

Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:

**Диагностические возможности родителей в прогнозировании реакции  
детей на фрустрирующие ситуации**

по направлению подготовки 37.04.01 – Психология  
основная образовательная программа  
«Общая психология и история психология»

Выполнил:  
Студент 2 курса  
очная форма обучения  
Богданов П.А.

Рецензент:  
канд. психол. наук, доцент  
Белан Е.Е.

Научный руководитель:  
д-р психол. наук, проф.  
Посохова С. Т.

Санкт-Петербург  
2017



## **Аннотация:**

Исследовались диагностические возможности родителей в определении реакций на фрустрацию детей в возрасте от 4 до 7 лет как предпосылки невротических состояний. У детей измерялись: особенности реагирования на фрустрирующую ситуацию (тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, детский вариант) и уровень тревожности (тест тревожности Р.Тэммл, М. Дорки, В.Амен). Диагностические возможности родителей измерялись как разница между ответами в тесте фрустрационных реакций С. Розенцвейга детей и родителей. Исследовались особенности детско-родительских отношений (опросник анализ семейных взаимоотношений, разработанный Э.Г.Эйдемиллером и В.В.Юстицкисом). Обработка данных: качественный анализ данных, MANOVA многофакторный дисперсионный анализ, метод сравнения средних значений. Результаты: разница в оценках интрапунитивной и экстрапунитивной направленности реакции на фрустрирующую ситуацию у родителей и детей статистически значимо коррелирует с уровнем тревоги у ребенка, разница в оценках интрапунитивной направленности реакции на фрустрирующую ситуацию у родителей и детей статистически значимо коррелирует с особенностями реакции ребенка на фрустрирующие ситуации. Вывод: диагностические возможности родителей связаны с факторами развития невротизации у детей.

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. Теоретико-методологическое обоснование связи диагностических возможности родителей в прогнозировании реакции детей на фрустрирующие ситуации с предпосылками неврозов.....	10
1.1 Психологические аспекты изучения детско-родительских отношений.....	
1.2 Предпосылки неврозов и психологические последствия фрустрирующих ситуаций.....	
1.3 Диагностические возможности родителей в прогнозирование поведения детей.....	
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования диагностических возможностей родителей.....	
2.1 Описание выборки исследования.....	
2.2 Методы и процедура исследования.....	
2.3 Математико-статистические методы обработки данных.....	
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....	51
3.1 Анализ влияния диагностических возможностей родителей на уровень тревожности у детей.....	52.
3.2 Анализ связи диагностических возможностей родителей с особенностями негармоничного воспитания.....	53
3.3 Анализ связи диагностических возможностей родителей и особенностями реакции детей на фрустрирующие ситуации.....	54.
ВЫВОДЫ.....	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	61

## **Введение**

### **Актуальность работы:**

В дошкольном возрасте фрустрирующие ситуации в первую очередь вытекают из отношения детей с родителями. Умение родителей понимать чувства ребенка, знания о том, как ребенок реагирует на фрустрирующие ситуации, влияет на отношения родителей и ребенка, на то, как будет развиваться конфликтная ситуация, какие стратегии поведения в фрустрирующей ситуации освоит ребенок, как он себя будет чувствовать в ней. Фрустрирующие ситуации могут привести к неудачному разрешению личностью противоречия между ней и сторонами действительности, что повышает уровень тревоги личности и может стать причиной развития неврозов и тревожных расстройств у детей.

Плохое понимание родителями детей, их поведения и переживаний в фрустрирующих ситуациях проявляется в особенностях детско-родительских отношений и может привести к негармоничным стилям воспитания, являющимся одной из предпосылок невротического развития личности (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2002).

В основе невроза, согласно представлениям Ленинградской и Санкт-Петербургской психологической школы, лежит неудачное разрешение личностью противоречия между ней и значимыми для нее сторонами действительности, что в ходе развития личности может привести к развитию психической и физиологической дезорганизации (Мясищев В.Н., 1960). Чаще всего примером такого рода противоречия могут служить искаженные, патологические, деструктивные отношения в микросоциуме ребенка – семье. Болезненные переживания, неудачно разрешенные противоречия, деструктивное влияние родителей в этом возрасте могут привести к внутриличностному конфликту (Захаров И.А., 2006).

