройдут 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 моим сыном, а я была бы моложе, то наверняка бы 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 умел(а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям наш(а) сын (дочь) остался (осталась) жить.
96. Нередко я завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он(а) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что 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.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Методика «Анализ семейных взаимоотношений»

(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) для меня – закон.
104. Мой сын очень любит 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 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 других детей.
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 времени сын (дочь) проводит вне дома – в яслях, детском саду, у родственников.
121. У моего сына (дочери) вполне хватает времени на игры и 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 я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Все, чему научился мой ребенок к настоящему времени, произошло только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).
127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал(а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, конфеты, «пепси» и т. д.).
128. Мой сын говорил мне: «Вырасту, женюсь на тебе, мама».
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает, а осложняет мою жизнь.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Методика диагностики отношения к болезни ребенка

(ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева

**Инструкция:** Определите свое отношение к приведенным ниже утверждениям используя следующую шкалу:

- 3 – совершенно не согласен;
- 2 – не согласен;
- 1 – скорее не согласен, чем согласен;
- +1 – скорее согласен, чем не согласен;
- +2 – согласен;
- +3 – полностью согласен.

#### Тестовый материал

1. На свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка.
2. Ничто не тревожит меня так, как здоровье моего ребенка.
3. Врачи часто преувеличивают тяжесть болезни моего ребенка.
4. Правильно поступают те, кто ничего не требует от больного ребенка.
5. Дети болеют тогда, когда они обделены заботой и вниманием в семье.
6. Все дети болеют, и это не повод для отчаяния.
7. Думаю, что здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи.
8. Болезнь - это не повод для ничегонеделания и праздности ребенка.
9. Если ребенок болезненный, с этим уже ничего не поделаешь.
10. Когда ребенок болен, у меня все валится из рук.
11. Болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны.
12. Не понимаю тех, кто запрещает больному ребенку делать то, что ему по силам.
13. У хороших родителей дети почти не болеют.
14. Даже когда я знаю, что в болезни ребенка нет ничего страшного, я не могу избавиться от страха за него.
15. Не могу согласиться с теми, кто любую болезнь ребенка считает тяжелой.
16. Когда ребенок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий.
17. Каковы бы ни были причины болезни, болеет ребенок или нет - зависит от родителей.
18. Не понимаю родителей, которые при заболевании ребенка теряют голову от страха.
19. Нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное отношение родителей к ним.
20. Из-за болезни ребенок не должен забрасывать учебу.
21. Чем меньше бережешь ребенка от болезней, тем он здоровее.
22. В жизни ребенка не бывает периодов, когда можно быть спокойным за его здоровье.
23. Чаще всего я думаю, что болезнь ребенка не слишком тяжела.
24. Ребенок в отличие от взрослого не может активно бороться с болезнью.
25. Болезни детей - следствие несовершенства медицины.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В  
Методика диагностики отношения к болезни ребенка  
(ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева

26. Детские болезни совсем не так опасны, как о них порой говорят.
27. Врачи слишком привыкают видеть больных детей и потому часто недооценивают тяжесть болезни.
28. Всегда стараюсь, чтобы ребёнок и во время болезни жил полноценной и активной жизнью.
29. Если бы воспитатели и учителя были так же заботливы, как родители, то дети бы не болели.
30. Мой ребенок не так здоров, чтобы можно было не тревожиться за его будущее.
31. Обследование детей чаще всего слишком поверхностно, чтобы увидеть как серьезно болен ребенок.
32. Есть обязанности, от которых ребенок не освобождается и во время болезни,
33. Не понимаю тех, кто винит себя в болезни ребенка.
34. Я не могу позволить себе впасть в панику из-за болезни ребенка.
35. За хорошим самочувствием ребенка слишком часто кроются серьезные болезни.
36. Лишать больного ребенка посильных для него дел - значит делать его еще более больным.
37. Болеет ребенок или нет - зависит от судьбы и случая.
38. Многие завидуют моей способности сохранять самообладание, когда ребенок болен.
39. Считаю, что мой ребенок нуждается в более серьезном лечении,
40. За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребенку, чем помогает.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.1 – Результаты исследования по методике «Опросник родительского отношения» (Варга А.Я., Столина В.В.)

