

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Факультет психологии

Кафедра психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей

Зав. кафедрой психического здоровья
и раннего сопровождения детей и родителей

_____ Р. Ж. Мухамедрахимов

Председатель ГАК,
ведущий научный сотрудник

_____ А. В. Васильева

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ВЕГЕТО-
СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИХ СЕМЕЙНОГО
ОКРУЖЕНИЯ**

по специальности 030302 – Клиническая психология

специализация: Клиническая психология младенческого и раннего возраста

Рецензент:

к.пс.н, доцент, Дубинина Е.А.

_____ (подпись)

Выполнила:

студентка 6 курса

вечернего отделения,

Матишева Е. Э.

_____ (подпись)

Научный руководитель:

к.пс.н, ст.пр. Аринцина И. А.

_____ (подпись)

Санкт-Петербург

2016

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ.....	9
1.1. Общая характеристика подросткового возраста.....	9
1.2. Особенности вегетативной регуляции в подростковом возрасте.....	11
1.3. Теоретические подходы к пониманию вегетативной дисфункции.....	13
1.4. Психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией.....	17
1.5. Особенности семейного окружения подростков с психосоматическими расстройствами.....	22
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	29
2.1. Организация и процедура исследования.....	29
2.2. Описание выборки исследования.....	31
2.3 Методы исследования.....	32
2.3.1. Изучение медицинской информации и социально-демографических данных.....	33
2.3.2. Изучение психологических характеристик подростков.....	33
2.3.3. Изучение параметров семейного окружения подростков.....	37
2.3.4. Математико-статистические методы обработки данных.....	39

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	41
3.1. Анализ социально-демографических данных и медицинской информации	41
3.2. Анализ эмоциональных и поведенческих характеристик подростков...43	
3.2. Анализ восприятия подростками свойств собственной личности и межличностных отношений.....	47
3.3. Анализ параметров семейного окружения подростков.....	51
3.4. Сравнение показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек.....	53
3.5. Изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с вегето-сосудистой дистонией и их здоровых сверстников.....	59
3.6. Обсуждение результатов.....	64
СПИСОК ИПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	70
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	78

АННОТАЦИЯ

Для изучения психологических особенностей подростков с вегето-сосудистой дистонией в контексте их семейного окружения было проведено обследование 41-го подростка в возрасте от 14 до 15 лет. Все подростки являются учениками общеобразовательных школ г. Санкт-Петербурга. На момент проведения обследования 20 подростков с вегето-сосудистой дистонией пребывали на стационарном лечении, 21 подросток не имел серьезных жалоб на здоровье и находился на занятиях в школе. Психологические характеристики и параметры семейного окружения подростков изучались с помощью следующих методов: «Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Achenbach Т., (адаптация Слободской Е. Р., 2001); «Личностный дифференциал» (адаптация Бажин Е. Ф, Эткинд А. М., 1983); «Кинетический рисунок семьи» (адаптация Беляускайте Р. Ф., 1994). Математико-статистический анализ данных показал, что подростки с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с их здоровыми сверстниками демонстрируют более высокий уровень тревожности, замкнутости, соматических проблем и проблем мышления. Семейное окружение подростков с вегето-сосудистой дистонией в отличие от семейного окружения их здоровых сверстников характеризуются более высокими показателями конфликтности и тревожности в семейной ситуации при более низких показателях семейной интегративности и сплоченности, способствующих проявлению чувства собственной неполноценности в семье.

ABSTRACT

To study the psychological characteristics of adolescents with vegetative-vascular dystonia in the context of their family environment were examined 41 adolescents aged 14 to 15 years, who are pupils of secondary schools of St. Petersburg. At the time of the survey, 20 adolescents with vegetative-vascular dystonia was in-patient treatment, 21 teen never had any serious health complaints and was in class at school. Psychological characteristics and parameters of family environment of adolescents were studied using the following methods: "Youth self-report for ages 11 – 18 years," Achenbach T., (adaptation Slobodskaya E. R., 2001); "Personal differential" (adaptation of Bazhin E. F., Etkind A. M., 1983); "Kinetic family drawing" (adaptation of Belyauskaite R. F., 1994). Mathematical and statistical analysis of data showed that adolescents with vegetative-vascular dystonia in comparison with their healthy peers demonstrate higher levels of anxiety, withdrawn, somatic complaints and thought problems. Family environment of adolescents with vegetative-vascular dystonia in contrast to the family environment of their healthy peers have higher rates of conflict and anxiety in a family situation with lower rates of integrative and cohesion of family members, contributing to the emergence of a sense of inferiority in the family in adolescents with vegetative-vascular dystonia.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одним из самых распространенных заболеваний, характерных для подросткового возраста, является вегето-сосудистая дистония. По данным Д. Н. Исаева вегето-сосудистая дистония у детей составляет 50-75% от неинфекционных заболеваний. К настоящему времени не сформирован конкретный подход к определению, пониманию и лечению вегето-сосудистой дистонии. Однако очевидно, что данное заболевание негативно влияет на качество жизни, вызывая психологический дискомфорт и снижая социальную активность подростков.

На данный момент существуют исследования, направленные на изучение психологических особенностей подростков с вегето-сосудистой дистонией (Петрова Т. А., 2014; Литовченко М. О., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., 2014 и др.) и параметров их семейного окружения (Shulte I., Petermann F., 2011; Hill N., Bromell L., Flint T., Flint E., 2007 и др.).

Основными психологическими особенностями по данным современных исследований психологических характеристик подростков с вегето-сосудистой являются тревожность, ранимость, склонность к астеничным и субдепрессивным состояниям, а также страхи, связанные с соматическими проблемами и социальной дезадаптацией (Николаева Е. И., Грекова Е. Н., 2014; Кузнецова Е. А., 2014; Pisaric M., Nisevic S., 2011).

Исследования, посвященные изучению особенностей семейного окружения подростков с психосоматическими расстройствами, обнаруживают высокий уровень тревожности у родителей подростков с данными расстройствами и наличие взаимосвязи между жестоким обращением в семье и такими соматическими жалобами, как головные боли, боли в животе, головокружения, бессонница и потеря аппетита (Kim H., Samuels-Dennis J., 2012; Shulte I., Petermann F., 2011; Kinnunen P., Laukkanen E., Kilma J., 2010).

Актуальность нашего исследования обусловлена недостатком научных работ, способных предоставить результаты совокупного анализа

психологических характеристик и параметров семейного окружения подростков с вегето-сосудистой дистонией.

Целью данного исследования является комплексное изучение психологических особенностей подростков с вегето-сосудистой дистонией в контексте их семейного окружения.

Объектом исследования являются психологические характеристики подростков и параметры их семейного окружения.

Предметом исследования являются психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией и параметры их семейного окружения.

Основной гипотезой исследования является предположение о том, что подростки с вегето-сосудистой дистонией отличаются от своих здоровых сверстников более высокими показателями таких психологических характеристик, как тревожность и замкнутость, а так же более высокими показателями таких параметров семейного окружения, как конфликтность и враждебность.

В соответствии с целью и гипотезой были сформулированы следующие задачи исследования:

1. изучить психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с психологическими характеристиками их здоровых сверстников (самосознание, тревожность, замкнутость, а также соматические, социальные и другие проблемы);
2. определить параметры семейного окружения подростков с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с параметрами семейного окружения их здоровых сверстников (восприятие личности отца и матери, показатели конфликтности, враждебности, чувства неполноценности и тревожности в семейной ситуации);
3. провести сравнительное изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с вегето-сосудистой дистонией и их здоровых сверстников.

Для решения поставленных в дипломной работе задач были использованы психологические методы: анкетирование и тестирование («Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Achenbach Т., 2001; «Личностный дифференциал» Бажин Е. Ф, Эткинд А. М., 1983; «Кинетический рисунок семьи» Беляускайте Р. Ф., 1994), а также методы математической обработки данных.

Новизна исследования заключается в комплексном изучении психологических характеристик подростков с вегето-сосудистой дистонией и параметров их семейного окружения с помощью применения проективных и опросных методов, одним из которых является мало представленный в отечественных работах «Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Т. Ахенбаха.

Практическая значимость: результаты исследования будут предоставлены врачам и психологам с целью использования их в разработке программы лечения и психологической помощи подросткам с вегето-сосудистой дистонией с последующей профилактикой возникновения психосоматических заболеваний.

Теоретическая значимость заключается в расширении знаний о психологических характеристиках и особенностях семейного окружения подростков с психосоматическими заболеваниями.

ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ

1.1. Общая характеристика подросткового возраста

Говоря о подростковом периоде развития, необходимо уточнить возрастной диапазон, т.к. существует много возрастных классификаций. Институт Возрастной Физиологии Российской Академии образования определяет подростковый возраст следующим образом: 13 – 16 лет для мальчиков и 12 – 15 лет для девочек; 12 – 14 лет для младшего подросткового возраста и 15 – 16 лет для старшего. Всемирная организация здоровья значительно расширяет границы подросткового возраста: 10 – 18 лет, от начала и до конца полового созревания организма.

Проблему подросткового кризиса Л. С. Выготский рассматривал в рамках перехода от младшего школьного к подростковому возрасту. Он отмечал коренную перестройку интересов в процессе переживания данного кризиса. Подростковый период Л. С. Выготский разделял на негативную и позитивную фазы. Первая фаза длится в течение 2-х лет и связана с «отмиранием» прежде установленной системы интересов (протестующий характер) и с созреванием первых органических влечений. В рамках негативной фазы Л. С. Выготский дает такую характеристику симптомам подросткового возраста:

1. крайняя вариативность;
2. ситуационная зависимость (негативизм проявляется в семье и отсутствует в школе или, наоборот);
3. неоднородность и сложность поведения.

В позитивной фазе происходит становление самосознания и самооотношения: появляется интерес к себе и своему внутреннему миру,

возникает желание занять определенную позицию в коллективе, соответствующую представлению о себе. Последнее определяется осознанием как индивидуальных качеств (функциональных и физических), так и личностных (волевых и характерологических). Благодаря росту личностной зрелости подростки обладают способностью самостоятельно отбирать желаемые качества, осуществляя их тренировку, что является необходимым для процесса самовоспитания [2].

Однако помимо благоприятных аспектов развития, связанных с формированием самоанализа, рефлексии, критичности мышления и усиленному росту волевых качеств, в подростковом возрасте часто возникают трудности эмоционально-поведенческого характера. Например, чрезмерная эмоциональная чувствительность (эмотивность) и проявление бурных эмоциональных реакций (экзальтированность) дестабилизируют и истощают функциональное состояние организма подростка (Ткаченко Д. П., Усенко А. Б., 2012).

Физиология данного возраста характеризуется активными процессами полового созревания, гормональной «перестройкой» организма, а также физическими изменениями (появление вторичных половых признаков) и сексуальными переживаниями – все это в своей совокупности является причиной повышенной возбудимости, частой сменой настроения, неуравновешенности и «заострения» (акцентуированности) отдельных характерологических черт, препятствующих социальной адаптации личности [2].

Физиологические изменения в организме, эмоциональная нестабильность, утрата прежних и формирование совершенно новых интересов, нарастание негативизма и другие проблемы, связанные с кризисом подросткового возраста, часто отражаются как на физическом, так и на психическом здоровье подростка.

Б. Г. Ананьев, создавший системную модель человекознания, в структуре человеческого развития выделял понятия:

- индивид – носитель биологического в человеке (природные и генетически обусловленные свойства), развитие – в процессе онтогенеза;
- личность – социальное в человеке (совокупность общественных отношений), развитие – в процессе жизненного пути;
- индивидуальность – неповторимое сочетание в человеке его черт;
- субъект деятельности – социальное в человеке, но со стороны его внутренней, психической жизни: носитель психических явлений, производящих материальные и духовные ценности [4].

Итак, с позиции биопсихосоциальной модели можно говорить о тесной взаимосвязи физического и психического здоровья человека. Именно поэтому, рассматривая вегето-сосудистую дистонию (ВСД) в рамках подросткового возраста, следует уделять внимание, как особенностям физиологической регуляции, так и психологическим характеристикам подростков.

1.2. Особенности вегетативной регуляции в подростковом возрасте

Вегетативная нервная система представляет собой автономную систему, обеспечивающую иннервацию внутренних органов, желез, сосудов, гладкой мускулатуры и выполняющую адаптационно-трофическую функцию. Вегетативная нервная система, также как и соматическая, осуществляет свою деятельность посредством рефлексов. Однако данные рефлексы неподконтрольны сознанию и работают в автоматическом режиме. Вегетативная нервная система состоит из симпатического, парасимпатического и метасимпатического отделов. При этом вегетативная рефлекторная дуга, как и простая соматическая, состоит из трех тел нейронов: чувствительного нейрона (располагается в спинномозговом узле), вставочного нейрона (располагается в вегетативных ядрах головного или спинного мозга) и эффекторного. Важное отличие вегетативной рефлекторной дуги от соматической заключается в том, эффекторный нейрон располагается не в пределах центральной нервной системы (передние рога спинного мозга), а за его пределами – на периферии, в

вегетативных узлах (ганглиях). Для вегетативной нервной системы характерен сегментарный тип иннервации: в периферическом отделе определенные сегменты спинного мозга с вегетативными узлами и выходящими из них нервными пучками и волокнами регулируют работу органов. Рассмотрим воздействие вегетативной нервной системы на внутренние органы:

1. симпатический отдел (активируется при стрессе и активной деятельности) – вызывает учащение сердцебиения, уменьшение теплоотдачи, ослабление перистальтики кишечника, расширение просвета бронхов, сокращение матки, расслабление мочевого пузыря, усиление потоотделения и расширение зрачка;
2. парасимпатический отдел (преобладает в покое) – уменьшение частоты и силы сердечных сокращений, увеличение теплоотдачи, усиление перистальтики, бронхоспазм, сокращение мочевого пузыря, сужение зрачка;
3. метасимпатический отдел – координация частоты образования импульсов (нейроны связаны как с симпатическим отделом, так и с парасимпатическим) [5].

Для подросткового возраста характерно преобладание симпатического отдела: 12 – 13 лет для девочек и 14 – 15 для мальчиков. Устойчивая активность симпатического звена вегетативной нервной системы продолжается приблизительно до 16 – 17 лет, после чего происходит усиление парасимпатического тонуса и постепенный переход к сбалансированному функционированию звеньев вегетативной нервной системы. Такая активность симпатического отдела необходима для адекватного жизнеобеспечения и адаптации к внешним условиям в период интенсивного роста и развития [5].

Незавершенность функционального и морфологического формирования вегетативной системы, гормональная перестройка, сопровождающаяся эмоциональной нестабильностью и склонностью к бурным эмоциональным переживаниям, которые несут в себе такие вегетативные компоненты, как учащение сердцебиения и повышение артериального давления, могут привести к перегрузке симпатического звена и нарушению баланса между вегетативными

отделами нервной системы. Высокая интенсивность и длительная продолжительность отрицательных эмоций часто становится причиной хронизации стойких вегетативных нарушений [6].

Временное повышение активности симпатического звена, обеспечивающее адаптацию различных систем организма к внешним условиям, в подростковом возрасте может стать причиной гипертонии (повышенного артериального давления) [7].

Рассмотрев особенности и факторы риска, связанные с функционированием вегетативной нервной системы в подростковом возрасте, становится возможным понимание особой подверженности подростков вегето-сосудистой дистонии (ВСД).

1.3. Теоретические подходы к пониманию вегетативной дисфункции

Рассмотрим вегетативную дисфункцию в рамках психосоматического подхода. Л. Крейслер под психосоматическими расстройствами подразумевает органические расстройства, в генезисе и эволюции которых преобладающими являются психологические факторы [8]. Существует два основных вида внутриличностных конфликта, приводящих к психосоматическим расстройствам:

1. конфликт самооценки и уровня притязаний (между «я могу» и «я хочу»)
2. конфликт между желаниями ребенка и требованиями ближайшего социального окружения (семьи, школы и т.д.) [9].