При неврозе внутриличностный конфликт всегда связан с тревогой (Мясищев В.Н., 1960, Захаров И.А., 2006, Колотильщикова Е.А., 2011). В

МКБ-10 и DSM-IV есть целый класс тревожных расстройств. Большинство больных с невротическими расстройствами конституционально предрасположены к развитию заболевания из-за повышенных эмоциональной нестабильности и тревожности (Захаров И.А., 2006, Колотильщикова Е.А., 2011). Высокий уровень нейротизма является необходимой, но не единственной характеристикой личности больных с невротическими расстройствами.

В целом ряде исследований, в разных методологических позициях рассматривалось влияние личностных особенностей родителей, их темперамент, стратегии воспитания на развитие личности ребенка. Например, достаточно серьезно исследованы механизмы формирования привязанностей и их нарушения (Боулби Д., 2003), связанные с их дезадаптивным развитием.

Обоснование роли диагностических возможностей родителей в определении реакции детей на фрустрацию может расширить возможности психодиагностики дошкольников. Данные исследования могут быть практически применены в контексте семейного консультирования.

#### **Цель исследования:**

Изучить диагностические возможности родителей в определении реакций на фрустрацию детей в возрасте от 4 до 7 лет как предпосылки невротических состояний.

#### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать научные исследования по проблеме диагностических возможностей родителей в определении психологических особенностей детей.
2. Описать критерии диагностических возможностей родителей.

3. Раскрыть соотношение между реакциями детей и прогнозом родителей на реакции детей на фрустрирующую ситуацию.

4. Раскрыть роль фрустрационной толерантности родителей в диагностике реакции детей на фрустрирующие ситуации.

5. Определить связь способности родителей предсказывать реакцию ребенка на фрустрирующие ситуации с особенностями негармоничного воспитания и уровнем тревоги у детей.

6. Разработать и апробировать комплекс методических средств для определения диагностических возможностей родителей.

**Объект исследования** – психологические особенности детско-родительских отношений

**Предмет исследования** – диагностические возможности родителей в прогнозировании реакции детей на фрустрирующие ситуации

**Методологической основой работы служат:**

1. Психология отношений (В.Н. Мясищев, А.Ф. Лазурский, С.Л. Франк, М.Я. Басов) и связанные с ней патогенетическая концепция неврозов и психотерапии (В.Н. Мясищев), личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Б.Д. Карвасарский). Происхождение неврозов у детей и подростков (А.И. Захаров).

2. Существующие в отечественной психологии традиции системного подхода к пониманию личности и изучению ее в норме и патологии, разработанные в ленинградской психологической школе (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, В.А. Ганзен).

3. Комплексный подход к исследованию развития ребенка в норме и патологии (Э.Мэш).

4.Комплексный подход в семейной системной психотерапии  
(П. Вацлавик, Д.Бивин, Д.Джексон, Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкис)

**Гипотезы исследования:**

1. Диагностические возможности родителей в прогнозировании реакции детей на фрустрирующие ситуации связаны с уровнем тревоги у детей.

2. Разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с особенностями негармоничного воспитания.

3. Разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с особенностями реакции детей на фрустрацию.

4. Разница в оценках в прогнозе реакции на фрустрацию у детей их родителями и реакцией детей связана с фрустрационной толерантностью родителей.

**Методы исследования:**

1.Теоретический анализ отечественных и зарубежных психологических, биологических и клинических моделей формирования и развития невротических расстройств у детей.

2.Качественный анализ данных.

3.MANOVA Многофакторный дисперсионный анализ.

4.Метод сравнения средних значений.

**Методики:**

Диагностика детей:

1. Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен).



2. Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, детский вариант (в адаптации Е.Е. Даниловой).
3. Методика определения темперамента детей дошкольного возраста (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко).

Диагностика родителей:

1. Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен).
2. Тест фрустрационных реакций Розенцвейга детский вариант в адаптации Е.Е. Даниловой.
3. Опросник для родителей– анализ семейных взаимоотношений (разработанный Э.Г. Эйдемиллером и В.В.Юстицкисом).
4. Шкала тревоги Ч. Спилбергера(адаптированная Ю.Л.Ханиным).
5. Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга(в адаптации Е.Е. Даниловой).
6. Методика определения симптоматики тревожных расстройств у ребенка на основе наблюдения родителей за поведением детей.

### **Выборка:**

Характеристики выборки: дети (4-7 лет) и их родители.

Величина выборки: 57 детей и их родители

В данном исследовании отдельным исследовательским объектом является пара: родитель (мать) и ребенок.

### **Научная новизна:**

Актуальность настоящей работы обусловлена тем, что остается неясным ряд вопросов, связанный с развитием неврозов и тревожных расстройств у детей. В отечественной литературе подробно рассмотрены факторы развития неврозов у детей. Данные факторы включают в себя личностный и конституциональные особенности родителей и детей и особенности их взаимодействия родителей с детьми (Захаров И.А., 2006, Эйдемиллер Э.Г.). Значимым фактором для развития личности ребенка являются детско-родительские отношения. Рассмотрение таких особенностей детско-родительских отношений, как диагностические возможности родителей, позволяет подробнее изучить данный феномен. Особенности умения родителей предсказывать реакцию ребенка на фрустрирующие ситуации, то, как они связаны с поведением ребенка в значимых для него ситуациях, как влияют на уровень тревожности, позволяют детальнее разобраться в механизмах формирования невротических и тревожных расстройств у детей, что значимо для практической психологии и педагогики. Исследование диагностических возможностей родителей в определении реакций детей на фрустрирующие ситуации может стать основой для разработки и усовершенствования практических методов профилактики и коррекции невротических и тревожных расстройств у детей дошкольного возраста.

### **Теоретическая значимость исследования:**

Феномен детско-родительских отношений подробно исследуется современной наукой. Во множестве областей психологии – в возрастной, социальной, клинической – рассматривается их влияние на формирование личности и поведения ребенка.

Феномен детско-родительских отношений рассматривается через анализ установок родителей, стратегий поведения. Рассмотрение такого компонента детско-родительских отношений, как диагностические возможности родителей, может углубить знания о данном феномене и подробнее рассмотреть механизмы развития личности и формирования неврозов у

детей. Исследование диагностических возможностей родителей в определении реакций детей на фрустрирующие ситуации позволит более детально исследовать механизм формирования невротических и тревожных расстройств.

# **Глава 1. Теоретико-методологическое обоснование связи диагностических возможности родителей в прогнозировании реакции детей на фрустрирующие ситуации и уровнем тревоги у ребенка**

## **1.1 Психологические аспекты изучения детско-родительских отношений**

### **1.1.1 Исследование детско-родительских отношений в отечественной и зарубежной психологии**

Тема детско-родительских отношений подробно рассматривалась как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Отечественные психологи (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, П.Я. Гальперин, Л.И. Божович) в качестве доминирующей стороны в развитии личности называют социальный опыт. В процессе усвоения социального опыта происходит формирование личности. В отечественной литературе подробно рассмотрены нарушения воспитательного воздействия в семье и типы неправильного воспитания (Мясищев В.Н., 1939,1960; Сухарева Г.Е., 1959; Гарбузов В.И., 1977; Личко А.Е.,1977; Захаров А.И., 1982).