| №  | Принятие -<br>отвержение | Кооперация | Симбиоз | Авторитарная<br>гиперсоциализация | Маленький неудачник |
|----|--------------------------|------------|---------|-----------------------------------|---------------------|
| 1  | 24                       | 7          | 6       | 6                                 | 7                   |
| 2  | 2                        | 1          | 1       | 6                                 | 1                   |
| 3  | 16                       | 7          | 7       | 6                                 | 3                   |
| 4  | 24                       | 2          | 1       | 6                                 | 8                   |
| 5  | 5                        | 4          | 7       | 1                                 | 2                   |
| 6  | 33                       | 7          | 2       | 7                                 | 4                   |
| 7  | 8                        | 6          | 7       | 2                                 | 2                   |
| 8  | 26                       | 2          | 2       | 7                                 | 8                   |
| 9  | 6                        | 6          | 6       | 7                                 | 4                   |
| 10 | 27                       | 7          | 1       | 7                                 | 2                   |
| 11 | 2                        | 2          | 6       | 6                                 | 7                   |
| 12 | 24                       | 5          | 4       | 6                                 | 3                   |
| 13 | 22                       | 4          | 6       | 6                                 | 1                   |
| 14 | 24                       | 8          | 4       | 7                                 | 3                   |
| 15 | 18                       | 1          | 1       | 7                                 | 7                   |
| 16 | 28                       | 1          | 6       | 7                                 | 1                   |
| 17 | 12                       | 8          | 6       | 7                                 | 4                   |
| 18 | 30                       | 7          | 6       | 7                                 | 4                   |
| 19 | 6                        | 7          | 7       | 7                                 | 8                   |
| 20 | 32                       | 5          | 2       | 7                                 | 6                   |
| 21 | 4                        | 1          | 4       | 7                                 | 1                   |
| 22 | 30                       | 5          | 1       | 7                                 | 8                   |
| 23 | 2                        | 8          | 6       | 2                                 | 1                   |
| 24 | 24                       | 4          | 2       | 2                                 | 1                   |
| 25 | 16                       | 2          | 6       | 1                                 | 7                   |
| 26 | 6                        | 8          | 6       | 7                                 | 2                   |
| 27 | 26                       | 4          | 6       | 7                                 | 7                   |
| 28 | 8                        | 2          | 2       | 7                                 | 7                   |
| 29 | 6                        | 8          | 2       | 7                                 | 2                   |
| 30 | 26                       | 6          | 7       | 1                                 | 7                   |
| 31 | 18                       | 1          | 1       | 1                                 | 1                   |
| 32 | 18                       | 8          | 1       | 2                                 | 8                   |
| 33 | 2                        | 1          | 2       | 7                                 | 6                   |
| 34 | 4                        | 2          | 7       | 1                                 | 8                   |
| 35 | 6                        | 6          | 2       | 7                                 | 6                   |
| 36 | 8                        | 2          | 7       | 2                                 | 7                   |
| 37 | 8                        | 8          | 7       | 7                                 | 6                   |
| 38 | 8                        | 2          | 7       | 7                                 | 7                   |
| 39 | 8                        | 2          | 6       | 7                                 | 8                   |
| 40 | 6                        | 1          | 6       | 6                                 | 7                   |

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г  
Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.2 – Результаты исследования по методике «Анализ семейных взаимоотношений»(Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