Основоположник психосоматической медицины, психоаналитик Ф. Александер, говорит о вегетативной дисфункции в рамках вегетативного невроза, называя его специфической попыткой выразить эмоцию, с одной стороны, и физиологической реакцией внутренних органов на периодически возникающее эмоциональное состояние, с другой стороны. Вегетативный невроз имеет в своей основе уход от реального действия с последующим включением аутопластических процессов: образование особого типа

приспособления, или адаптации к реальности, в результате внутренних, психических, изменений в ответ на воздействие внешнего мира. Невротическое расстройство вегетативной функции заключается в нарушении разделения труда внутри нервной системы. При этом действие, направленное вовне, отсутствует. Эмоциональное напряжение не высвобождается, вследствие чего индуцируются хронические вегетативные изменения. Однако патология, которая обусловлена доминированием симпатического отдела, приводит не к таким тяжелым последствиям, как если бы это было преобладание парасимпатического звена. Поскольку симпатические функции занимают промежуточное положение между действием и вегетативными изменениями, симпатическая гиперактивность выражается лишь в том, что организм на вегетативном уровне проходит все подготовительные стадии, но действия не совершаются, и физиологический процесс никогда не приходит к полному завершению. Однако при парасимпатическом доминировании наблюдается более выраженный уход от решения реальных проблем, который заключается в возвращении к более ранней вегетативной зависимости от материнского организма. Происходящее тесно связано с вытесненным бессознательным психологическим материалом, который находит выражение в проявлении определенных соматических симптомов. Например, существуют ситуации, когда человек страдает функциональными соматическими нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта и на необходимость действия отвечает парадоксальными психологическими реакциями: готовится к принятию пищи вместо подготовки к борьбе или бегству [10].

Представитель отечественной психиатрии, Д. Н. Исаев под вегетативной дисфункцией понимает психосоматическое функциональное нарушение вегетативной регуляции, проявляющейся в рассогласованной активности органов и систем всего организма и зачастую вызванной наследственными факторами, неблагоприятным течением беременности и родов, а также особенностями типа реагирования на стрессовые ситуации.

Д. Н. Исаев отмечает, что вегето-сосудистая дистония (ВСД) часто сопровождается разнообразными сопутствующими функциональными расстройствами:

1. со стороны кожных покровов – появление сосудистого рисунка, зуда, нейродермита, экземы, нарушение деятельности потовых и сальных желез;
2. со стороны эндокринной системы – неравномерное распределение подкожной жировой клетчатки, резкое увеличение либо уменьшение массы тела, угревая сыпь и пигментация кожи, ускорение или замедление полового созревания, нарушения менструального цикла;
3. со стороны органов дыхания – появление «одышки», глубоких «вздохов», спазматического «нервного» кашля, приступов «стонущего» дыхания;
4. со стороны желудочно-кишечного тракта – нарушение слюноотделения, ухудшение или усиление аппетита, тошнота и рвота, поносы и запоры, нарушение деятельности желчевыводящих путей;
5. со стороны сердечно-сосудистой системы – значительное повышение и понижение артериального давления, ощущения толчка или замирания сердца, дисрегуляция сердечного ритма: тахикардия (учащение сердечного ритма), брадикардия (замедление сердечного ритма) [1].

Важным показателем вегетативных нарушений является также расстройство терморегуляции, которая проявляется в неустойчивости температуры тела в течение дня.

В зависимости от преобладания конкретного вида вегетативного функционального расстройства существует специальная классификация типов ВСД:

1. ВСД по кардиальному типу характеризуется болями в сердце, учащенным или замедленным сердцебиением, аритмией (нарушением ритмичности, частоты и последовательности возбуждения и сокращения сердца), ощущениями толчка и замирания сердца;
2. ВСД по гипотоническому типу – снижением артериального давления, бледностью, слабостью, синдромом нехватки воздуха и потливостью;

3. ВСД по гипертоническому типу (с повышенным тонусом симпатического звена) – повышением артериального давления, головной болью, тошнотой, легким нарушением координации движений;
4. ВСД по ваготоническому типу (с повышенным тонусом парасимпатического звена) – затрудненным дыханием, замедленным сердцебиением, повышенным слюноотделением, пониженным артериальным давлением, проблемами желудочно-кишечного тракта (например, дискинезиями желчевыводящих путей);
5. ВСД по смешанному типу включает в себя симптомы кардиального, гипотонического, гипертонического и ваготонического типов.

Наиболее часто встречающимся из типов вегето-сосудистой дистонии является ВСД по смешанному типу. Исследование Е. Г. Кондюриной и В. В. Зеленской подтверждает явное превалирование ВСД по смешанному типу с преобладанием симптоматики ваготонического типа (30% обследуемых подростков) (Кондюрина Е. Г., Зеленская В. В., Елкина Т. Н., Гулевская Н. Г., Шаблий М. Г., 2010).

В Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) существует понятие соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F 45.3). Симптоматика подобна той, которая обычно возникает при повреждении органа или системы органов, иннервируемых вегетативной нервной системой: дыхательная, сердечно-сосудистая, мочеполовая и желудочная-кишечная системы. При этом существуют два основных типа жалоб со стороны пациентов:

1. на основании объективных признаков вегетативного раздражения – потливость, сердцебиение, покраснение, страх, беспокойство, тремор;
2. на основании субъективных признаков неспецифического и изменчивого характера – ощущение жара, усталости, тяжести или вздутия живота, быстротечные боли по всему телу и т.д.

Важно отметить, что в МКБ-10 диагноз ВСД как таковой отсутствует, но в медицине данный термин используется как особая форма проявления

соматоформной дисфункции. Однако, как показывает практика, врачи часто кодифицируют ВСД не под номером соматоформного вегетативного расстройства, а под номером, например, не уточненной болезни желчевыводящих путей (К 83.9) или под номером совершенно другого заболевания в зависимости от превалирования конкретной симптоматики. Данный подход врачей обусловлен, с одной стороны, необходимостью «закрепить» пациента за конкретным отделением, а с другой стороны, отсутствием психосоматических отделений в большинстве медицинских учреждений.

Итак, анализ различных подходов к пониманию вегетативной дисфункции позволил удостовериться в сложности определения, понимания и проявления ВСД. К настоящему времени в МКБ-10 не сформирован конкретный подход к определению данного заболевания. Мы выяснили, что подверженность детей ВСД в подростковом возрасте обусловлена дисбалансом вегетативных отделов нервной системы, вызванной эмоциональной нестабильностью и аффективным переживанием негативных эмоций на фоне гормональной перестройки организма. Проанализировав современные исследования в области медицины, и рассмотрев вегетативную дисфункцию в рамках психосоматического расстройства, мы убедились в существовании тесной взаимосвязи между физиологическими и психическими процессами. Таким образом, для полноценного понимания особенностей заболевания ВСД необходимо также рассмотреть психологические характеристики подростков.

1.4. Психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией

Д. Н. Исаев выделяет такие основные характеристики детей с ВСД, как раздражительность, неуравновешенность, высокая возбудимость и утомляемость, тревожность, ипохондричность, ранимость, склонность к астеничным и субдепрессивным состояниям. При этом у подростков,

находящимся на стационарном лечении, именно астения (болезненная утомляемость и истощаемость), чаще всего, является наиболее выраженной из всех перечисленных состояний (Николаева Е. И., Грекова Е.Н., 2014).

У подростков с ВСД преобладают страхи, связанные с соматическими проблемами (проблемы с дыханием и сердцебиением, рвота) и страх неадекватного психического и социального функционирования (Pisarić M., Nisević S., 2011).

Экстраверсия и интроверсия у подростков с ВСД

В зависимости от характеристики личности, определяющей направленность психической деятельности человека на объекты внешнего мира либо на самого себя (экстраверсия и интроверсия), подростки с ВСД различаются по некоторым психологическим особенностям.

1. Экстраверты: экстрапунитивный характер реагирования, проявляющийся в несдержанности, плаксивости, гневливости и раздражительности, недостаточной критичности и склонности к аффективным вспышкам. Высокий уровень личностной тревожности (83,1%) и эмоционально-волевая лабильность (50,6%) характеризовали большинство обследованных подростков. Наблюдаются такие демонстративные черты характера, как выраженное стремление быть в центре внимания любой ценой (истерики, обмороки, скандалы, ложь и т.д.). Дисциплинированность по сравнению с интровертами значительно снижена. Однако преобладают высокая работоспособность и активность.

2. Интроверты: проявляют жалобы интропунитивного характера (уход в себя): склонность к уединению, высокая личностная тревожность, пониженный фон настроения, чувство неуверенности в себе, вялость, пассивность, медлительность, истощаемость и быстрая утомляемость даже при небольших нервно-психических нагрузках. Исследование характерологических особенностей позволило выделить педантичность, чрезмерную аккуратность,

высокую дисциплинированность и исполнительность (Елифанова О. С., 2011; Воротникова Н. А., 2008; Оранская И. И., 2013).

Эмоциональные особенности подростков с ВСД

В процессе формирования психосоматического расстройства большое значение имеет специфика эмоционального фона личности подростка.

К. Джеренбо и Б. Свенсон в своем исследовании отмечают, что наиболее распространенными симптомами среди подростков являются головная боль (28% девочек и 23% мальчиков), усталость и трудности с засыпанием. При этом у всех обследованных отмечались усталость, раздражительность, нервозность и тенденция к депрессии. Кроме того авторы подчеркивают, что существует взаимосвязь между отдельными симптомами в подростковом возрасте и психосоматическим расстройством в более зрелом возрасте (Jernbo C., Svensson B., Tinberg Y., Janson S., 2012).

В исследовании Е. А. Кузнецовой рассматриваются специфические особенности эмоционального реагирования подростков с ВСД. При изучении актуального эмоционального состояния, было обнаружено, что такие подростки проявляют высокий уровень ситуативной тревоги. При этом выражены как астенический компонент тревоги (утомляемость и истощаемость), так и фобический компонент (ощущение угрозы, неуверенность в собственных силах и значимости). Подростки с ВСД помимо тревожности, характеризуются алекситимией и склонностью к такой реакции социальной защиты, как избегание (Кузнецова Е. А., 2014; Маринчева Л. П., 2009).

Б. Д. Карвасарский определяет алекситимию как личностную особенность, связанную с трудностью идентификации и дифференциации собственных чувств, снижением способности к символизации и фантазии, а также фокусированием больше на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [20]. Говоря об алекситимии в рамках эмоциональных особенностей подростков с ВСД, следует упомянуть исследование С. О. Кузнецовой и А. В. Разумовой: были получены результаты, указывающие на

наличие более высоких показателей алекситимии у подростков с психосоматическими расстройствами по сравнению с подростками без данных расстройств. Качественная характеристика алекситимии у подростков с психосоматическими расстройствами проявляется в высоких показателях настороженности, личностной тревожности, враждебности, а также в низкой способности контролировать ситуацию и снижении восприятия собственного тела (Кузнецова С. О., Разумова А. В., 2014).

Особенности социальной адаптации подростков с ВСД

При высоком уровне личностной или ситуативной тревожности дети часто чувствуют себя беспомощными и безнадежными.

Дж. Бек отмечает, что с наступлением половой зрелости девочки с функционально-соматической симптоматикой (боли в животе, головные боли и головокружение, бессонница, потеря аппетита и т.д.), в особенности, при наличии психологических проблем, связанных со школой или общением со сверстниками и членами семьи, чрезвычайно подвержены психосоматическим расстройствам. У мальчиков на фоне функционально-соматической симптоматики сначала появляются трудности с концентрацией внимания, затем возникают проблемы с поведением, что приводит к снижению учебной успеваемости и появлению социальной дезадаптации. Последнее способствует снижению самооценки, нарастанию гнева, «отыгрыванию» и направлению агрессии вовне (Beck J., 2008).

Существуют данные о своеобразном восприятии жизни, в том числе, отношении к перспективе будущего у подростков с ВСД. В исследовании Т. А. Петровой дается такая характеристика временной перспективы будущего: подросткам с ВСД свойственно «сужение» временной перспективы, т.к. у большинства из них переживания о будущем связаны, преимущественно, со здоровьем. Т. А. Петрова связывает эту тенденцию с психотравмирующим характером заболевания, которое вызывает невротические нарушения психики: высокий уровень тревожности, излишнюю сосредоточенность на себе и своей

болезни, ипохондрию. Из психологических защит преобладает отрицание: выделяется тенденция характеризовать себя исключительно положительными чертами, что помогает нивелировать недостатки и несовершенства личности, связанные с болезнью (Петрова Т. А., 2013).

Исследование М. Н. Литовченко, Н. В. Филипповой и Ю. Б. Барыльник указывает на наличие у подростков в возрасте 14 – 16 лет таких качеств, как тревожность, неуверенность в себе, ощущение несостоятельности, выраженная чувствительность к мнению окружающих (ожидания положительной оценки их личности). Кроме того и у мальчиков, и у девочек отмечается агрессивное поведение. При этом мальчики чаще сдерживают агрессивные реакции, в то время как девочки открыто их демонстрируют (Литовченко М. Н., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., 2014).

В исследовании А. Н. Родионовой и В. В. Долгих была рассмотрена зависимость психосоматических нарушений от реализации творческого потенциала. Было выявлено, что среди подростков с высоким уровнем интеллекта, но нереализованным потенциалом, психосоматические расстройства имели более явный характер (с преобладанием симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы: высокое или низкое артериальное давление, изменения сердечного ритма и т.д.) (Родионова А. Н., Долгих В. В., Колесникова Л. И., Рычкова Л. В., 2014).

Малое количество социальных ролей, недостаточная представленность таких сфер жизни, как досуг, учеба и межличностное общение, – все это также характерно для подростков с ВСД. Кроме того существуют данные, указывающие на неблагоприятный тип идентификации подростков с психосоматическими расстройствами. В семье такие подростки чаще всего идентифицируют себя с членом семьи, в жизни которого присутствуют события с высоким уровнем стресса (Симаненко И. А., 2015).

Таким образом, мы обнаружили, что подростки с вегетативной дисфункцией характеризуются тревожностью, раздражительностью, беспомощностью, низкой самооценкой, социальной дезадаптацией, а также

склонностью к отрицанию и избеганию трудностей, алекситимией. При этом нет конкретных данных о принципиальном различии между девочками и мальчиками. Одно из зарубежных исследований подтверждает, что девочки с функционально-соматической симптоматикой чаще мальчиков подвержены психосоматическим расстройствам, в то время как мальчики с такими же симптомами – агрессивному поведению, направленному вовне (Beck J., 2007). Результаты одного из отечественных исследований указывают на то, что и у мальчиков, и у девочек отмечается агрессивное поведение. При этом мальчики чаще, чем девочки сдерживают агрессивные реакции (Литовченко М. Н., Филиппова Н. В. и Барыльник Ю. Б., 2014).

1.5. Особенности семейного окружения подростков с психосоматическими расстройствами

Помимо сверстников, школы, района проживания и культуры на развитие личности ребенка большое влияние оказывает семейное окружение, которое является наиболее значимым для формирования его психологических особенностей. Качество этого влияния зависит от характера взаимоотношений в семье и особенностей воспитания, в процессе которого родители определенным образом оказывают воздействие на личность ребенка.

Поскольку супружеские отношения являются основой семейного благополучия, становится ясным, что именно гармоничные отношения между супругами способствуют проявлению в материнском и отцовском поведении элементов сотрудничества со своим ребенком.

Нарушения процессов интернализации (преобразования взаимоотношений с внешними объектами во внутренние представления и структуры психики) и экстренализации (обусловленности внешних действий внутренними психологическими представлениями и структурами) у детей зачастую связаны с высоким уровнем интенсивности супружеского конфликта,

который, в свою очередь, негативно влияет на родительские функции (Belsky J., 2005).

В. Н. Мясищев писал: «Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений» [29, с. 56].