В зарубежной литературе подробно описана феноменология отношений и стилей воспитания, рассмотрено их влияние на формирование характерологических особенностей ребенка в рамках нормального и отклоняющегося развития (Siegelman M., 1963; Schaefer E.S., 1965). Подробно рассмотрено влияние деструктивных родительских отношений на развитие личности ребенка, примером нарушенного родительского поведения может служить материнская депривация (Ландгмеер И., Матейчик З., 1985; Соколова Е.Т., 1981; Боулби Д., 1953; Ainsworth M.D., 1964; Rutten M., 1975). Депривация социального опыта, в частности депривация отношений с матерью может проявляться на уровне личностных искажений. Д.Боулби подробно исследовал влияние материнской депривации на психопатическое развитие ребенка.

Обобщая исследования, важно отметить, что детско-родительские отношения играют значимую роль в формировании личности ребенка.

## **1.1.2 Влияние детско-родительских отношений на формирование личности ребенка**

Рассмотрим особенности негармоничного воспитания, влияющие на непсихотические нарушения в поведении детей и отклонения в развитии личности. В своих работах Э.Г.Эйдемиллер к особенностям воспитания относит: уровень протекции в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество требований, предъявляемых к ребенку в семье, и неустойчивость стиля воспитания. (Эйдемиллер Э.Г., 1990).

Рассмотрим подробнее основные особенности воспитания:

1. Под уровнем протекции Э.Г.Эйдемиллер определяет количество внимания, времени и сил, уделяемых родителями ребенку. К нарушениям поведения детей приводят чрезмерная и недостаточная протекция (Эйдемиллер Э.Г., 1990).

2. Важным условием благополучного развития личности является удовлетворение потребностей. Ребенок сам не может удовлетворить все свои потребности, и эта задача перекладывается на родителей. Значимым является умение родителей определять степень удовлетворенности потребностей у ребенка и умение совершать действия, нацеленные на удовлетворения этой потребности. Рассматривая такую особенность воспитания, как удовлетворение потребностей ребенка, учитывается, насколько деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка, как материально бытовых, так и потребностей в любви, общении и внимании. Данная характеристика раскрывает степень удовлетворения потребностей ребенка, а не меру участия родителей в воспитании детей. В данной характеристике рассматриваются два полярных отклонения. Потворствование – это удовлетворение любых потребностей и желаний ребенка. Игнорирование – это недостаточное стремление родителей к удовлетворению потребностей ребенка.

3. Под количеством требований к ребенку со стороны родителей понимается количество обязанностей ребенка, которые он выполняет и количество запретов, определяющее степень самостоятельности ребенка. Также в данной особенности воспитания рассматриваются особенности санкций, налагаемых родителями на детей.

При дисгармоничном воспитании требования могут избыточными, в таком случае требования велики и не соответствуют возможностям ребенка. При недостаточности требований ребенок выполняет минимальное количество обязанностей в семье.

Количество запретов также может быть избыточным и недостаточным, что негативно влияет на развитие личности. При избыточности запретов ребенку предъявляют большое количество запретов и требований, которые ограничивают его свободу и самостоятельность. При недостаточности запретов ребенку дозволяется все, что стимулирует развитие гипертимного и неустойчивого типа личности (Эйдемиллер Э.Г., 1990).

4. Строгость санкций может быть чрезмерной и минимальной. Под чрезмерностью санкций понимается неадекватное, чрезмерное реагирование родителями на незначительные нарушения поведения детьми. Минимальность санкций проявляют родители, предпочитающие обходиться без наказаний или применяющие их крайне редко.

Под неустойчивым типом воспитания понимается резкая смена приемов воспитания. Неустойчивый стиль воспитания приводит к формированию таких черт как упрямство и может являться причиной отклонений в развитии характера (ЛеонгардК., 1965).

Данные нарушения семейного воспитания могут встречаться в различных сочетаниях. В работах Э.Г.Эйдемиллера описаны устойчивые сочетания, образующие типы негармоничного воспитания, приводящие к возникновению непсихотических психогенных нарушений поведения и

неврозам. Причинами дисгармоничного воспитания могут являться как определенные обстоятельства в жизни семьи, так и личностные особенности родителей.

Э.Г.Эйдемиллер описывает шесть основных типов дисгармоничного воспитания: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, гипопротекция (Эйдемиллер Э.Г., 1980).