| №  | Г+ | Г- | У+ | У- | Т+ | Т- | З+ | З- | С+ | С- | Н | РРЧ | ПДК | ВН | ФУ | НЧ | ПК | ВК | ПЖ | ПМ |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 7  | 2  | 4  | 1  | 4  | 2  | 4  | 1  | 2  | 2  | 3 | 6   | 1   | 3  | 5  | 4  | 3  | 2  | 2  | 3  |
| 2  | 8  | 3  | 5  | 2  | 2  | 2  | 4  | 2  | 4  | 4  | 3 | 7   | 2   | 4  | 6  | 5  | 4  | 3  | 2  | 2  |
| 3  | 5  | 2  | 3  | 1  | 2  | 2  | 4  | 2  | 3  | 3  | 3 | 8   | 3   | 4  | 6  | 6  | 4  | 3  | 3  | 2  |
| 4  | 6  | 4  | 3  | 1  | 3  | 1  | 4  | 2  | 2  | 4  | 3 | 7   | 1   | 4  | 6  | 7  | 4  | 3  | 3  | 3  |
| 5  | 7  | 5  | 4  | 1  | 2  | 2  | 4  | 1  | 3  | 2  | 5 | 6   | 3   | 4  | 6  | 3  | 4  | 4  | 3  | 4  |
| 6  | 9  | 3  | 5  | 1  | 4  | 2  | 4  | 2  | 4  | 1  | 5 | 8   | 3   | 4  | 8  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  |
| 7  | 4  | 4  | 6  | 1  | 4  | 2  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4 | 6   | 3   | 3  | 7  | 3  | 2  | 3  | 2  | 4  |
| 8  | 5  | 5  | 7  | 1  | 4  | 3  | 4  | 2  | 2  | 2  | 5 | 5   | 2   | 3  | 6  | 4  | 2  | 4  | 2  | 4  |
| 9  | 6  | 2  | 5  | 1  | 3  | 2  | 4  | 3  | 4  | 3  | 5 | 6   | 1   | 3  | 7  | 5  | 2  | 3  | 2  | 3  |
| 10 | 7  | 2  | 6  | 3  | 4  | 2  | 4  | 2  | 3  | 1  | 5 | 7   | 1   | 5  | 6  | 5  | 2  | 2  | 4  | 2  |
| 11 | 8  | 2  | 5  | 2  | 4  | 2  | 4  | 1  | 4  | 2  | 4 | 8   | 1   | 3  | 6  | 6  | 3  | 2  | 3  | 3  |
| 12 | 6  | 2  | 5  | 3  | 4  | 3  | 4  | 2  | 3  | 3  | 3 | 8   | 2   | 4  | 7  | 4  | 3  | 3  | 3  | 2  |
| 13 | 7  | 2  | 5  | 2  | 4  | 3  | 4  | 3  | 4  | 4  | 4 | 8   | 1   | 5  | 8  | 6  | 3  | 4  | 3  | 1  |
| 14 | 8  | 2  | 5  | 2  | 4  | 3  | 4  | 2  | 4  | 2  | 4 | 8   | 2   | 2  | 8  | 4  | 3  | 4  | 4  | 2  |
| 15 | 9  | 6  | 5  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 4  | 3  | 4 | 8   | 2   | 3  | 8  | 7  | 2  | 4  | 4  | 3  |
| 16 | 7  | 5  | 5  | 3  | 3  | 3  | 4  | 1  | 4  | 4  | 5 | 8   | 2   | 4  | 6  | 6  | 2  | 4  | 4  | 4  |
| 17 | 8  | 4  | 5  | 3  | 3  | 3  | 4  | 2  | 4  | 2  | 4 | 3   | 2   | 2  | 5  | 7  | 2  | 3  | 4  | 2  |
| 18 | 8  | 3  | 6  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 3  | 5 | 5   | 2   | 3  | 4  | 7  | 4  | 2  | 4  | 3  |
| 19 | 8  | 4  | 4  | 3  | 3  | 2  | 2  | 1  | 4  | 4  | 3 | 4   | 2   | 4  | 3  | 7  | 3  | 3  | 4  | 1  |
| 20 | 8  | 3  | 4  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 1  | 5 | 4   | 2   | 5  | 4  | 7  | 3  | 2  | 4  | 1  |
| 21 | 8  | 4  | 4  | 3  | 4  | 2  | 3  | 1  | 4  | 2  | 5 | 3   | 2   | 3  | 3  | 7  | 3  | 1  | 2  | 3  |
| 22 | 8  | 5  | 4  | 2  | 4  | 2  | 3  | 2  | 4  | 3  | 5 | 5   | 1   | 4  | 2  | 7  | 4  | 2  | 2  | 2  |
| 23 | 8  | 6  | 4  | 3  | 4  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 5 | 7   | 1   | 4  | 4  | 7  | 4  | 3  | 3  | 2  |
| 24 | 7  | 3  | 6  | 3  | 4  | 2  | 2  | 2  | 4  | 2  | 5 | 6   | 1   | 4  | 3  | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  |
| 25 | 7  | 4  | 5  | 3  | 4  | 1  | 2  | 2  | 3  | 2  | 5 | 4   | 1   | 4  | 5  | 4  | 4  | 2  | 3  | 4  |
| 26 | 7  | 5  | 4  | 2  | 4  | 2  | 2  | 2  | 4  | 2  | 4 | 5   | 1   | 4  | 6  | 4  | 4  | 3  | 3  | 4  |
| 27 | 7  | 3  | 4  | 2  | 4  | 1  | 2  | 2  | 3  | 2  | 3 | 6   | 1   | 3  | 7  | 4  | 4  | 1  | 2  | 4  |
| 28 | 7  | 2  | 4  | 2  | 3  | 2  | 2  | 3  | 4  | 2  | 5 | 3   | 1   | 2  | 5  | 4  | 4  | 1  | 2  | 4  |
| 29 | 9  | 3  | 4  | 2  | 4  | 1  | 2  | 3  | 3  | 2  | 4 | 5   | 1   | 2  | 6  | 5  | 3  | 1  | 2  | 3  |
| 30 | 9  | 4  | 4  | 2  | 3  | 2  | 1  | 3  | 4  | 3  | 4 | 6   | 4   | 2  | 7  | 5  | 3  | 1  | 4  | 2  |
| 31 | 9  | 5  | 4  | 2  | 4  | 1  | 1  | 3  | 2  | 2  | 4 | 4   | 2   | 2  | 7  | 5  | 3  | 2  | 3  | 3  |
| 32 | 9  | 2  | 4  | 2  | 3  | 2  | 1  | 3  | 3  | 2  | 4 | 5   | 1   | 2  | 7  | 5  | 3  | 3  | 3  | 2  |
| 33 | 4  | 3  | 4  | 3  | 3  | 2  | 3  | 4  | 2  | 2  | 5 | 3   | 3   | 4  | 6  | 5  | 3  | 4  | 3  | 1  |
| 34 | 4  | 4  | 7  | 2  | 3  | 2  | 1  | 1  | 3  | 4  | 5 | 5   | 2   | 4  | 6  | 5  | 4  | 4  | 4  | 2  |
| 35 | 5  | 2  | 6  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 5 | 4   | 1   | 4  | 6  | 5  | 4  | 2  | 4  | 3  |
| 36 | 4  | 3  | 5  | 2  | 3  | 2  | 1  | 3  | 3  | 2  | 5 | 5   | 1   | 5  | 6  | 5  | 3  | 1  | 4  | 4  |
| 37 | 6  | 4  | 6  | 3  | 4  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3 | 4   | 2   | 4  | 5  | 5  | 2  | 2  | 4  | 2  |
| 38 | 6  | 3  | 6  | 2  | 4  | 2  | 3  | 1  | 3  | 2  | 3 | 6   | 2   | 5  | 4  | 5  | 3  | 3  | 4  | 3  |
| 39 | 8  | 3  | 4  | 3  | 4  | 1  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3 | 4   | 2   | 4  | 6  | 5  | 2  | 2  | 4  | 1  |
| 40 | 8  | 3  | 3  | 2  | 4  | 1  | 4  | 1  | 4  | 4  | 3 | 5   | 2   | 5  | 6  | 5  | 1  | 1  | 4  | 1  |