Устойчивая патогенная ситуация, под которой подразумевается совокупность факторов, лежащих в основе психотравмирующих переживаний, является «ядром» нарушения внутрисемейных отношений. Поскольку семейные взаимоотношения оказывают выраженное влияние на эмоциональную сферу индивида, нарушения межличностных отношений приводят к появлению неуважения в семье, снижению симпатий, потере общих интересов и т.д. Устойчивость патогенной ситуации проявляется в постоянных конфликтах, агрессивности, раздражительности членов семьи по отношению друг к другу, что не может не отразиться на психическом и физическом здоровье ребенка [30].

Т. А. Петрова, в одном из своих исследований, посвященном проблеме психологической помощи подросткам с ВСД, приводит данные, подтверждающие важную роль внутрисемейных нарушений среди других психотравмирующих факторов: у 37% подростков из первой группы и у 51% подростков из второй группы общим оказалось состояние стресса, переживаемого семейным окружением детей. При этом отмечается смещение родителями напряжения на своих детей, как наименее защищенных членов семьи (Петрова Т. А., 2008).

Как уже было отмечено, подростковый возраст характеризуется пересмотром правил, ожиданий и восприятия своей роли в обществе, в целом, и в семье, в частности. Для подросткового возраста характерно стремление выйти из-под родительского контроля. Однако не все родители способны понять и разделить данное стремление своего ребенка, что часто приводит к детско-

родительским конфликтам, которые увеличивают эмоционально-психологическую дистанцию между детьми и родителями. При этом величина дистанции может зависеть от социально-экономического статуса семьи. Н. Хилл и Л. Бромель говорят о том, что родители с высоким социально-экономическим статусом чаще готовы принимать своего ребенка, поощрять его стремления, новые интересы и пересматривать взаимоотношения с подростком в сторону равноправия (Hill N., Bromell L., Flint T., Flint R., 2007).

Явление «семейной тревоги» также оказывает влияние на формирование психосоматических расстройств. К «семейной тревоге» относятся страхи, опасения, сомнения, вызванные такими семейными проблемами, как поздние возвращения супругов и их отлучки, «стычки» и конфликты, здоровье членов семьи. «Семейная тревога» также может быть вызвана плохо осознаваемой неуверенностью в чувствах супругов. Данные состояния могут лежать в основе таких расстройств, как острые аффективные реакции и психозы (например, реактивная депрессия) [30].

Подобные аффективные состояния могут обнаружиться и у детей, проживающих в таких семьях. Ю. А. Антропов и С. В. Бельмер заявляют об аффективной психопатологии детского возраста, в большей степени депрессивной, на симптоматическом уровне, которая может стать причиной вегето-соматических и двигательных нарушений. Главным образом, речь идет о депрессиях невротического уровня:

1. незначительно выражен пониженный фон настроения;
2. дисфорические состояния – печаль, грусть, уныние, гиперестезия (повышенная чувствительность органов чувств), раздражительность и настроенность на конфликт;
3. астения – вялость, усталость;
4. тревога – страх, напряжение, внутреннее беспокойство.

Результаты ряда исследований обнаруживают взаимосвязь между формированием психосоматических расстройств у детей и:

- личностными особенностями родителей (акцентуации характера у матерей);
- неконструктивными стилями воспитания (потворствующая или доминирующая гиперопека, воспитание в стиле высокой моральной ответственности);
- неустойчивыми взаимоотношениями между детьми и родителями (конфликтность, враждебность и т.д.);
- низким социальным статусом семьи (алкоголизм, низкое материальное положение и т.д.) (Антропов Ю. Ф., Бельмер С. В., 2004; Епимахова Ю. В., Сапожников В. Г., 2007; Маринчева Л. П., 2009).

И. Шульте и Ф. Питерман в своем исследовании подтверждают предположение о том, что родители детей, страдающих от психосоматических расстройств, часто сами страдают от психологических проблем, психических расстройств, а также от соматоформных симптомов. Психопатология родителей проявлялась в наличии у них депрессии или генерализованного тревожного расстройства. Из обследованных матерей 39,3% имели высокие показатели уровня тревожности. При этом в тех случаях, когда оба родителя демонстрировали высокий уровень тревоги, симптоматика соматоформного расстройства у ребенка проявлялась более выражено. И. Шульте и Ф. Питерман также говорят о влиянии травматического семейного опыта: существует взаимосвязь между травматическим опытом в раннем детстве и развитием соматоформного расстройства в подростковом и даже более зрелом возрасте. Исследователи обращают внимание на факты, свидетельствующие о небезопасном типе привязанности в раннем детстве (избегающий и амбивалентный типы) (Shulte I., Petermann F., 2011).

Довольно часто одной из причин высокого уровня стресса в детстве и, как следствие, формирования психосоматического расстройства, является физическое насилие над ребенком (телесные наказания). Существуют данные о взаимосвязи функционально-соматической симптоматики (боли в животе, головные боли и головокружение, бессонница, потеря аппетита и т.д.) и

жесткого обращения в семье. Результаты исследования П. Киннунена и Е. Лаукканен показали, что функционально-соматические симптомы были распространены среди детей, сообщавших о физическом насилии, при этом 41% обследованных детей сообщили о физическом насилии и отметили от трех и более функционально-соматических симптомов (Crofford L., 2007; Kinnunen P., Laukkanen E., Kilma J., 2010).

В исследовании Х. Ким и Дж. Самуэльс-Денниса также обнаружена взаимосвязь между психосоматическими расстройствами и жестоким обращением с детьми. Авторы отмечают наличие специфической стратегии решения проблем у таких подростков: подростки, имеющие психосоматические расстройства и подвергающиеся жестокому обращению в семье, чаще других подростков демонстрируют делинквентное поведение – поведение, которое характеризуется невыполнением обязанностей, нарушением закона, а также совершением насильственных и преступных деяний (Kim H., Samuels-Dennis J., 2012).

Таким образом, ознакомившись с частью исследований, посвященных характеристике семейного окружения подростков, страдающих функционально-соматическими симптомами и психосоматическими расстройствами, мы убедились, что семейное окружение оказывает большое влияние на физическое и психическое здоровье ребенка. Родители подростков с психосоматическими расстройствами, как и их дети, характеризуются высокими показателями личностной тревожности, склонностью к депрессиям и подверженностью психосоматическим расстройствам на фоне психологических проблем. Проблемы во взаимоотношениях между супругами (конфликты, недоверие, неудовлетворенность партнером и т.д.) и элементы жестокого обращения с ребенком приводят к конфликтам как между супругами, так между родителями и ребенком, увеличивая между ними эмоционально-психологическую дистанцию.

Выводы по литературному обзору

Анализ отечественных и зарубежных исследований по психологическим характеристикам и параметрам семейного окружения подростков с вегето-сосудистой дистонии показал, что:

1. несмотря на широкую распространенность ВСД в подростковом возрасте отсутствует единый подход к пониманию и определению вегето-сосудистой дистонии;
2. существует тесная взаимосвязь между физиологическими процессами, характерными для подросткового возраста, и психическим здоровьем детей (в процессе гормональной перестройки часто происходит нарушение баланса между отделами вегетативной нервной системы, что может привести к вегетативной дисфункции с последующим формированием ВСД);
3. среди основных психологических характеристик подростков с ВСД выделяются тревожность, раздражительность, низкая самооценка и социальная дезадаптация;
4. анализ семейного окружения является важным фактором в понимании причин возникновения и динамики развития ВСД (конфликты в семье, наличие психопатологии у родителей, жестокое обращение – все это, безусловно, усугубляет течение заболевания и нередко приводит к необходимости стационарного лечения);
5. в некоторых зарубежных и отечественных исследованиях были обнаружены противоречия, которые касаются различий в поведении мальчиков и девочек, страдающих функционально-соматическими симптомами. Например, в исследовании Дж. Бека говорится о том, что девочки на фоне психологических проблем подвержены формированию психосоматического расстройства, мальчики – внешне направленной агрессии; в исследовании М. Н. Литовченко – мальчики и девочки одинаково подвержены психосоматическим расстройствам и демонстрации внешне направленной агрессии.

Кроме того мы обнаружили, что в исследовательском поле недостаточно научных работ, способных предоставить результаты комплексного анализа психологических характеристик и параметров семейного окружения подростков с вегето-сосудистой дистонией. В связи с этим были сформулированы конкретные задачи и цель исследования, а также подобраны специальные методики, направленные на комплексное изучение психологических характеристик и параметров семейного окружения подростков.

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация и процедура исследования

Цель исследования – комплексное изучение психологических особенностей подростков с вегето-сосудистой дистонией в контексте их семейного окружения.

Задачи исследования:

1. изучить психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с психологическими характеристиками их здоровых сверстников (самосознание, тревожность, замкнутость, а также соматические, социальные и другие проблемы);
2. определить параметры семейного окружения подростков с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с параметрами семейного окружения их здоровых сверстников (восприятие личности отца и матери, показатели конфликтности, враждебности, чувства неполноценности и тревожности в семейной ситуации);
3. провести сравнительное изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с вегето-сосудистой дистонией и их здоровых сверстников.

Объектом исследования являются психологические характеристики подростков и параметры их семейного окружения.

Предметом исследования являются психологические характеристики подростков с вегето-сосудистой дистонией и параметры их семейного окружения.

Основной гипотезой исследования является предположение о том, что подростки с вегето-сосудистой дистонией отличаются от своих здоровых сверстников более высокими показателями таких психологических характеристик, как тревожность и замкнутость, а так же более высокими

показателями таких параметров семейного окружения, как конфликтность и враждебность.

В процессе исследования было проведено психологическое обследование детей с ВСД в возрасте от 14 до 16 лет на базе педиатрического отделения «Детской Областной Больницы», а также здоровых подростков в возрасте 14 – 15 лет на базе девятого класса СОШ № 346. г. Санкт-Петербурга.

Первым этапом организации нашего исследования было получение устного согласия от заведующего педиатрическим отделением детской областной больницы и директора общеобразовательной школы на проведение психологического обследования подростков. Руководители данных учреждений предварительно были ознакомлены с целью, задачами и методами нашего исследования. Далее было составлено соглашение о проведении психологического исследования, с которым был ознакомлен каждый участник, а также специальная анкета, включающая вопросы о здоровье подростков и членов их семьи, составе семьи, отношении подростков к лечению и некоторых особенностях общения в семье (см. приложения А, Б).

Второй этап – непосредственное проведение исследования. Для удобства заполнения подростками методик были сформированы специальные «пакеты», которые включали заранее пронумерованные и упорядоченные соглашения, анкеты, методики, а также планшеты с держателями для бумаги, ручки, карандаши со стирательными резинками и листы бумаги А4.

Психологическое тестирование проводилось согласно определенной последовательности.

1. Знакомство с подростками: представление своего имени, специальности и университета, объяснение цели и задач исследования, ответы на вопросы и т.д.
2. Раздача специально подготовленных «пакетов»: обращение внимания участников исследования на важность предварительного ознакомления с соглашением о проведении исследования и изучения инструкций к методикам, а также на необходимость соблюдения последовательности заполнения бланков с вопросами.

3. По мере выполнения заданий давались дополнительные разъяснения инструкций и ответы на возникающие вопросы. Приведем примеры нескольких вопросов: изображать ли ребенку себя на «Кинетическом рисунке семьи»? Наш ответ: «Как тебе хочется», «Как ты сам думаешь», «Здесь не может быть ответа Да или Нет». Можно ли при отсутствии родного отца в жизни подростка заполнять бланки методики «Личностный дифференциал», давая характеристики не отцу, а отчиму, с которым ребенок проживает в семье? В случае возникновения последнего вопроса мы уточняли особенности состава семьи и подкрепляли стремление ребенка продемонстрировать в заданиях свое субъективное отношение к отчиму.

4. После выполнения заданий мы собирали бланки и благодарили подростков за участие в исследовании.

2.2. Описание выборки исследования

В нашем исследовании принял участие 41 подросток в возрасте от 14 до 16 лет.

Первая группа

В первую группу были включены 20 подростков с вегето-сосудистой дистонией, которые проходили стационарное лечение на педиатрическом отделении детской больницы. Из них 10 человек – мальчики, 10 человек – девочки. Испытуемые являлись учащимися 8-го, 9-го, 10-го и 11-го классов разных общеобразовательных школ. Средний возраст составил $15,2 \pm 0,83$. Проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта имеют 12 человек (60%); со стороны сердечно-сосудистой системы – 6 человек (30%); проблемы неврологического характера (цефалгии) – 2 человека (10%).

Состав семьи: 16 подростков проживают в полных семьях, 2 подростка – с матерью и отчимом и 2 человека – в неполных семьях. Из них 14 подростков проживают с родителями и родным братом или сестрой; 2 человека – только с

родителями; 1 человек – с матерью и отчимом, 1 человек – с матерью, отчимом, братом или сестрой, 1 человек – с матерью и сестрой, и еще 1 подросток – только с матерью. Развод родителей пережили 3 подростка.

Образование родителей: 9 отцов (45%) и 10 матерей (50%) имеют высшее образование, в то время как 11 отцов (55%) и 10 матерей имеют среднее специальное образование. Однако лишь 6 подростков отметили наличие высшего образования у обоих родителей, в то время как 7 человек указали на отсутствие такового у обоих родителей.

Вторая группа

Во вторую группу вошли здоровые подростки в составе 21-го человека. Из них 8 человек – девочки, 13 человек – мальчики. Испытуемые являются учащимися 9-го класса одной общеобразовательной школы. Средний возраст составил $15,05 \pm 0,22$. Из всех физических недостатков в данной группе 7 подростков отмечают у себя нарушение зрения (миопия).

Состав семьи: 20 подростков проживает в полной семье и 1 человек – в неполной семье. Из них 12 подростков проживают с матерью, отцом, братом или сестрой; 8 подростков – с матерью и отцом; 1 человек – только с матерью. Развод родителей пережил только один человек.

Образование родителей: 13 отцов (65%) и 18 матерей (86%) имеют высшее образование, в то время как 7 отцов (35%) и 3 (14%) матери имеют среднее специальное образование. Кроме того 11 подростков отметили наличие высшего образования у обоих родителей, в то время как 1 человек указал на отсутствие такового у обоих родителей.

2.3 Методы исследования

В дипломной работе были использованы такие методы психологической диагностики, как анкетирование и тестирование.

2.3.1. Изучение медицинской информации и социально-демографических данных

В связи с тем, что во время исследования доступ к медицинским картам подростков для нас был закрыт, мы разработали специальную анкету, состоящую из двух блоков вопросов (см. приложение Б).

Первый блок состоит из вопросов, направленных на получение медицинской информации: самочувствие на момент исследования, имеющиеся заболевания и их продолжительность, характер соматических жалоб, состояние здоровья членов семьи и т.д. Второй блок состоит из вопросов, касающихся особенностей семейного окружения подростков: состав семьи, образование родителей. Данный блок вопросов разработан в дополнение к социально-демографической части опросника Т. Ахенбаха. Анкета для подростков с ВСД отличается от анкеты для здоровых сверстников наличием ряда дополнительных вопросов, касающихся продолжительности стационарного лечения и отношения к лечебным процедурам.

2.3.2. Изучение психологических характеристик подростков

Методика «Юношеский опросник для 11 – 18 лет»

«Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Т. Ахенбаха предназначен для выявления эмоциональных и поведенческих проблем, что позволяет его использовать в качестве одного из инструментов в дифференциальной психодиагностике. Опросник Т. Ахенбаха используется как инструмент комплексной диагностики психического и физического состояния ребенка. Важно отметить, что специалисты часто используют опросник для измерения степени отклонения различных типов детского поведения от популяционных адаптивных норм. Данная методика позволяет обнаружить «группы риска» по девиантному, или отклоняющемуся от социально принятых норм поведению.

Существует три формы опросника Т. Ахенбаха: формы для учителей и родителей детей от 4 до 18 лет и форма, адресованная непосредственно подросткам в возрасте от 11 до 18 лет. Последняя форма была использована в нашем исследовании. «Юношеский опросник для 11 – 18 лет» состоит из трех частей:

1. социально-демографические данные (вопросы, касающиеся пола и возраста, школьного класса, профессии родителей);
2. данные профилей функциональной компетентности (вопросы, касающиеся занятий спортом, посещения кружков и секций, внешкольных увлечений, академической успеваемости, форм и качества общения с семьей и сверстниками);
3. 113 утверждений (стандартизированные вопросы, направленные на выявление широкого спектра внешних и внутренних проблем).

При этом часть опросника, направленная на выявление уровня функциональной компетентности, состоит из трех профилей: профиля активности (спортивные секции, хобби, клубы по интересам), академической успеваемости (успехи в школьных предметах) и социального профиля (количество близких друзей и частота встреч с ними, качество общения с родственниками и сверстниками).

Последняя часть опросника, состоит из 113 утверждений, предполагающих стандартизированные варианты ответа: «верно или почти всегда» (2); «верно иногда или отчасти» (1) и «неверно» (0). Данная часть включает 8 факторов по синдромной шкале и 6 факторов по DSM-ориентированной шкале [39] [40]. В нашем исследовании использовалась синдромная шкала, в которую входят факторы показателей тревожности, замкнутости, соматических проблем, социальных проблем, а также, проблем мышления, внимания, поведения и агрессии.

Методика «Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Т. Ахенбаха активно используется в зарубежных исследованиях и намного реже в отечественных работах, так как адаптивные популяционные нормы для российских подростков

до сих пор не разработаны. В нашем исследовании мы будем сравнивать группы подростков (группу с вегето-сосудистой дистонией с группой здоровых подростков), основываясь на математико-статистическом анализе данных. Следовательно, отсутствие специально разработанных для российских подростков норм не повлияет на анализ результатов нашего исследования.

Методику Т. Ахенбаха (пакет из 50 форм адаптированного перевода) мы приобретали у официального дистрибьютора в России, Е. Р. Слободской; руководство по применению данной методики (Manual for the school-age forms and profiles) – на официальном сайте «<http://www.aseba.org/>».

Методика «Личностный дифференциал»

Методика «Личностный дифференциал» (Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева, 1983) разработана на базе современного русского языка и отражает сформировавшиеся в нашей культуре представления о структуре личности. Цель разработки данной методики – создание валидного и «компактного» инструмента для изучения самосознания личности и особенностей межличностных отношений. «Личностный дифференциал» (ЛД) применяется как в клинико-психологической и психодиагностической работе, так и в социально-психологической практике. Из толкового словаря русского языка Ожегова были отобраны 120 слов, обозначающих черты личности. Из этого исходного набора отобраны черты, в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала: оценки, силы и активности. Психологические характеристики по данной методике изучались на основании показателей свойств личности: оценки «Я», силы «Я» и активности «Я».

1. Фактор оценки (О) свидетельствует об уровне самоуважения. Высокие значения этого фактора говорят о том, что испытуемый удовлетворен собой: принимает и осознает себя как носителя позитивных и социально желательных характеристик. Низкие значения фактора «О» указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность

собственным поведением, уровнем достижений, особенностями личности, на недостаточный уровень принятия самого себя. Особо низкие значения этого фактора в самооценках свидетельствуют о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности. При использовании ЛД для измерения взаимных оценок фактор «О» интерпретируется как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого.

2. Фактор силы (С) в самооценках свидетельствует о развитии волевых сторон личности, и о том, как они осознаются самим испытуемым. Высокие значения говорят о независимости, уверенности в себе, а также склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкие значения свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, зависимости от внешних обстоятельств, неспособности держаться принятой линии поведения. Особо низкие оценки свидетельствуют и указывают на тревожность и астенизацию. Во взаимных оценках фактор «С» выявляет отношения доминирования – подчинения: как они воспринимаются субъектом оценки.

3. Фактор активности (А) в самооценках интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. Высокие значения указывают на общительность, импульсивность и высокий уровень активности. Низкие значения – на интровертированность, спокойные эмоциональные реакции, пассивность. Во взаимных оценках отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга [41].

Обработка производится с помощью ключа. Подсчитываются значения по шкалам «Оценка», «Сила» и «Активность». Для каждой пары антонимов существует оценки от – 3 до +3, в зависимости от степени выраженности признака: 3 – качество проявляется очень сильно, 2 – достаточно заметно и часто встречается, 1 – проявляется иногда или слабо, 0 – трудно сказать. В связи с тем, что в программе IBM SPSS Statistics невозможна математическая обработка отрицательных значений, вместо значений оценок от – 3 до + 3, мы будем использовать оценки от 1 до 7. Сумма баллов по шкале от 7 до 21 будет

соответствовать низким значениям, от 22 – 36 – средним значениям, от 37 до 49 – высоким значениям. При интерпретации данных, полученных с помощью «ЛД», необходимо учитывать, что в них отражаются субъективные, эмоционально-смысловые представления человека о самом себе и других людях, которые могут лишь частично соответствовать реальному положению дел, но часто сами по себе имеют первостепенное значение.

2.3.3. Изучение параметров семейного окружения подростков

Методика «Личностный дифференциал»

Параметры семейного окружения с помощью методики «Личностный дифференциал» изучались на основании восприятия подростками матери и отца. Особенности данного восприятия исследовались по факторам оценки «Мать» и оценки «Отец», силы «Мать» и силы «Отец», активности «Мать» и активности «Отец».

Методика «Кинетический рисунок семьи»

Методика «Кинетический рисунок семьи» является модификацией проективной методики «Рисунок семьи» (Бернс Р., Кауфман С., 1972). Методика «Кинетический рисунок семьи» используется для диагностики внутрисемейных отношений. Авторы этой модификации с помощью инструкции «Нарисуй рисунок, в котором члены твоей семьи заняты чем-либо» обеспечивают действие дополнительного, кинетического фактора.

Для анализа качественной характеристики рисунка специалисты обращают внимание на последовательность рисования членов семьи и деталей, паузы более 15 сек, стирание деталей, спонтанные комментарии и т.д. Существует ряд простых вопросов, способствующих максимальному пониманию исследователем рисунка ребенка. Например, уместно задавать такие вопросы:

1. Кто и в какой последовательности здесь нарисован?
2. Где эти люди находятся? Чем занят каждый из них?
3. Какое настроение у каждого из этих людей?
4. Кто из них самый счастливый? Почему?
5. Кто из них самый несчастный? Почему?

В данной работе мы будем опираться на количественную оценку кинетического рисунка, разработанной Р. Ф. Беляускайте (Беляускайте Р. Ф., 1994). Р. Ф. Беляускайте при анализе «Кинетического рисунка семьи» выделяет пять симптомокомплексов: благоприятную семейную ситуацию, тревожность в семейной ситуации, конфликтность в семье, чувство неполноценности, враждебность в семейной ситуации.

Для каждого из симптомокомплексов выделен ряд характерных симптомов, с разработанной системой балльных оценок. При отсутствии признака ставится оценка 0. Внутри каждого симптомокомплекса существует определенная система оценивания: по одним признакам ставится оценка 0 или 2 либо 0 или 1, по другим – 0, 1, 2, 3 в зависимости от степени выраженности этого признака.

1. Благоприятная семейная ситуация – общая деятельность всех членов семьи (0 или 2 балла); преобладание людей на рисунке (0 или 1 балл); изображение всех членов семьи (0 или 2 балла); отсутствие изолированных членов семьи (0 или 2 балла); отсутствие штриховки (0 или 1 балл); хорошее качество линии (0 или 1 балл); отсутствие показателей враждебности (чрезмерно длинные руки и пальцы, раскинутые в стороны руки и т.д. – 0 или 2 балла), адекватное распределение людей на листе (0 или 1 балл).
2. Тревожность – штриховка (0, 1, 2, 3 балла); линия основания – пол (0 или 1 балл); линия над рисунком (0 или 1 балл); линия с сильным нажимом (0 или 1 балл); стирание (0, 1, 2 балла); преувеличенное внимание к деталям (0 или 1 балл); преобладание вещей (0 или 1 балл); двойные и прерывистые линии (0 или 1 балл); подчеркивание отдельных деталей (0 или 1 балл).

3. Конфликтность – барьеры между фигурами (0 или 2 балла); стирание отдельных фигур (0, 1, 2 балла); отсутствие отдельных частей тела у некоторых фигур (0 или 2 балла); выделение отдельных фигур (0 или 2 балла); изоляция отдельных фигур (0 или 2 балла); неадекватная величина фигуры (0 или 2 балла); несоответствие вербального описания и рисунка (0 или 1 балл); преобладание вещей (0 или 1 балл) отсутствие некоторых членов семьи (0 или 2 балла); член семьи, стоящий за спиной (0 или 1 балл).

4. Чувство неполноценности – автор рисунка непропорционально маленький (0 или 2 балла); расположение фигур на нижней части листа (0 или 2 балла); линия слабая и прерывистая (0 или 1 балл); изоляция автора от других (0 или 2 балла); маленькие фигуры (0 или 1 балл); неподвижность автора по сравнению с другими фигурами (0 или 1 балл); отсутствие автора (0 или 2 балла); автор стоит спиной (0 или 1 балл).

5. Враждебность – одна фигура на другом листе или на другой стороне листа (0 или 2 балла); агрессивная позиция фигуры (0 или 1 балл); зачеркнутая фигура (0 или 2 балла); деформированная фигура (0 или 2 балла); обратный профиль (0 или 1 балл); руки раскинуты в стороны (0 или 1 балл); пальцы длинные, подчеркнутые (0 или 1 балл) [42].

2.3.4. Математико-статистические методы обработки данных

В процессе математико-статистической обработки данных использовалась программа SPSS Statistics 22.0. Был проведен частотный анализ анкетных данных, применены описательные статистики и ряд других методов.

Для сравнения средних значений двух независимых выборок по методикам мы использовали непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Мы применили данный критерий в связи с тем, что наши независимые выборки (подростки с ВСД и условно здоровые подростки) недостаточны велики, чтобы использовать другой критерий, а также по той причине, что существуют

основания полагать, что распределение значений признаков в генеральной совокупности не соответствует нормальному распределению. Основная идея критерия U-Манна-Уитни – представление значений двух выборок в виде общей последовательности ранжированных значений [43].

Для изучения взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с ВСД и их здоровых сверстников был применен корреляционный анализ данных. Коэффициент корреляции представляет собой количественную меру силы и направления вероятностной взаимосвязи двух переменных. Если коэффициент корреляции (r) будет иметь положительное значение, мы сможем судить о наличии прямой зависимости переменных друг от друга, при отрицательном значении – обратной связи. Поскольку не все полученные данные по изучаемым признакам соответствуют нормальному распределению, мы выбрали корреляцию r -Спирмена [43].

С целью более детального изучения результатов попарного сравнения средних значений внутри каждой из групп (подростки с ВСД и здоровые подростки) по методике «Личностный дифференциал» был применен смешанный дисперсионный анализ (Mixed ANOVA).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Анализ социально-демографических данных и медицинской информации

Медицинская информация о подростках была получена из специально разработанной нами анкеты. Социально-демографическая информация была получена из анкеты и из первой части опросника Т. Ахенбаха (социально-демографическая часть методики). Мы разделили характеристики на две группы: социально-демографические и медицинские характеристики подростков и социально-демографические и медицинские характеристики семейного окружения. Для анализа различий, полученных по данным анкеты, между подростками группы 1 и группы 2 был применен частотный анализ с математическим критерием χ^2 -Пирсона. Социально-демографические и медицинские характеристики подростков 1 и 2 группы представлены в таблице 1.

Таблица 1. Социально-демографические и медицинские характеристики подростков 1 и 2 группы и значимости различий средних и распределений

Характеристики	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Социально-демографические характеристики детей											
Возраст	20	14	16	15,20	0,83	21	15	16	15,05	0,22	0,000**
Пол	20	Частота в процентах				21	Частота в процентах				0,443
		50% - мальчики, 50% - девочки					62% - мальчики, 38% - девочки				
Медицинские характеристики детей											
Заболевания	20	ЖКТ	ССС	НП	НЗ	21	ЖКТ	ССС	НП	НЗ	0,000**
		60%	30%	10%	0%		0%	0%	0%	29%	

Условные обозначения: N – число подростков, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее значение, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различия, ЖКТ- соматические проблемы со стороны желудочно-кишечного

тракта, ССС – проблемы со стороны сердечно-сосудистой системы, НП – неврологические проблемы (цефалгии), НЗ – нарушения зрения.

Из таблицы 1 видно, что по *возрасту* и характеру *заболеваний* подростки 1 и 2 группы имеют различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$). Различия *по возрасту* связаны с тем, что в 1 группу вошли подростки в возрасте от 14 до 15 лет, в то время как во вторую группу, в основном, вошли более взрослые подростки в возрасте 15 – 16 лет. По характеру *заболевания* различия между подростками можно объяснить следующим образом: в группу 1 вошли подростки с ВСД, имеющие ряд нарушений со стороны разных систем организма (желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая и нервная системы), а в группу 2 – условно здоровые подростки, среди которых обнаружили детей только с нарушением зрения. По *полу* статистически значимых различий в 1 и 2 группе выявлено не было, т.к. группы однородны по составу мальчиков и девочек ($p > 0,1$).

Социально-демографические и медицинские характеристики семейного окружения подростков 1 и 2 группы представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что по образованию матери подростки 1 и 2 группы имеют статистически значимые различия ($p < 0,05$): лишь 50% матерей подростков с ВСД имеют высшее образование, в то время как среди матерей здоровых подростков – 86%.

По образованию отца, наличию других детей в семье, разводов, а также наличию каких-либо заболеваний у родителей между подростками 1 и 2 группы не обнаружено статистически значимых различий ($p > 0,1$). Следовательно, примерно одинаковый процент отцов, как подростков с ВСД, так и здоровых подростков имеют высшее образование (55% и 65%). Кроме того подростки 1 и 2 группы проживают, преимущественно, в полных семьях и имеют братьев или сестер. При этом развод среди родителей подростков обеих групп практически не встречается. Наличие каких-либо заболеваний у родителей отмечают подростки 1 и 2 группы.

Таблица 2. Распределения социально-демографических и медицинских характеристик семейного окружения подростков 1 и 2 группы и значимости различий

Характеристик и	N	1 группа		N	2 группа		P
		Частота распределения в процентах			Частота распределения в процентах		
Социально-демографические характеристики семейного окружения подростков							
Образование		высшее образовани е	среднее образовани е		высшее образование	среднее образование	
матери	2 0	50%	50%	2 1	86%	14%	0,014 *
отца	2 0	55%	45%	2 1	65%	35%	0,519
Наличие других детей в семье	2 0	80%		2 1	57%		0,116
Развод родителей	2 0	10%		2 1	5%		0,972
Неполная семья	2 0	10%		2 1	5%		0,520
Медицинские характеристики семейного окружения подростков							
Наличие заболеваний у родителей	2 0	55%		2 1	38%		0,278

Условные обозначения: N – число подростков, охарактеризовавших своих родителей p – уровень значимости различий.

3.2. Анализ эмоциональных и поведенческих характеристик подростков

Данные эмоциональных и поведенческих характеристик подростков были получены по методике «Юношеский опросник для 11 – 18 лет» Т. Ахенбаха. В связи с тем, что помимо социально-демографической части методика Т. Ахенбаха также состоит из профилей общей функциональной компетентности (активность, социализация, академическая успеваемость) и непосредственно самого структурированного опросника, результаты представлены в разных

таблицах. Для сравнения средних значений показателей профилей и шкал опросника подростков 1 и 2 группы был применен непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Результаты сравнения профилей общей функциональной компетентности представлены в таблице 3 и на рисунке 1.

Таблица 3. Описательные статистики профилей функциональной компетентности подростков 1 и 2 группы и значимости различий

Профили функциональной компетентности	N	1 группа				N	2 группа				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Активность	20	6	18	10,95	3,03	21	3	25	12,52	5,27	0,289
Социализация	20	3	16	9,9	3,32	21	5	14	9,2	2,2	0,269
Академ. успеваемость	20	5	18	10,45	3,36	21	4	17	10,09	3,63	0,885
Общий балл	20	21	43	31,3	6,22	21	16	42	31,8	6,96	0,764

Условные обозначения: N – число подростков, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий.