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.3 – Результаты исследования по методике «Диагностика отношения к болезни ребенка» (Каган В.Е., Журавлева И.П.)

| №  | Интернальность | Тревога | Нозогнозия | Контроль активности | Общая напряженность отношения |
|----|----------------|---------|------------|---------------------|-------------------------------|
| 1  | 15             | 20      | 18         | 22                  | 75                            |
| 2  | 10             | 23      | 25         | 28                  | 86                            |
| 3  | 15             | 27      | 24         | 23                  | 89                            |
| 4  | 14             | 19      | 19         | 20                  | 72                            |
| 5  | 9              | 22      | 20         | 28                  | 79                            |
| 6  | 11             | 20      | 21         | 27                  | 79                            |
| 7  | 12             | 21      | 23         | 28                  | 84                            |
| 8  | 17             | 24      | 22         | 26                  | 89                            |
| 9  | 16             | 18      | 26         | 24                  | 84                            |
| 10 | 13             | 23      | 18         | 28                  | 82                            |
| 11 | 10             | 19      | 25         | 21                  | 75                            |
| 12 | 18             | 17      | 22         | 23                  | 80                            |
| 13 | 15             | 22      | 20         | 20                  | 77                            |
| 14 | 12             | 26      | 21         | 27                  | 86                            |
| 15 | 15             | 20      | 18         | 22                  | 75                            |
| 16 | 10             | 23      | 25         | 28                  | 86                            |
| 17 | 15             | 27      | 24         | 23                  | 89                            |
| 18 | 14             | 19      | 19         | 20                  | 72                            |
| 19 | 9              | 22      | 20         | 28                  | 79                            |
| 20 | 11             | 20      | 21         | 27                  | 79                            |
| 21 | 12             | 21      | 23         | 28                  | 84                            |
| 22 | 17             | 24      | 22         | 26                  | 89                            |
| 23 | 16             | 18      | 26         | 24                  | 84                            |
| 24 | 13             | 23      | 18         | 28                  | 82                            |
| 25 | 10             | 19      | 25         | 21                  | 75                            |
| 26 | 18             | 17      | 22         | 23                  | 80                            |
| 27 | 15             | 22      | 20         | 20                  | 77                            |
| 28 | 12             | 26      | 21         | 27                  | 86                            |
| 29 | 15             | 20      | 18         | 22                  | 75                            |
| 30 | 11             | 20      | 21         | 27                  | 79                            |
| 31 | 12             | 21      | 23         | 28                  | 84                            |
| 32 | 17             | 24      | 22         | 26                  | 89                            |
| 33 | 16             | 18      | 26         | 24                  | 84                            |
| 34 | 13             | 23      | 18         | 28                  | 82                            |
| 35 | 10             | 19      | 25         | 21                  | 75                            |
| 36 | 18             | 17      | 22         | 23                  | 80                            |
| 37 | 15             | 22      | 20         | 20                  | 77                            |
| 38 | 12             | 26      | 21         | 27                  | 86                            |
| 39 | 15             | 20      | 18         | 22                  | 75                            |
| 40 | 11             | 20      | 21         | 27                  | 79                            |