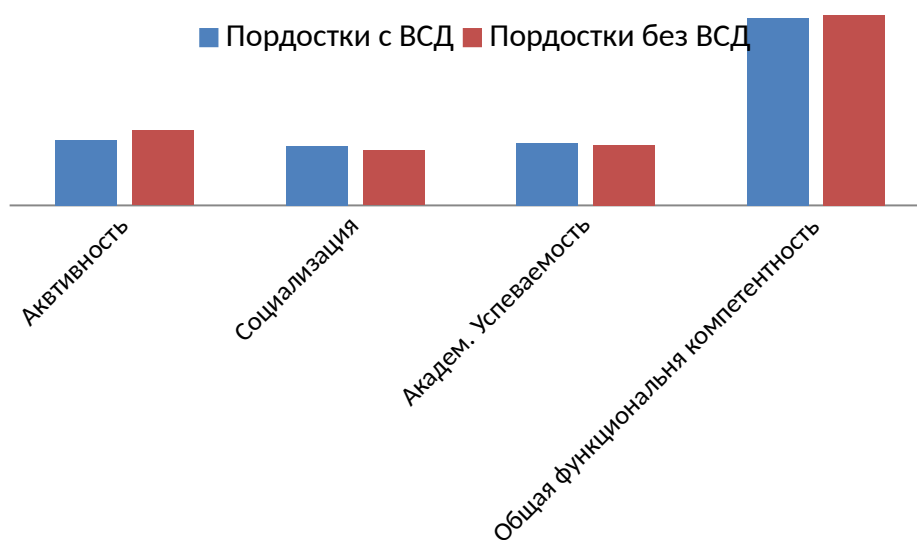


Рис. 1 – Различия между подростками 1 и 2 группы по показателям профилей функциональной компетентности

Из таблицы 3 и рисунка 1 видно, что между подростками 1 и 2 группы не существует статистически значимых различий по показателям профилей

функциональной компетентности (активности, социализации и академической успеваемости). Следовательно, как подростки с ВСД, так и их здоровые сверстники имеют приблизительно одинаковое количество внешкольных увлечений, домашних обязанностей, спортивных интересов и т.д. Количество близких друзей и частота общения и встреч с ними, а также успехи в учебе у подростков 1 и 2 группы не имеют статистически достоверных различий.

Результаты сравнения эмоциональных и поведенческих характеристик подростков 1 и 2 группы представлены в таблице 4.

Таблица 4. Описательные статистики эмоциональных и поведенческих характеристик подростков 1 и 2 группы и уровни значимости различий

Шкалы опросника Ахенбаха	N	1 группа				N	2 группа				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Тревожность	20	0	20	7,6	5,59	21	0	15	5,95	5,59	0,067+
Замкнутость	20	1	13	6,3	3,97	21	0	10	4,7	2,9	0,091+
Соматические проблемы	20	0	14	6,75	4,7	21	0	7	3,38	2,31	0,014*
Общий балл по внутр. проб-ам	20	4	43	21,65	11,17	21	2	30	14,05	7,26	0,028*
Социальные проблемы	20	0	19	5,6	4,36	21	0	12	3,67	2,85	0,134
Проблемы мышления	20	1	16	7,35	4,25	21	0	12	4,81	3,19	0,043*
Проблемы внимания	20	3	15	7,55	2,99	21	1	14	6,29	3,26	0,232
Проблемы поведения	20	0	16	7,50	5,27	21	1	11	4,76	2,95	0,116
Агрессия	20	2	25	11,2	6,85	21	2	17	9,29	4,63	0,440
Общий балл по внеш. проб-мам	20	5	37	18,7	11,06	21	4	28	14,05	6,93	0,290

Условные обозначения: N – число подростков, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий.

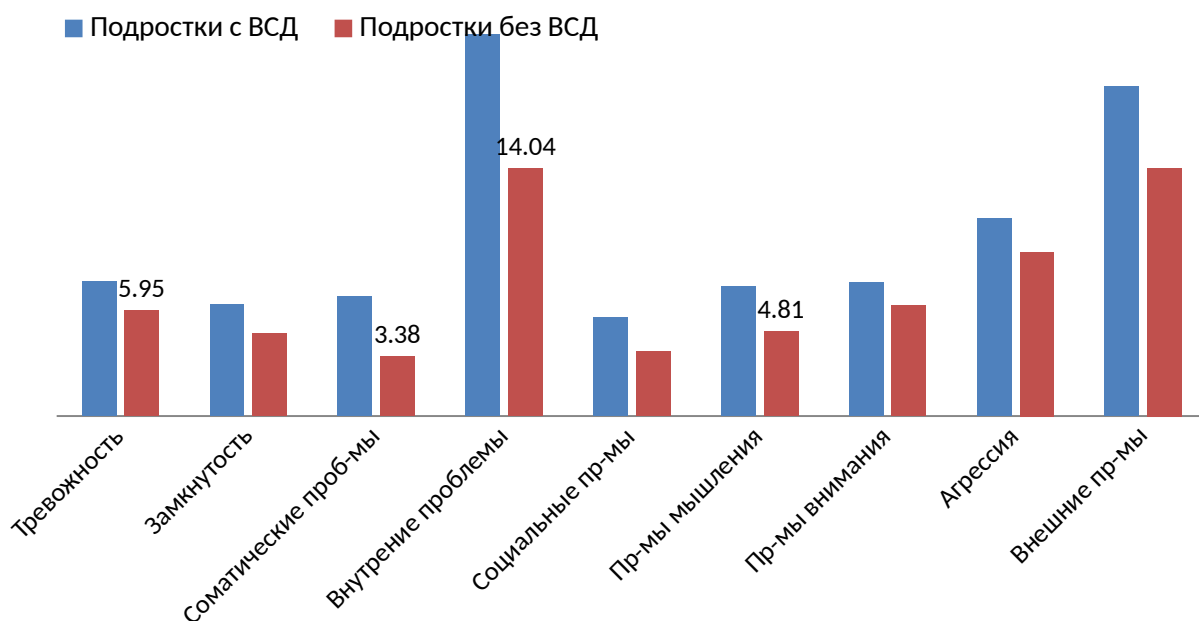


Рис. 2 – Различия между подростками 1 и 2 группы по показателям эмоциональных и поведенческих проблем

Итак, из таблицы 4 и рисунка 2 видно, что на уровне статистической тенденции существуют различия между подростками с ВСД и их условно здоровыми сверстниками по показателям *тревожности* и *замкнутости* ($p < 0,1$). Сравнивая средние значения данных показателей, мы обнаружили следующее: подростки с ВСД характеризуются более высоким уровнем тревожности и замкнутости, чем их здоровые сверстники.

Кроме того подростки с ВСД отличаются от своих здоровых сверстников по показателям *соматических проблем*, *внутренних проблем* и *проблем мышления* на уровне статистической значимости ($p < 0,05$). При этом подростки с ВСД отмечают у себя гораздо больше проблем со здоровьем по сравнению с их здоровыми сверстниками (избыточный вес, тошнота, рвота, боли в животе, проблемы с глазами и т.д.). *Внутренние проблемы* (совокупность показателей тревожности, замкнутости и соматических проблем), а также *проблемы мышления* (компульсивные действия и навязчивые мысли) в большей степени характерны для подростков с ВСД, чем для их здоровых сверстников.

По показателям *социальных проблем, проблем мышления, внимания и поведения, а также агрессии, внешним проблемам* (общий балл по показателям перечисленных проблем) между подростками 1 и 2 группы не было обнаружено статистически значимых различий.

3.2. Анализ восприятия подростками свойств собственной личности и межличностных отношений

Восприятие свойств собственной личности подростками, а также их восприятие родителей мы изучали с помощью методики «Личностный дифференциал». Уровни значимости различий получены в результате сравнения средних значений по шкалам методики с помощью применения непараметрического критерия U-Манна-Уитни. Результаты сравнения показателей оценки, силы и активности «Я», «Мать», «Отец» подростков группы 1 и группы 2 представлены в таблице 5.

Таблица 5. Описательные статистики по показателям факторов оценки, силы и активности подростков 1 и 2 группы и значимости различий

Шкалы «ЛД»	N	1 группа				N	2 группа				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Оценка «Я»	20	17	48	37,05	5,98	21	25	43	36,95	4,04	0,462
Сила «Я»	20	16	46	33,37	6,64	21	16	43	32,52	6,32	0,464
Активность «Я»	20	3	45	32,54	7,02	21	3	43	31,48	8,29	0,504
Общий балл «Я»	20	80	131	104,95	13,43	21	65	115	100,95	13,76	0,638
Оценка «Мать»	20	17	49	42,06	6,2	21	30	49	40,91	4,94	0,067+
Сила «Мать»	20	30	47	38,54	4,0	21	31	44	37,31	3,08	0,352
Активность «Мать»	20	29	44	37,98	3,62	21	32	43	37,62	3,14	0,528
Общий балл «Мать»	20	86	135	120,8	11,0	21	99	132	116,43	8,54	0,058+

Шкалы «ЛД»	N	1 группа				N	2 группа				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Оценка «Отец»	20	18	48	39,86	5,64	21	34	48	40,14	4,32	0,796
Сила «Отец»	20	29	48	37,98	4,38	21	31	44	37,24	3,56	0,259
Активность «Отец»	20	27	44	34	4,07	21	27	44	33,91	4,35	0,765
Общий балл «Отец»	20	0	132	106,85	28,21	21	95	126	111,28	9,44	0,734

Условные обозначения: N – число подростков, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий, ЛД – личностный дифференциал.

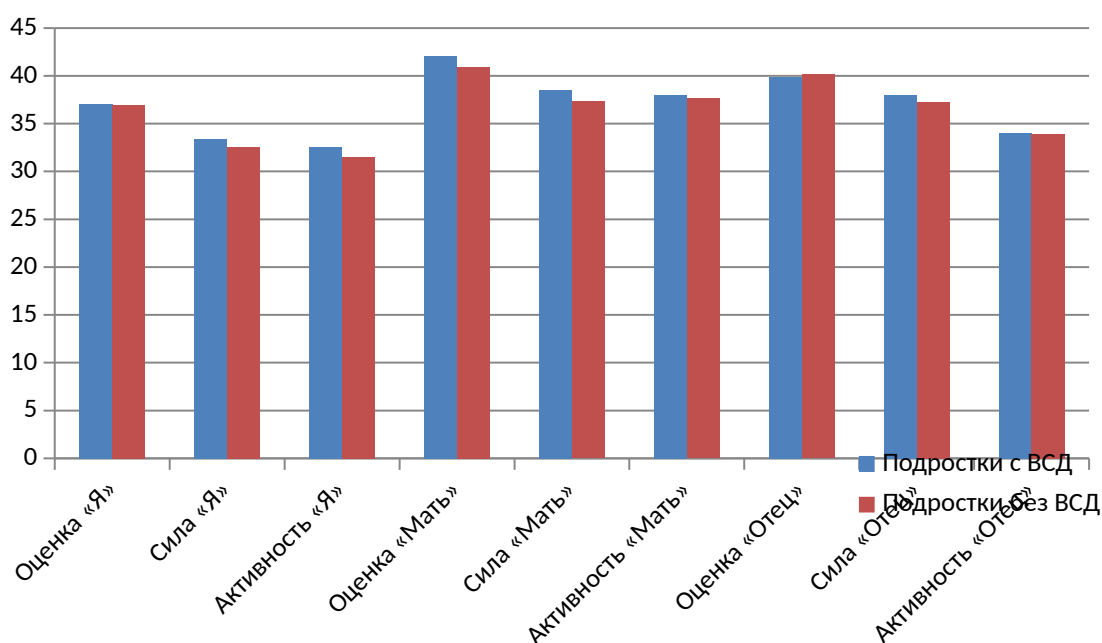


Рис. 3 – Факторы оценки, силы и активности «Я», «Мать» и «Отец» у подростков 1 и 2 группы

Из таблицы 5 и рисунка 3 видно, что по фактору *оценки «Мать»* и *общему баллу «Мать»* подростки с ВСД и их здоровые сверстники имеют различия на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$). При этом подростки с ВСД в отличие от своих здоровых сверстников демонстрируют более выраженную симпатию и уважение по отношению к своим матерям, в большей степени воспринимая их

самостоятельными, независимыми, общительными и социально активными личностями.

Остальные результаты по данной методике мы проанализировали с помощью специального ключа методики. Зная точные пределы низких, средних и высоких значений: 7 – 21, 22 – 36, 37 – 49 баллов соответственно, мы сделали интерпретацию по среднегрупповым значениям факторов оценки, силы и активности. Как видно из таблицы 5, среднегрупповые значения факторов оценки «Я», «Мать» и «Отец» находятся в пределах высоких значений ключа методики (37 – 49 баллов). Следовательно, как подростки с ВСД, так и их здоровые сверстники демонстрируют высокий уровень уважения и симпатии в отношении восприятия обоих родителей. Среднегрупповые значения факторов силы «Мать» и «Отец» также находятся в пределах высоких значений, что свидетельствует о восприятии своих родителей крайне независимыми и чрезвычайно уверенными в себе личностями, в трудных ситуациях рассчитывающими на собственные силы. Среднегрупповое значение фактора силы «Я» находится в средних пределах ключа методики (22 – 36 баллов), что указывает на умеренную уверенность в собственных силах, независимость и самостоятельность. Шкала с высоким среднегрупповым значением фактора активности «Мать» указывает на субъективное восприятие подростками своих матерей коммуникабельными, импульсивными и социально активными – экстравертированными личностями. Среднегрупповые значения факторов активность «Я» и активность «Отец» находятся в средних пределах ключа методики (22 – 36 баллов). Следовательно, испытуемые демонстрируют умеренную общительность и социальную активность, как собственной личности, так и личности отца.

При таком рассмотрении полученных результатов видно, что:

1. в группе 1 среднегрупповое значение *общего балла «Мать»* ($120,8 \pm 11$) намного превышает среднегрупповые значения *общего балла «Я»* ($104,95 \pm 13,43$) и *общего балла «Отец»* ($106,85 \pm 28,21$);

2. в группе 2 среднегрупповое значение *общего балла «Мать»* (116,43±8,54) намного превышает среднегрупповое значение *общего балла «Я»* (100,95±13,76).

Учитывая такие видимые на глаз различия, было решено провести попарное сравнение среднегрупповых значений по общим балльным показателям с помощью смешанного дисперсионного анализа (Mixed ANOVA). Результаты этого анализа представлены в таблице 6 и на рисунке 4.

Таблица 6. Попарные сравнения средних значений общих показателей методики личностного дифференциала для понятий «Я», «Мать» и «Отец» подростков 1 и 2 группы и значимости различий

Группа	Шкалы «ЛЛ»	Шкалы «ЛЛ»	n
Здоровые подростки	Общий балл «Я»	Общий балл «Мать»	0,000**
		Общий балл «Отец»	0,062+
	Общий балл «Мать»	Общий балл «Я»	0,000**
		Общий балл «Отец»	0,321
	Общий балл «Отец»	Общий балл «Я»	0,062+
		Общий балл «Мать»	0,321
Подростки с ВСД	Общий балл «Я»	Общий балл «Мать»	0,000**
		Общий балл «Отец»	0,753
	Общий балл «Мать»	Общий балл «Я»	0,000**
		Общий балл «Отец»	0,011*
	Общий балл «Отец»	Общий балл «Я»	0,753
		Общий балл «Мать»	0,011*

Условные обозначения: ЛД – «Личностный дифференциал», p – уровень значимости различий.

Из таблицы 6 и рисунка 4 видно, что подростки с ВСД воспринимают личность матери по сравнению с собой и личностью отца, как значимо более привлекательную, достойную уважения, самостоятельную, независимую, решительную, активную, коммуникабельную и экстравертированную. Здоровые подростки также значимо выше по сравнению с собой оценивают личность матери и выше на уровне статистической тенденции – личность отца.