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений:

**1) Доверие** – исходное отношение ребенка к миру. Но доверие часто наталкивается на обман, непонимание и насмешку. Постепенно ребенок учится закрываться от окружающих, прятать свои чувства, скептически относиться к тому, что ему говорят. При этом ребенок начинает понимать: одни люди заслуживают доверия, а другие нет.

Нарушение доверительных отношений приводит со временем к «отдаленности» между родителем и ребенком, что может вылиться в различные психоэмоциональные отклонения у детей: фобии, депрессию, агрессию, тревожность, застенчивость, плаксивость, и т.д.

Основные составляющие доверительных отношений между родителями и ребенком

• **Принятие ребенка** – это когда ребенка принимают полностью – и его сильные стороны, и его слабости. Ребенок на подсознательном уровне, «всеми фибрами своей души» должен чувствовать: **«Меня любят не за то, каким я должен быть, а за то, каков я есть»**. Психологи отмечают, что при таком подходе ребенок получает необходимую эмоциональную поддержку для изменения себя и своего поведения. В ситуации принятия

очень важен физический контакт. Специалисты говорят о четырех обязательных объятиях в день (это минимум, который нужно нарушать в сторону увеличения)

• **Уважение детской личности**

Уважительное отношение включает в себя следующие компоненты:

1. *Возможность быть услышанным взрослым.*

Естественно, это не означает, что мы постоянно должны соглашаться с ребенком, отдавать ему пальму первенства в разговоре. Желательно выстроить ваши диалоги таким образом, чтобы ребенок чувствовал, что с его мыслями и мнением считаются, что его позиция принимается наравне с другими. Он может ошибаться, но может и услышать извинения взрослого, когда тот неправ. Кстати, ваши точные и простые извинения (если в них, конечно, есть необходимость) покажут ребенку, что вы уважаете его чувства и сожалеете о своем поведении.

2. *Уважение к ребенку проявляется в честном отношении взрослого к личному пространству ребенка*

Ребенку необходимо знать, что есть кто-то, кому он может доверять, кто-то, кто сохранит его тайну. Искренность, неподдельность в общении с ребенком

3. *Третья составляющая доверительных отношений – это: в отношениях с ребенком не нужно «казаться», нужно «быть»*. Надо продолжать жить своей жизнью, в которой роль «воспитателя» является одной из нескольких, а не единственной. Если взрослый искренен с самим собой, искренность и откровенность в отношениях с детьми для него будет естественной, он будет отдавать себя, выражать свои истинные чувства. Что бы ни произошло, ребенок должен чувствовать по отношению к себе и к своим проблемам искренний интерес и заботу. Однако все это должно исходить от живых людей, а не от манекенов, надевших заданные маски.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

- **Формирование позитивных ожиданий в отношении ребенка**

Следующий важный момент в создании доверительных отношений: ребенок учится настолько хуже или лучше, насколько взрослый верит в него. Нужно сказать, что в жизни (а не только в учебе) поведение ребенка во многом определяется тем, чего от него ожидают.