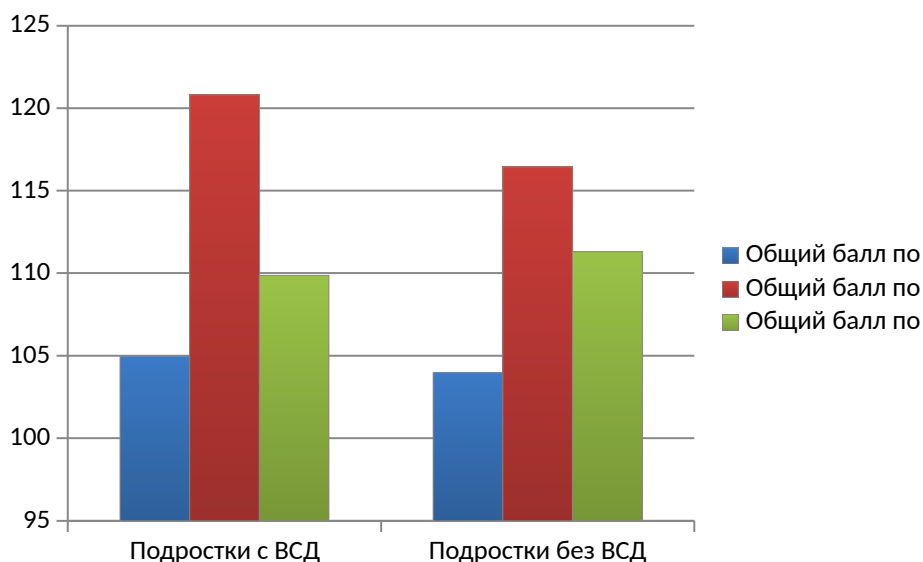


Рис. 4 – Общие баллы «Я», «Мать» и «Отец» у подростков 1 и 2 группы

3.3. Анализ параметров семейного окружения подростков

Параметры внутрисемейных отношений подростков изучались с помощью методики «Кинетический рисунок семьи». Для сравнения средних значений по показателям шкал методики был применен непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Результаты сравнения параметров семейного окружения представлены в таблице 7 и на рисунке 5.

Таблица 7. Описательные статистики по показателям параметров семейного окружения подростков 1 и 2 группы и значимости различий

Шкалы «КР»	N	1 группа				N	2 группа				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Благоприятная ситуация	20	2	10	5,63	2,27	21	3	10	6,33	1,93	0,033*
Тревожность	20	0	8	3,44	2,16	21	0	6	2,29	1,52	0,001**
Конфликтность	20	0	10	4,17	2,99	21	0	5	2,1	1,58	0,000**
Чувство неполноценности	20	0	6	1,44	1,52	21	0	3	0,67	0,91	0,001**
Враждебность	20	0	6	1,17	1,39	21	0	3	1,24	0,90	0,162

Условные обозначения: *N* – число подростков, *Min* – минимальное значение, *Max* – максимальное значение, *Mean* – среднее, *SD* – стандартное отклонение, *p* – уровень значимости различий, *KP*- «Кинетический рисунок семьи».

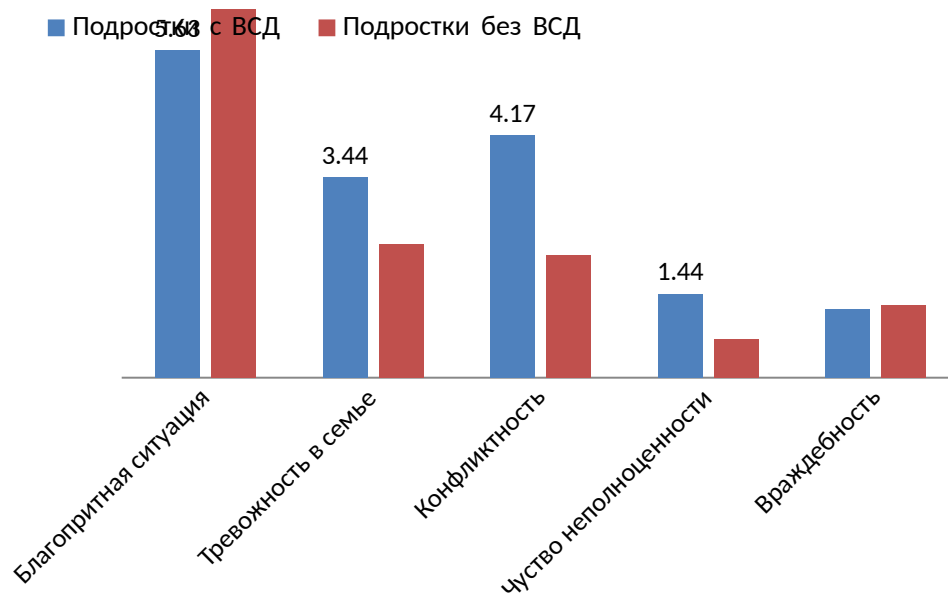


Рис. 5 – Параметры семейного окружения у подростков группы 1 и группы

Из таблицы 7 и рисунка 5 видно, что по показателям шкалы «Благоприятная семейная ситуация» между подростками с ВСД и их здоровыми сверстниками обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$). При этом семейное окружение подростков с ВСД характеризуется значительно менее выраженным уровнем сплоченности, интегративности и удовлетворенности семейной ситуацией по сравнению с их здоровыми сверстниками. По показателям шкалы «Тревожность в семейной ситуации», «Конфликтность в семье», «Чувство неполноценности» между подростками с ВСД и их здоровыми сверстниками обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,001$). Подростки с ВСД в отличие от своих здоровых сверстников субъективно воспринимают семейную ситуацию, как более тревожную и конфликтную. Кроме того подростки с ВСД по сравнению со своими здоровыми сверстниками демонстрируют значительно более высокий уровень чувства собственной неполноценности в семейной ситуации.

По показателю «Враждебность» между подростками 1 и 2 группы статистически значимых различий обнаружено не было. Следовательно, уровень враждебности как в семьях подростков с ВСД, так и семьях здоровых подростков проявляется одинаково.

3.4. Сравнение показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек

Учитывая данные результатов исследования по психосоматическим расстройствам у мальчиков и девочек Дж. Бека, мы решили провести сравнительный анализ психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек с ВСД и здоровых мальчиков и девочек с помощью математического критерия U-Манна-Уитни. Данный анализ был проведен в два этапа: сначала мы сравнивали средние значения по методикам у мальчиков и девочек с ВСД, затем – у здоровых мальчиков и девочек.

Сравнение показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек с вегето-сосудистой дистонией

Результаты сравнения психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек с ВСД представлены в таблице 8.

Таблица 8. Описательные статистики показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек группы 1 и значимости различий

Шкалы методик	N	Мальчики				N	Девочки				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Методика «Юношеский опросник для 11 – 18 лет»											
Активность	10	6	13	11,2	3,71	10	8	15	10,7	2,36	0,796
Социализация	10	3	15	9,8	3,39	10	5	16	10,0	3,43	0,971
Академ. успеваемость	10	5	16	10,3	3,68	10	6	18	10,6	3,84	0,971
Общий балл по профилям	10	23	43	31,3	6,11	10	21	41	31,3	6,67	1,0
Тревожность	10	0	16	6,5	4,53	10	5	20	10,4	4,9	0,089+
Замкнутость	10	1	9	4,5	2,51	10	5	13	8,1	2,96	0,015*
Соматические проблемы	10	1	14	5,1	4,89	10	3	14	8,7	3,47	0,043*
Общий балл по внутр. проб-ам	10	4	39	16,1	10,02	10	14	43	27,2	9,72	0,015*
Социальные проблемы	10	0	19	4,9	5,32	10	2	11	6,3	3,27	0,143
Проблемы мышления	10	1	14	6,1	3,9	10	2	16	8,6	4,4	0,247
Проблемы внимания	10	3	15	7,7	3,68	10	3	10	7,4	2,32	0,971
Проблемы поведения	10	4	16	9,2	4,59	10	0	16	5,8	5,57	0,100
Агрессия	10	3	25	12,2	7,45	10	2	22	10,2	6,43	0,631
Общий балл по внеш. проб-мам	10	7	37	21,4	11,09	10	5	34	16,0	10,9	0,280
Методика «Личностный дифференциал»											
Оценка «Я»	10	17	48	36,2	8,63	10	22	47	37,9	6,82	0,739
Сила «Я»	10	24	42	33,7	6,22	10	23	46	34,8	8,03	0,912
Активность «Я»	10	28	39	32,8	3,33	10	19	45	34,5	6,93	0,247
Общий балл «Я»	10	80	124	102,7	12,18	10	84	131	107,2	14,9	0,631
Оценка «Мать»	10	36	49	44,1	4,28	10	17	49	42,7	9,45	0,912
Сила «Мать»	10	31	47	40,1	5,65	10	30	43	38,3	3,83	0,436
Активность «Мать»	10	32	44	39,3	3,8	10	29	43	37,4	4,4	0,353

Шкалы методик	N	Мальчики				N	Девочки				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Методика «Личностный дифференциал»											
Общий балл «Мать»	10	112	135	123,5	7,37	10	86	129	118,1	13,6	0,631
Оценка «Отец»	10	18	46	37,2	8,07	10	32	46	42,2	4,47	0,095+
Сила «Отец»	10	29	44	37,1	5,32	10	34	48	40,67	4,42	0,278
Активность «Отец»	10	28	36	31,4	2,55	10	33	42	37,11	2,62	0,000*
Общий балл «Отец»	10	76	120	105,7	13,57	10	0	132	108	38,64	0,043*
Методика «Кинетический рисунок семьи»											
Благоприятная ситуация	10	2	10	5,1	2,33	10	2	9	4,7	2,58	0,631
Тревожность в семье	10	1	8	4,2	2,2	10	1	8	5,1	1,97	0,436
Конфликтность	10	3	10	6,7	2,06	10	0	10	6	3,06	0,739
Чувство неполноценности	10	0	6	2,4	1,96	10	0	4	2,1	1,29	0,971
Враждебность	10	0	6	2	2,1	10	0	1	0,2	0,42	0,023*

Условные обозначения: N – число подростков, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий.

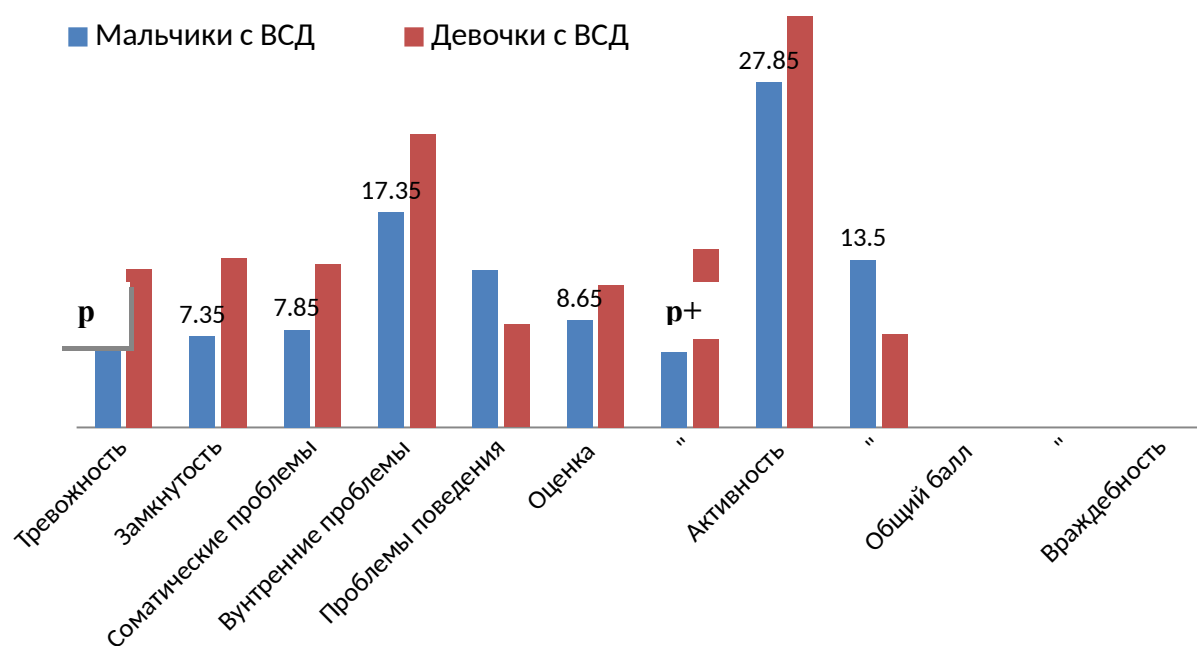


Рис. 6 – Психологические характеристики и параметры семейного окружения мальчиков и девочек с ВСД

Как видно из таблицы 8 и рисунка 6, на уровне статистической тенденции между мальчиками и девочками были обнаружены различия по показателю *тревожности, проблем поведения и фактору оценки «Отец»* ($p < 0,1$). При этом девочки в отличие от мальчиков характеризуются более высокими показателями тревожности. Мальчики же в большей степени, чем девочки демонстрируют проблемы поведения, связанные с нарушением правил дома и в школе. Девочки по сравнению с мальчиками проявляют больше уважения и симпатии по отношению к своим отцам.

По показателям *замкнутости, соматических проблем, внутренних проблем* (совокупность показателей тревожности, замкнутости и соматических проблем), а также *враждебности в семье и общему баллу «Отец»* (совокупность показателей оценки, силы и активности «Отец») между мальчиками и девочками с ВСД существуют статистически достоверные различия ($p < 0,05$). При этом показатель внутренних проблем девочек с ВСД намного превышает показатель этих же проблем у мальчиков, что характеризует девочек с ВСД как более тревожных, замкнутых и подверженных соматическим проблемам; в семейной ситуации мальчики либо демонстрируют враждебность по отношению к семейному окружению, либо воспринимают отдельных членов семьи агрессивными, на что указывает изображение себя или членов семьи на кинетическом рисунке с деформированными телами и в агрессивных позах (например, с топором в руках, с раскинутыми в стороны руками). Таким образом, семейное окружение мальчиков с ВСД по сравнению с девочками с ВСД характеризуется более выраженной агрессией и враждебностью. Анализируя высокие значения девочек с ВСД по *общему баллу «Отец»*, можно отметить, что девочки из 1 группы по сравнению с мальчиками этой же группы демонстрируют более выраженную симпатию и уважение по

отношению к своим отцам, воспринимая их сильными, независимыми и социально активными личностями.

Мальчики и девочки с ВСД имеют различия на высоком уровне статистической значимости по фактору активности «Отец» ($p < 0,001$). При этом девочки с ВСД по сравнению с мальчиками с ВСД воспринимают своих отцов более общительными, открытыми и социально активными.

Сравнение показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения здоровых мальчиков и девочек

Результаты сравнения психологических характеристик и параметров семейного окружения здоровых мальчиков и девочек представлены в таблице 9.