- **Эффективная похвала**

Вы когда-нибудь задумывались над тем, как часто вы хвалите своего ребенка, как вы это делаете, сколько хороших слов у вас есть в запасе? У американцев есть специальные буклеты, где учителям и родителям предлагается 101 способ похвалы! Похвала может быть заслуженная, искренняя, немедленная, конкретная, направленная на внутреннюю мотивацию, индивидуальная, повторяющаяся, спонтанная и прочее. Всегда действуйте по ситуации и руководствуйтесь своими эмоциями, тогда ваша похвала будет искренней и эффективной.

- **Руководство по развитию доверительных отношений**

- Делитесь вашими чувствами с детьми.
- Не скрывайте от них своих радостей и огорчений.
- Дайте детям возможность быть услышанными. Ребенку, как и взрослому, необходимо понимание того, что его слушают, когда он говорит. Вы можете выбрать в течение дня определенный период – час или даже несколько минут, когда вы отложите все свои дела и ваше внимание будет полностью принадлежать ему.

- Принимайте активное участие во всех занятиях ребенка. Этим вы, с одной стороны, как бы «делитесь собой», с другой – выступаете образцом увлеченного выполнения заданий.

- Сделайте ящик «ЛИЧНЫЕ ПИСЬМА». Поощряйте детей писать вам письма личного характера, где они описывают свои чувства, переживания.

- Оставляйте ребенку специальные записочки с признанием тех или иных его заслуг.

- **Три способа открыть ребенку свою любовь:**

1. *Слово*

Называйте ребенка ласковыми именами, придумывайте домашние прозвища, рассказывайте сказки, различные поучительные истории. И пусть в вашем голосе звучит нежность, нежность и только нежность.

2. *Прикосновение*

Иногда достаточно взять ребенка за руку, погладить по волосам, поцеловать, чтобы он перестал плакать, капризничать и расстраиваться. А потому как можно больше ласкайте своего ребенка, не обращая внимание на советы многоопытных родителей. Психологи пришли к выводу, что физический контакт с матерью стимулирует физиологическое и эмоциональное развитие ребенка. Переласкать ребенка, считают психологи, невозможно.

3. *Взгляд*

Не разговаривайте с ребенком, стоя к нему спиной или вполоборота, не кричите ему из соседней комнаты. Подойдите, посмотрите ему в глаза и скажите то, что хотите.

- 2) **Активное слушание**

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

Важнейший прием оптимизации отношений с ребенком – активное слушание. Активно слушать ребенка – значит «возвращать» ему в беседе то, что он Вам поведал, при этом обозначив его чувства. Слушая ребенка:

1) Повернитесь к нему лицом; сделайте так, чтобы ваши глаза и глаза ребенка были на одном уровне – это обеспечит ощущение доверия, создаст оптимальные условия для психологического контакта.

2) Не задавайте вопросов (особенно если ребенок расстроен), лучше беседовать в утвердительной форме. Это важно потому, что фраза, построенная как вопрос, не выражает сочувствия.

3) В беседе «держите паузу». После каждой реплики родителю нужно немного помолчать. Время сейчас принадлежит ребенку. Пауза помогает ребенку разобраться в своих переживаниях и одновременно дает ребенку полнее почувствовать, что родитель рядом.

4) Иногда полезно повторить, что как Вы поняли, произошло с ребенком, а потом обозначить его чувство.

Беседа по принципу активного слушания непривычна для нашей культуры, однако она позволяет достичь следующих результатов.

а) Исчезает или сильно ослабевает отрицательное переживание ребенка.

б) Ребенок убеждается, что взрослый готов его слушать, и начинает рассказывать о себе еще больше; устанавливается подлинное доверие между ребенком и родителями.

в) Ребенок сам продвигается в решении своей проблемы, а значит – становится более самостоятельным, зрелым, адаптированным.

г) Ребенок учится сам активно слушать своих близких.

д) Родители начинают лучше понимать своего ребенка. Как разрешать конфликты.

#### **3) Компромисс в решении конфликта**

Наиболее оптимальный результат решения конфликта – нахождение компромисса между желаниями и потребностями родителей и желаниями и потребностями ребенка. Достичь такого результата достаточно легко.

Предлагаю Вам пошаговую модель решения конфликтной ситуации.