Таблица 9. Описательные статистики показателей психологических характеристик и параметров семейного окружения мальчиков и девочек группы 2 и значимости различий

Шкалы методик	N	Мальчики				N	Девочки				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Методика «Юношеский опросник для 11 – 18 лет»											
Активность	13	5	25	12,85	5,2 3	8	3	17	12,0	5,67	1,000
Социализация	13	7	14	9,62	2,2 2	8	5	11	8,5	2,14	0,547
Академ. успеваемость	13	4	17	9,85	3,6 5	8	7	16	10,5	3,82	0,804
Общий балл по профилям	13	23	41	32,31	6,2 1	8	16	42	31,0	8,43	0,804
Тревожность	13	0	8	4,69	2,4 3	8	0	15	8,0	5,34	0,121
Замкнутость	13	1	10	4,23	2,6 8	8	2	10	5,5	3,21	0,374
Соматические проблемы	13	0	7	3,0	2,6 5	8	1	6	4,0	1,6	0,500
Общий балл по внутр. проб-ам	13	2	23	11,92	6,0 1	8	7	30	17,5	8,16	0,161
Социальные проблемы	13	0	12	3,69	3,1 2	8	0	7	3,63	2,56	0,860
Проблемы мышления	13	0	11	4,31	2,9 8	8	1	12	5,63	3,54	0,268
Проблемы внимания	13	1	10	5,77	2,8 6	8	1	14	7,13	3,87	0,500

Продолжение таблицы 9

Шкалы методик	N	Мальчики				N	Девочки				p
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Методика «Юношеский опросник для 11 – 18 лет»											
Проблемы поведения	13	1	11	4,84	2,9 9	8	1	10	4,63	3,07	0,86
Агрессия	13	2	17	8,846	4,9 3	8	3	16	10	4,31	0,697
Общий балл по внеш. проб-мам	13	4	28	13,69	7,3 2	8	4	26	14,63	6,67	0,804
Методика «Личностный дифференциал»											
Оценка «Я»	13	32	43	37,23	3,1 9	8	25	43	36,5	5,37	0,595
Сила «Я»	13	23	43	33,31	5,5 9	8	16	40	31,25	7,59	0,121
Активность «Я»	13	22	43	33,85	5,5 4	8	3	38	27,63	10,7 9	0,456
Общий балл по «Я»	13	86	115	104,3 9	8,2 2	8	65	113	95,38	19,1 7	0,456
Оценка «Мать»	13	33	49	41,23	5,0 4	8	30	45	40,38	5,07	0,916

Сила «Мать»	1 3	31	44	37,85	3,3 4	8	34	43	38	2,83	0,916
Активность «Мать»	1 3	32	43	38,31	2,9 8	8	32	41	36,5	3,25	0,301
Общий балл по «Мать»	1 3	108	132	117,3 9	7,9 4	8	99	126	114,8 8	9,78	0,697
Оценка «Отец»	1 3	34	48	39,08	4,2 7	8	34	46	41,88	4,05	0,121
Сила «Отец»	1 3	31	44	37,46	4,4 1	8	34	39	36,88	1,64	1
Активность «Отец»	1 3	28	38	33,08	3,0 4	8	27	44	35,25	5,89	0,414
Общий балл по «Отец»	1 3	95	126	109,6 2	9,8 6	8	99	124	114	8,62	0,336
Методика «Кинетический рисунок семьи»											
Благоприятная ситуация	1 3	4	10	6,54	2,1 1	8	3	8	6	1,69	0,645
Тревожность в семье	1 3	0	4	1,77	1,0 9	8	1	6	3,13	1,81	0,089 +
Конфликтность	1 3	0	5	2,08	1,7 1	8	0	4	2,13	1,46	0,972
Чувство неполноценности	1 3	0	3	0,92	1,0 4	8	0	1	0,25	0,46	0,185
Враждебность	1 3	0	3	1,15	1,0 7	8	0	3	1,38	0,92	0,595

Условные обозначения: N – число матерей, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий.

Из таблицы 9 видно, что в группе здоровых подростков между мальчиками и девочками на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$) были обнаружены различия лишь по показателям шкалы «Тревожность в семейной ситуации». При этом девочки по сравнению с мальчиками воспринимают семейную ситуацию как более тревожную и нестабильную.

3.5. Изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с вегето-сосудистой дистонией и их здоровых сверстников

Изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков проводилось с помощью

корреляционного анализа. Применив корреляцию r-Спирмена к полученным данным по каждой методике, мы обнаружили существование определенных взаимосвязей между некоторыми психологическими характеристиками подростков и параметрами их семейного окружения.

Изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у подростков с вегето-сосудистой дистонией

С помощью математического анализа полученных по методикам данных в группе подростков с ВСД было обнаружено большое количество статистически достоверных взаимосвязей между психологическими характеристиками подростков и параметрами их семейного окружения. Ниже представлены наиболее значимые для нашего исследования взаимосвязи.

1. *Тревожность* отрицательно коррелирует с *социализацией* по методике Т. Ахенбаха ($r=-0,446$; $p=0,049$) и с *семейным благополучием* по методике «Кинетический рисунок семьи» ($r=-0,446$; $p=0,049$). Подростки с высоким уровнем тревожности имеют мало социальных контактов и редко принимают участие в каких-либо общественных организациях; их семейное окружение характеризуется низким уровнем сплоченности и интегративности членов семьи.

2. Наличие у детей *соматических проблем* по методике Т. Ахенбаха отрицательно коррелирует с *фактором активности «Мать»* по методике «Личностный дифференциал» ($r=-0,49$; $p=0,03$). Подростки с такими соматическими жалобами, как головная боль, боль в животе, тошнота, рвота и т.д., чаще описывают своих матерей пассивными и замкнутыми.

3. Наличие у детей *социальных проблем* по методике Т. Ахенбаха отрицательно коррелирует с *общим баллом «Я»* по методике «Личностный дифференциал» ($r=-0,479$; $p=0,033$). Подростки, имеющие проблемы общения со сверстниками и часто испытывающие чувство одиночества, характеризуются

низким уровнем самопринятия и самоуважения, а также восприятием себя несамостоятельными, зависимыми, замкнутыми и пассивными личностями.

4. *Фактор оценки «Личностного дифференциала» «Я»* положительно коррелирует с *академической успеваемостью* по методике Т. Ахенбаха ($r=0,49$; $p=0,028$) и положительно коррелирует с *семейным благополучием* по методике «Кинетический рисунок семьи» ($r=0,39$; $p=0,09$). Подростки, высоко оценивающие себя как личность, демонстрируют успехи в учебе, а их семейное окружение характеризуется сплоченностью и интегративностью.

5. *Фактор силы «Я»* положительно коррелирует с факторами *оценки «Отец»* ($r=0,61$; $p=0,005$) и *силы «Отец»* ($r=0,56$; $p=0,01$) по методике «Личностный дифференциал». Подростки, которые описывают своих отцов решительными, независимыми, достойными уважения и принятия людьми, и себя воспринимают сильными и самостоятельными.

6. *Фактор силы «Мать»*, полученный по методике «Личностный дифференциал» положительно коррелирует с *активностью* ($r=0,464$; $p=0,04$) и *проблемами поведения* ($r=0,49$; $p=0,03$) по методике «Юношеский опросник для 11-18 лет». Подростки, которые характеризуют своих матерей чрезвычайно решительными, крайне независимыми, самостоятельными и доминирующими, описывают себя активными вне школы (хобби, спорт, домашние обязанности) и чаще демонстрируют, такие проблемы поведения, как непослушание взрослым, нарушение правил дома и в школе.

7. *Семейное благополучие* на высоком уровне статистической значимости отрицательно коррелируют с *конфликтностью в семье* по методике «Кинетический рисунок семьи» ($r=-0,63$; $p=0,003$). Чем сплоченнее, комфортнее и безопаснее ощущает себя подросток в семье, тем меньше он стремится к оппозиции, негативизму и конфликтам в семье.

Итак, корреляционный анализ показал, что для подростков группы 1 большое значение для самовосприятия имеет образ отца и семейное

благополучие. Самоуважение, самопринятие и тревожность подростков с ВСД связаны с уровнем сплоченности и интегративности членов семьи, а оценка подростками таких качеств собственной личности, как сила, решительность, независимость и самостоятельность связана с восприятием силы и активности личности своих отцов. Соматические проблемы и проблемы поведения, напротив, связаны с восприятием образа матери, а именно с такими характеристиками ее личности, как сила, доминирование, экстраверсия и импульсивность (см. приложение В).

Изучение взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения у здоровых подростков

В группе здоровых подростков так же было обнаружено большое количество статистически достоверных взаимосвязей между психологическими характеристиками подростков и параметрами их семейного окружения. Ниже представлены наиболее значимые для нашего исследования взаимосвязи.

1. *Активность* по методике Т. Ахенбаха положительно коррелирует с *фактором силы «Мать»* по методике «Личностный дифференциал» ($r=0,474$; $p=0,03$). Подростки, описывающие своих матерей, как независимых, решительных и самостоятельных, отмечают у себя высокий уровень активности вне школы (посещение спортивных секций и кружков по интересам, выполнение домашних обязанностей).
2. *Фактор силы «Я»* положительно коррелирует с факторами *оценки «Мать»* ($r=0,525$; $p=0,005$) и *силы «Мать»* ($r=0,754$; $p=0,000$) по методике «Личностный дифференциал». Подростки, которые проявляют симпатию и уважение к своим матерям, воспринимая их самостоятельными и решительными, характеризуют себя сильными и волевыми личностями.
3. *Фактор оценки «Я»* положительно коррелирует с *факторами оценки «Мать»* ($r=0,557$; $p=0,009$) и *силы «Отец»* ($r=0,603$; $p=0,004$) по методике «Личностный дифференциал, а также положительно коррелирует с

академической успеваемостью ($r=0,549$; $p=0,01$) и отрицательно – с *проблемами мышления* ($r=-0,501$; $p=0,021$) по методике Т. Ахенбаха. Подростки, проявляющие высокий уровень уважения и симпатии по отношению к своим матерям и воспринимающие своих отцов решительными и независимыми, характеризуются высокой степенью самопринятия и самоуважения, а также хорошей успеваемостью по школьным предметам и отсутствием проблем мышления (навязчивые мысли и компульсивные действия).

4. *Замкнутость* отрицательно коррелирует с *социализацией* ($r=-0,517$; $p=0,016$) по методике Т. Ахенбаха. Подростки с высоким уровнем замкнутости характеризуются низким уровнем социальных контактов; они редко принимают участие в каких-либо общественных организациях.

5. *Соматические проблемы* по методике Т. Ахенбаха положительно коррелируют с факторами *силы «Отец»* ($r=0,454$; $p=0,039$) и *активности «Отец»* ($r=0,558$; $p=0,009$) по методике «Личностный дифференциал». Следовательно, чем в большей степени подростки воспринимают своих отцов доминирующими и импульсивными личностями, тем чаще они отмечают у себя такие соматические жалобы, как головные боли, боли в животе, тошноту, лишний вес и т.д.

6. *Внутренние проблемы* положительно коррелируют с показателями *социальных проблем* ($r=0,543$; $p=0,011$) по методике Т. Ахенбаха. Подростки с высоким уровнем тревожности, замкнутости и соматическими проблемами характеризуются такими социальными проблемами, как одиночество, низкий уровень социальных контактов, проблемы общения со сверстниками.

7. *Проблемы поведения* по методике Т. Ахенбаха положительно коррелируют с фактором *активности «Отец»* ($r=0,491$; $p=0,024$). Подростки, воспринимающие своих отцов чрезмерно активными и импульсивными, часто демонстрируют такие проблемы поведения, как нарушение правил дома и в школе, непослушание взрослым и т.д.

8. По методике «Кинетический рисунок семьи» показатели *семейного благополучия* на высоком уровне статистической значимости отрицательно коррелируют с *показателями конфликтности в семье* ($r=-0,557$; $p=0,009$). Чем выше уровень сплоченности и безопасности в семьях подростков, тем ниже уровень конфликтности в семейной ситуации.

Итак, корреляционный анализ показал, что для подростков группы 2 большое значение для самовосприятия имеет и образ матери, и образ отца. Самоуважение, самопринятие и оценка подростками таких качеств собственной личности, как сила, решительность, независимость и самостоятельность связаны со степенью принятия, уважения своих матерей, а также с восприятием силы и активности личностей обоих родителей. При этом соматические проблемы и проблемы поведения связаны с образом отца, а именно с такими характеристиками его личности, как сила, доминирование, экстраверсия и импульсивность (см. приложение Г).

Таким образом, корреляционный анализ в двух группах показал наличие сходства и различия взаимосвязей изучаемых характеристик.

Как для подростков с ВСД, так и для их здоровых сверстников характерны такие общие взаимосвязи:

1. фактор оценки «Я» связан с *академической успеваемостью*;
2. *активность* вне школы связана с фактором *силы «Мать»*
3. *благоприятна семейная ситуация* обратно взаимосвязана с *конфликтностью в семье*.

Различия заключаются в том, что у подростков с ВСД фактор оценки «Я» и уровень *тревожности* связаны с семейным благополучием, а соматические проблемы и проблемы поведения – с факторами *активности* и *силы «Мать»*. В группе здоровых сверстников фактор оценки «Я» оказался связанным с фактором оценки «Мать» и *силы «Отец»*, а *соматические проблемы* и *проблемы поведения* – с факторами *силы* и *активности «Отец»*.

3.6. Обсуждение результатов

Данное исследование было посвящено психологическим особенностям подростков с ВСД в контексте их семейного окружения. Гипотеза исследования заключалась в том, что подростки с ВСД отличаются от своих здоровых сверстников более высокими показателями тревожности и замкнутости, а также более высокими показателями конфликтности и враждебности семейного окружения.

Результаты исследования показали, что подростки с ВСД по сравнению с их здоровыми сверстниками по методике Т. Ахенбаха характеризуются не только более высоким уровнем тревожности и замкнутости, но и более высокими показателями соматических проблем и проблем мышления (компульсивные действия и навязчивые мысли). Обнаруженные данные согласуются с результатами исследования М. Н. Литовченко, Н. В. Филипповой, Ю.Б. Барыльник (Кузнецова Е. А., 2014; Литовченко М. Н., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., 2014).

Как подростки с ВСД, так и их здоровые сверстники, по методике «Личностный дифференциал» продемонстрировали высокий уровень самоуважения и самопринятия, что можно интерпретировать либо как удовлетворенность собой, либо как намеренное стремление продемонстрировать социально-желаемые качества своей личности. Высокие показатели самопринятия и самоуважения подростков с ВСД соотносятся с результатами исследования Т. А. Петровой, в котором автор делает предположение об отрицании психологических проблем подростками с ВСД (Петрова Т. А., 2013).

Как у подростков с ВСД, так и у их здоровых сверстников восприятие обоих родителей по методике «Личностный дифференциал» характеризуется высокой степенью принятия, а также проявлением симпатии и уважения. Подростки воспринимают своих родителей независимыми, самостоятельными, общительными и активными людьми. При этом подростки с ВСД

воспринимают своих матерей намного более привлекательными, независимыми, уверенными, решительными, коммуникабельными и социально активными, как по сравнению с собственной личностью, так и по сравнению с личностью отца. Здоровые сверстники по сравнению с собой также значимо выше оценивают личность матери и выше с тенденцией к значимости личность отца.

Результаты анализа кинетического рисунка семьи подтверждают выдвинутое в гипотезе предположение о распространенности конфликтных ситуаций в семьях подростков с ВСД, в то время как, предположение о более выраженной враждебности семейного окружения подростков с ВСД по сравнению с семейным окружением их здоровых сверстников не подтвердилось. Положительная оценка подростками с ВСД своих родителей по методике «Личностный дифференциал» и распространенность конфликтных ситуаций в их семьях по методике «Кинетический рисунок семьи» можно объяснить тем, что подростки могут позитивно оценивать личность родителей, одновременно конфликтуя и вступая в противоречия с ними, что является характерным для их возраста. Помимо выраженной конфликтности семейное окружение подростков с ВСД по сравнению с семейным окружением их здоровых сверстников характеризуется меньшим уровнем семейного благополучия (интегративности и сплоченности членов семьи), а также более выраженным у подростков чувством собственной неполноценности в семейной ситуации. Восприятие семейной ситуации подростками с ВСД по сравнению с их здоровыми сверстниками характеризуется преобладанием тревожности, что совпадает с данными результатов исследования Т. А. Петровой (Т. А. Петрова, 2008).

Было обнаружено, что в группе подростков с ВСД девочки по сравнению с мальчиками демонстрируют более выраженную тревожность, замкнутость и широкий спектр соматических проблем. При этом девочки с ВСД в отличие от мальчиков с ВСД проявляют по отношению к своим отцам более выраженную симпатию и уважение, воспринимая их чрезвычайно общительными и

социально активными людьми. Мальчики с ВСД отличаются проблемами поведения (нарушением правил дома и в школе), а в семейной ситуации либо демонстрируют враждебность по отношению к семейному окружению, либо воспринимают отдельных членов семьи агрессивными. Обнаруженные различия между мальчиками и девочками с ВСД соотносятся с данными результатов исследования, посвященного особенностям психосоматических расстройств у мальчиков и девочек Дж. Бека (Beck J., 2007). В группе здоровых сверстников между мальчиками и девочками значимых различий обнаружено не было. На уровне статистической тенденции в группе здоровых подростков девочки по сравнению с мальчиками характеризовались более высокими показателями тревожности в семейной ситуации.

При изучении взаимосвязей между психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения подростков были обнаружены, как общие для обеих групп подростков взаимосвязи, так и разные, специфические взаимосвязи. В группе подростков с ВСД, как и в группе их здоровых сверстников, фактор оценки «Я» оказался связанным с академической успеваемостью; активность вне школы – с фактором силы «Мать»; благоприятная семейная ситуация и конфликтность семейного окружения оказались обратно взаимосвязанными. Таким образом, при высокой академической успеваемости подростки обеих групп демонстрируют выраженное самопринятие и самоуважение. Подростки, которые воспринимают своих матерей самостоятельными, волевыми и сильными личностями, характеризуются высокой активностью вне школы: занимаются спортом и имеют много увлечений. Кроме того при наличии благоприятного семейного окружения в семьях подростков отмечается низкий уровень конфликтности. В группе подростков с ВСД фактор оценки «Я» и уровень тревожности подростков оказались связанными с семейным благополучием, а соматические проблемы и проблемы поведения – с факторами активности и силы «Мать». В группе здоровых сверстников фактор оценки «Я» оказался связанным с

фактором оценки «Мать» и силы «Отец», а соматические проблемы и проблемы поведения – с факторами силы и активности «Отец».

Итак, помимо более выраженной тревожности, замкнутости, а также соматических проблем и проблем мышления подростки с ВСД по сравнению с их здоровыми сверстниками чрезвычайно высоко оценивают личность матери относительно собственной личности и личности отца. При этом их психологические проблемы оказались связанными с восприятием личности матери (с факторами активности и силы «Мать»), а оценка подростками своей личности оказалась связанной не только академической успеваемостью, но и с таким параметром семейного окружения, как семейное благополучие. Семейное окружение подростков с ВСД по сравнению с семейным окружением их здоровых сверстников характеризуется более выраженной конфликтностью и тревожностью в семейной ситуации. Кроме того подростки с ВСД намного чаще, чем их здоровые сверстники испытывают в своих семьях чувство собственной неполноценности.

Здоровые подростки по сравнению с собственной личностью высоко оценивают обоих родителей. Их оценка себя оказалась связана с восприятием личности обоих родителей, а именно: с оценкой матери и силой, решительностью отца. При этом их психологические проблемы оказались связанными не с восприятием личности матери, как у подростков с ВСД, а с восприятием личности отца (факторы силы и активности «Отец»). Семейное окружение здоровых подростков по сравнению с семейным окружением подростков с ВСД характеризуется более высоким уровнем сплоченности и интегративности членов семьи.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного нами исследования с последующим анализом результатов изучения психологических характеристик и параметров семейного

окружения подростков с вегето-сосудистой дистонией был сформулирован ряд выводов.

1. Подростки с вегето-сосудистой дистонией отличаются от своих здоровых сверстников значимо более высокими показателями тревожности, замкнутости, соматических проблем и проблем мышления.

2. Семейное окружение подростков с вегето-сосудистой дистонией по сравнению с семейным окружением их здоровых сверстников характеризуется более высоким уровнем тревожности и конфликтности, а также более низким уровнем сплоченности и интегративности членов семьи.

3. В обеих группах подростков выявлены взаимосвязи между их психологическими характеристиками и параметрами семейного окружения, которые имеют свои особенности, а именно:

- 1) уровень тревожности и оценка «Я» у подростков с вегето-сосудистой дистонией взаимосвязаны с удовлетворенностью семейным окружением: чем менее благоприятной они считают свою семейную ситуацию, тем выше у них уровень тревожности и ниже оценка «Я»;
- 2) оценка «Я» у здоровых подростков связана только с тем, как они характеризуют своих мать и отца: чем выше у них факторы оценка «Мать» и сила «Отец», тем выше их оценка «Я».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование было посвящено психологическим особенностям подростков в контексте их семейного окружения. Нам удалось провести комплексное психологическое обследование подростков и обнаружить более высокий уровень тревожности и замкнутости у подростков с вегето-сосудистой дистонией в сравнении с их здоровыми сверстниками, а также выявить более высокий уровень конфликтности в семейной ситуации подростков с ВСД.

Математико-статистический анализ данных выявил ряд различий по психологическим характеристикам и особенностям семейного окружения между подростками с ВСД и их здоровыми сверстниками. Результаты показали, что подростки с ВСД характеризуются не только более выраженной тревожностью, замкнутостью, наличием соматических проблем и распространенностью конфликтных ситуаций в семье, но и проблемами мышления (компульсивные действия и навязчивые мысли), чувством собственной неполноценности в семье, тревожностью семейного окружения и меньшим уровнем сплоченности и интегративности членов семьи. При этом девочки с ВСД в большей степени демонстрируют тревожность и замкнутость, а мальчики с ВСД – проблемы поведения и враждебность по отношению к членам семьи или восприятие отдельных членов семьи, как враждебно настроенных.

Результаты исследования могут быть использованы врачами и психологами для разработки программ лечения и психологической поддержки подростков с вегето-сосудистой дистонией, направленных на снижение уровня их тревожности и социальную адаптацию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. М.: Речь, 2005. 400 с.
2. Рыбалко Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология. М.: Питер, 2001. 224с.
3. Ткаченко Д. П., Усенко А. Б. Взаимосвязь акцентуаций характера и особенностей вегетативного реагирования у подростков // Вестник Российского государственного гуманитарного университета. 2015. Вып. 4. С. 47 – 54.
4. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. М.: Питер, 2001. 288 с.
5. Основы медицинский знаний / Под ред. И. В. Гайворонского, Г. И. Ничипорук, С. В. Виноградова. Учебное пособие: СпецЛит, 2009. 302 с.
6. Вегетативная дисфункция детей и подростков / Под. ред. Алимовой И., Бекезина В., Козлова С., Козловой Л., Мурашко Е., Пашинской Н., Самсыгиной Г., Царегородцевой Л. Учебное пособие: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 96 с.
7. Северный А. А., Киреева И. П. ВСД у детей и подростков // Вестник аритмологии. 2000. Вып. 18. С. 54 – 56.
8. Мать, дитя, клиницист / Пер. с итал.; Под ред. А. И. Белкина, Н. К. Асановой. М.: Москва, 1992. 292 с.
9. Василькова Ж. Г. Клиническая психология детей и подростков. Учебное пособие: ЛИТЕРА-принт., 2015. 156 с.
10. Алекандер Ф. Психосоматическая медицина. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
11. Кондюрина Е. Г., Зеленская В. В., Елкина Т. Н., Гулевская Н. Г., Шаблий М. Г. Профилактика психосоматической патологии у подростков // Сибирское медицинское обозрение. 2010. Вып. 4. С. 1 – 9.
12. Николаева Е. И., Грекова Е. Н. Психологические особенности подростков с различными психосоматическими заболеваниями // Современные проблемы науки и образования. 2014. Вып. 6. С. 1 – 8.

13. Pisaric M., Nisevic S. Anxiety sensitivity in adolescents with somatoform autonomic dysfunction and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus // *Med Pregl*, 2011. Issue 3. P. 373 – 376.
14. Епифанова О. С. Психофизиологические особенности и характер церебральной гемодинамики у подростков 14 – 18 лет с ВСД в зависимости от типа их психосоматической конституции // *Вестник новых медицинских технологий*. 2011. Вып. 4. С. 59 – 62.
15. Воротникова Н. А. Личностные особенности детей с хроническими заболеваниями верхних отделов ЖКТ с дисфункцией вегетативной нервной системы // ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава». 2008. Вып. 6. С. 31 – 32.
16. Оранская И. И. Хронотип школьника с ВСД и его успеваемость // *Health and education millennium*. 2013. Вып. 15. С. 1 – 6.
17. Jernbo C., Svensson B., Tinberg Y., Janson S. Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse – results from a study of Swedish schoolchildren // *Acta Paediatrica*. 2012. Issue 3. P. 324-329
18. Кузнецова Е. А. Эмоциональные особенности подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями // *Вестник Южно-Уральского Государственного Университета*. 2014. Вып. 2. С. 100-108.
19. Маринчева Л. П. Психологические факторы риска психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы у подростков // *Вестник Вятского Государственного Гуманитарного Университета*, 2009. Вып. 2. С. 112 – 115.
20. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Учебник для вузов: Питер, 2014. 896 с.
21. Кузнецова С. О., Разумова А. В. Исследование особенностей алекситимии у подростков с психосоматическими заболеваниями // *Тюменский медицинский журнал*. 2014. Вып. 3. С. 56 – 57.
22. Beck J. Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008. Issue 5. P. 547-562.

23. Петрова Т. А. Психологические особенности подростков, страдающих вегето-сосудистой дистонией в процессе их социальной адаптации // Журнал практической психологии ВГПУ. 2013. Вып. 10. С. 1 – 7.
24. Петрова Т. А. Программа исследования самоотношения у младших подростков страдающих ВСД // Журнал практической психологии ВГПУ. 2013. Вып. 12. С. 1 – 7.
25. Литовченко М. Н., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Психологические особенности подростков с вегето-сосудистой дистонией // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Вып. 11. С. 1-4.
26. Родионова А. Н., Долгих В. В., Колесникова Л. И., Рычкова Л. В. Факторы риска и структура психосоматических расстройств у высокоинтеллектуальных школьников // Международный журнал экспериментального образования. 2014. Вып. 1. С. 90 – 95.
27. Симаненко И. А. Особенности взаимосвязи системы взаимоотношений и идентичности подростков с психосоматическими расстройствами // Global scientific potential. Pedagogy and psychology. Вып. 1. С. 34 – 38.
28. Belsky J. Family influences on psychological development. Psychiatry. 2005. Issue 7. P. 41-44.
29. Мясищев В. Н. Психология отношений. М.: МПСИ, 2005, 152с.
30. Психология и психотерапия семьи / Под ред. Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис. М.: Питер, 2008. 672 с.
31. Петрова Т. А. Психологическая помощь подросткам, страдающим вегето-сосудистой дистонией, в условиях лечебного учреждения // Экология человека, 2008. Вып. 7. С. 24 – 29.
32. Hill N., Bromell L., Flint T., Flint R. Ecological perspectives on parental influences during adolescence // Journal of clinical child & adolescent psychology. 2007. Issue 3. P. 367-377.
33. Антропов Ю. Ф., Бельмер С. В. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств в детском возрасте // Педиатрия. 2004. Вып. 5. С. 56 – 61.
34. Епимахова Ю. В., Сапожников В. Г. Этиологические факторы синдрома вегетативных расстройств и хронических гастродуоденитов у подростков //

- Вестник новых медицинских технологий, 2007. Вып. 3.
С. 65 – 67.
35. Shulte I., Petermann F. Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents // Child Psychiatry & Human Development. 2011. P. 1 – 10.
36. Kinnunen P., Laukkanen E., Kilma J. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood // International Journal of Nursing Practice. 2010. Issue 1. P. 43-50.
37. Crofford L. Violence, stress and somatic syndroms // Trauma, violence and abuse, 2007. Issue 3. P. 299 – 313.
38. Kim H., Samuels-Dennis J. The influence of psychosomatic symptoms, physical and sexual abuse, and coping strategies on delinquent behavior among Korean adolescents. Archives of Psychiatric Nursing. 2012. Issue 2. P. 155-164.
39. Практическое руководство по применению опросника Т. Ахенбаха / Под ред. И.В. Кузнецовой, Т. Н. Трефиловой. Учебное пособие: 2005. 79 с.
40. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles / Edited by T. Achenbach, L. Rescorla. 2007. 255p.
41. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Под ред. Н. П. Фетискина, В. В. Козлова, Г. М. Мануйлова. М., 2002. 60 с.
42. Проективные методы психодиагностики / Под. ред. И. А. Шляпникова, Е. Л. Солдатовой. Учебное пособие: ЮУрГУ, 2005. 69 с.
43. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Учебное пособие: Речь, 2012. 392с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Соглашение о проведении психологического исследования

Уважаемые участники!

Санкт-Петербургский Государственный университет (факультет психологии) на базе учреждения ЛОГБУЗ ДКБ «Детская областная больница» **проводит исследование, посвященное психологическим особенностям подростков, проходящих лечение в больнице. Исследование также касается особенностей взаимоотношений с семьей и со сверстниками.** Исследование проводит студентка 6-го курса факультета психологии СПбГУ, Матишева Евгения Эдуардовна.

Обращаемся к Вам с просьбой принять участие в нашем исследовании. Вам будет предложено заполнить одну анкету и два опросника, а также выполнить одно творческое задание. Примерное время заполнения бланков составляет 30 – 40 минут.

Вся собранная информация будет абсолютно конфиденциальной и не будет сообщаться никому. Ваше имя будет заменено на идентификационный номер.

Участие в исследовании является **добровольным**, однако оно может оказаться чрезвычайно важным для дальнейшего понимания влияния психологических особенностей на процесс выздоровления.

По различным вопросам, а также за результатами исследования, Вы можете обращаться по электронному адресу: evmatisheva@yandex.ru (Евгения).

Спасибо Вам за Ваше время и сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета

Просим Вас ответить на несколько вопросов, касающихся состояния здоровья и особенностей взаимоотношений с семьей

1. Оцените свое самочувствие на данный момент (**подчеркните**):
плохое / удовлетворительное / хорошее.
2. Как давно Вы имеете жалобы на здоровье, с которыми поступили на лечение (**подчеркните**):
больше года / год / больше месяца / месяц / больше недели / в течение недели?
3. Впервые ли Вы проходите лечение **в больнице** (**отметьте**): да нет
Если нет, то сколько раз Вы лежали в больнице _____?
- С каким заболеванием Вы лежали в больнице в прошлый раз _____?
4. Какие жалобы, связанные **настоящим** с заболеванием доставляют Вам наибольший дискомфорт (**опишите**) _____?
_____?
5. Как Вы относитесь к назначенным лечебным процедурам (**подчеркните**):
крайне негативно / негативно / удовлетворительно / хорошо?
- Если можете, опишите подробнее, как Вы их переносите _____?
6. Имеют ли члены Вашей семьи какие-либо заболевания: да нет ?
Если да, то, какие заболевания _____ у _____?
_____?
7. С кем Вы на данный момент проживаете (**отметьте; при необходимости допишите**):

мать	<input type="checkbox"/>	/	мачеха	<input type="checkbox"/>
отец	<input type="checkbox"/>	/	отчим	<input type="checkbox"/>
брат	<input type="checkbox"/>	/	сестра	<input type="checkbox"/>
бабушка	<input type="checkbox"/>	/	дедушка	<input type="checkbox"/>

 - Если с Вами проживают другие люди, _____, которых нет в предложенных вариантах ответа, пожалуйста, допишите их _____?
8. Были ли в Вашей жизни переживания, связанные с разводом родителей:
да нет ? Если да, то, в каком возрасте _____?
 Если _____ после развода родителей Вы остались проживать с матерью, то, поддерживаете ли Вы отношения с родным отцом: да нет

- Если Вы поддерживаете отношения с родным отцом, то, как Вы можете охарактеризовать свои отношения с ним _____?
- Если у Вас есть отчим, то, как Вы можете охарактеризовать свои отношения с ним _____?

9. Если у Вас есть родные брат и / или сестра, то, по сравнению с ними Вы

- являетесь:
- младшим ребенком в семье
 - старшим ребенком в семье
 - средним ребенком в семье
 - у меня нет братьев и сестер

10. Если с Вами проживают бабушка и / или дедушка, то, как по сравнению со

- своими сверстниками Вы с ними ладите:
- хуже других
 - как другие
 - лучше других
 - бабушка и дедушка проживают отдельно

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Взаимосвязи психологических характеристик и параметров семейного окружения у подростков с ВСД

$p=0,009$

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Взаимосвязи психологических характеристик и параметров семейного окружения у здоровых подростков

- обратная взаимосвязь