1) Прояснение конфликтной ситуации. Сначала родитель выслушивает ребенка, уточняет, в чем состоит его проблема, а именно: чего он хочет или не хочет, что ему нужно или важно, что его затрудняет, и т.д. Родитель говорит о своем желании или своей проблеме, о том, как он видит ситуацию, что его устраивает в ней, и что ему не нравится в ситуации.

2) Способ предложений. Этап начинается с вопроса: «Как нам быть?». После этого надо обязательно подождать и дать ребенку возможность первому высказать свой проблемы. Сначала предложения просто набираются, без критики и анализа. Затем родители предлагают свои точки зрения на этот счет.

3) Оценка предложений и выбор наиболее оптимального. На этом этапе происходит обсуждение предложений.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

Предыдущие шаги уже помогли создать атмосферу доверия, сотрудничества, готовности к обсуждению. Важно не разрушить эту атмосферу излишне грубой критикой или авторитарностью.

4) Детализация принятого решения. Необходимо определить, каким конкретным образом будет внедряться решение в реальную жизнь.

5) Выполнение решения, проверка. Выполнение решения осуществляется всеми членами семьи. Если ребенок когда-либо не выполнил своих обязательств, не стоит критиковать и осуждать его; лучше просто спросить, как у него идут дела, получается ли; тогда о неудачах расскажет сам ребенок и сам обратится за Вашей помощью.

Родительский авторитет при этом не страдает, ведь авторитет – это не авторитарное давление на ребенка и непоколебимое главенство родителя во всех вопросах. Авторитет – это человек, чье влияние на поступки других основано на признании и уважении окружающими его мнения, его личных качеств, компетентности, справедливости, гибкости.

#### **4) Дисциплина ребенка.**

1) Ограничения, запреты, требования, правила должны быть в жизни каждого ребенка.

2) Правил (ограничений, требований, запретов) не должно быть слишком много, и они должны быть гибкими.

3) Родительские требования не должны вступать в явное противоречие с потребностями ребенка.

4) Правила (ограничения, требования, запреты) должны быть согласованы взрослыми между собой. Все взрослые, воспитывающие ребенка, должны придерживаться единых требований в воспитании ребенка.

5) Тон, в котором сообщается требование, должен быть скорее дружественно-разъяснительным, чем повелительным.

6) Наказывать ребенка за несоблюдение правил лучше, лишая его хорошего, чем делая ему плохо.

Причины нарушения поведения детей.

1) Борьба за внимание. Если ребенок не получает необходимого внимания, то он находит новый способ его получить: непослушание.

2) Борьба за самоутверждение против чрезмерной родительской власти и опеки.

3) Желание «отомстить»: дети часто бывают обижены на родителей и ребенок страдая в душе, внешне проявляет свою обиду как непослушание и негативизм.

4) Потеря веры в собственный успех. Ребенок переживает неблагополучие в какой-то области жизни, его часто критикуют или наказывают, падает его самооценка, он теряет уверенность в себе и решает, что стараться нечего, т.к. все равно ничего достичь он не сможет.

**Помните, дети, растущие в атмосфере любви и понимания, имеют меньше проблем, связанных со здоровьем, трудностей с обучением в школе, общением со сверстниками, и наоборот, как правило, нарушение детско-родительских отношений ведет к формированию различных психологических проблем и комплексов.**

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

Важно знать, когда:

- ребенка постоянно критикуют – он учится ненавидеть;
- ребёнок живёт во вражде – он учится быть агрессивным;
- ребёнок живёт в упрёках – он учится жить с чувством вины;
- ребенок растет в терпимости – он учится понимать других;
- ребенка хвалят – он учится быть благородным;
- ребенок растет в безопасности – он учится верить в людей;
- ребенка поддерживают – он учится ценить себя;
- ребёнка высмеивают – он учится быть замкнутым;
- ребенок живет в понимании и дружелюбии – он учится находить любовь в этом мире.

Все это может помочь оптимизировать (улучшить) отношения с собственным ребенком, снизить уровень конфликтности, агрессии, повысить уровень доверия, что в свою очередь приводит к миру и благополучию в семье.

#### **Направления психологической работы по оптимизации типа отношения к болезни ребёнка:**

1. Просветительская работа клинического психолога с родителями по вопросам психосоматических расстройств и описание механизмов их возникновения. Знание этих механизмов, как показывает практика, позволяет существенно снизить риски развития психо-соматозов у взрослых людей.

2. Обучение родителей навыкам совладания со своими соматическими страданиями - обучение техникам релаксации, аутотренинга, элементам телесноориентированной терапии. Знание таких методов психокоррекции позволяет родителям самостоятельно управлять своим соматическим состоянием. Особенно важны такие практические навыки в ситуациях стресса, с которыми родители ребенка встречаются каждый день.

3. Обучение родителей стратегиям применения этих техник к своим детям с целью снижения риска развития у них психосоматических расстройств, усугубляющих их психический и соматический статус.

Между тем, практическая работа показывает, что родители особо остро испытывают огромный спектр эмоций на начальных этапах воспитания ребенка. В связи с этим психологическая работа с родителями должна также включать коррекцию эмоционального фона. Можно выделить следующие направления клинико-психологической работы:

1. Обучение родителей навыкам выражения своих эмоций, поскольку вытеснение своих отрицательных переживаний является фактором риска развития дезадаптации. В первую очередь рекомендуется применение с родителями методов арт-терапии и гештальт-терапии, направленных на высвобождение эмоций, их осознание и переработку.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по оптимизации детско-родительских отношений и типа отношения к болезни ребёнка

2. Формирование у родителей представлений о положительных сторонах сложившейся ситуации (например, увеличение времени пребывания в семье, осуществление творческой работы с ребенком, умение радоваться любым успехам своего ребенка и пр.). Подобное изменение категоризации происходящего в сторону ее положительных сторон увеличивает энергоресурсы у родителей и повышает их стрессоустойчивость, что, в свою очередь, улучшает качество взаимоотношений в диаде «родитель-ребенок».

3. Групповая работа с родителями. При этом в одну терапевтическую группу желательно помещать родителей с различным опытом воспитания таких детей, что позволяет родителям не чувствовать себя одинокими в своей ситуации и обучаться на примере других способам совладания с ситуацией.

4. Просветительская работа с родителями, направленная на формирование у них представлений о необходимости учить своего ребенка воспринимать окружающий мир позитивно и уметь положительно оценивать свои малейшие достижения. Такая работа дает возможность осуществлять профилактику возникновения эмоциональных расстройств не только у родителей, но и у самих детей.

Интеллектуальный компонент отношения к болезни ребенка у родителей характеризуется неоднозначностью.

Родители, как правило, недостаточно ориентированы в вопросах этиопатогенеза заболеваний. Например, матери не понимают смысл заключений о причинах расстройства, описанных врачами-специалистами.

Поэтому главными направлениями работы психолога, а также других специалистов должны являться:

1. Просветительская работа с родителями, воспитывающими детей группы риска (в семьях с низким культурным и образовательным уровнем, имеющих родственников с генетическими заболеваниями, с часто болеющими детьми и пр.). Такая работа должна включать в себя доступное разъяснение родителям основных механизмов возникновения проблем и терапевтических маршрутов по отношению к таким детям.

2. Постоянное обучение родителей различным техникам работы с детьми - повышение психологической компетентности в вопросах обучения и воспитания ребенка в домашних условиях.

3. Выдача необходимой литературы и интернет-источников, улучшающих знания родителей вопросов, связанных с состоянием их ребенка и способов его лечения.

4. Организация групповых встреч родителей. Это позволяет родителям осуществлять друг с другом обмен необходимой информацией, что значительно повышает эффективность интервенции.

Направления и содержание мероприятий психологической помощи родителям при госпитализации детей в стационар:

1. Тщательное и подробное информирование родителей о состоянии ребенка, его прогнозе, лечении, последствиях, возможности излечения.

2. Формирование у родителей адекватного образа ребенка с целью:

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д  
Рекомендации по оптимизации детско-родительских  
отношений и типа отношения к болезни ребёнка

- Повышения доверия родителей к лечению и врачебным рекомендациям, развитие сотрудничества между родителями и бригадой специалистов, работающих с ребенком;
  - Преодоления высокого уровня эмоционального отвержения ребенка родителями.
3. Повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе.
  4. Коррекция воспитательных установок родителей в отношении ребенка.

Применение всего комплекса указанных мероприятий дает возможность предоставлять детям, а также их семьям системную и комплексную клинико-психологическую помощь. Это, в свою очередь, способствует улучшению психического статуса ребенка и помогает адаптировать семью к условиям воспитания гармоничной личности повысить социальную активность родителей.