### **1.1.3 Роль детско-родительских отношений в формировании неврозов у детей**

#### **1.1.3.1 Понятие невроза в психология отношений по В.Н. Мясищеву**

По В.Н. Мясищеву, человек познается в соотношении с объективной действительностью. Человек, вступая в соотношение с действительностью, выступает в роли субъекта, сознательно преобразующего действительность. Человек познается через его отношения к действительности, позволяющие раскрыть его внутренний мир. Понятие отношение используется тогда, когда есть субъект и объект отношения. По В.Н. Мясищеву, в психологическом плане отношения человека представляют собой субъективную, внутреннюю индивидуально-избирательную сторону его многообразных связей с различными сторонами действительности и со всей действительностью в целом (Мясищев В.Н., 1960).

В.Н. Мясищев разделяет две стороны единого предметного отношения – потребности и эмоциональное отношение. Потребности являются стороной отношения, так как включают в себя субъекта, испытывающего потребность, объект потребности и связь между ними. Эмоциональное отношение относится к категории чувств и не сводится к эмоциональным реакциям и эмоциональным состояниям (Александров А.А., 1997).

В.Н. Мясищев описывает личность как систему отношений человека к окружающей действительности. Личность характеризует ее доминирующие

отношения – большая или меньшая активность, реактивность и аффективность в отношении к объектам. Иерархия отношений изменяется, но ведущую роль занимают отношения между людьми. Отношения определяют действия, реакции и переживания и являются движущей силой личности.

На разных этапах развития личности изменяется характеристика ее отношений. В процессе развития ребенка изменяется характеристика его отношения к действительности. На ранних этапах развития ребенок аффективно реагирует, в дальнейшем развиваются отношения с действительностью, имеющие непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью, враждой, интересом. Ребенок подчиняет желания и эмоции опосредованным мотивам, возникает объективная мотивировка отношений. На более позднем этапе развития отношения приобретают осознанно мотивированный характер, а внешние требования осознаются личностью как необходимость, подчиняясь и принимая их, личность делает их внутренними принципами своего поведения (А.А. Александров, 1997). Этот процесс В.Н. Мясищев называл интериоризацией.

Первые значимые отношения у ребенка формируются в семье, в дальнейшем расширяются общественные связи. Отношения с родителями играют важную роль в развитие личности.

### **1.1.3.2 Патогенные переживания в формировании неврозов**

В. Н. Мясищев рассматривал невроз как функциональное психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни (В.Н. Мясищев, 1960).

В основе невроза лежит неудачно нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненные переживания.



Неумение найти выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности (Мясищев В. Н., 1960).

В основе переживаний лежат взаимоотношения человека с окружающим миром. Не каждое переживание приведет к неврозу. Событие будет тяжелым, если оно связано с вещами, занимающими значимое место в системе отношения личности к действительности.

Патогенным переживание делает внутренний конфликт, невозможность разрешить противоречия либо между отношениями, либо между потребностями и средой. Патогенность ситуации характеризуется индивидуальной неразрешимостью, неспособностью индивида преодолеть трудность или отказаться от неосуществимых стремлений (Александров А.А., 1997).

В данном конфликте нарастает нервно-психическое и аффективное напряжение, что приводит физиологическим нарушением, усугубляющим картину невроза и осложняющим возможность разрешения противоречия.

### **1.1.3.3 Невроз как патологическое развитие**

В раннем детстве формируются установки личности, связи с действительностью, направление, тип развития и способы переработки переживаний. Неблагоприятные семейные взаимоотношения являются причиной невротического развития (Александров А.А., 1997).

Особенности семейных взаимоотношений, приводящие к противоречиям с действительностью, искажают развитие личности, создавая патологические тенденции. Интериоризированные установки могут приводить ребенка к противоречиям и конфликтам, в результате тенденции личности будут иметь болезненный характер и создавать конфликтные ситуации, невозможность разрешить которые приводит личность к неврозу.

### **1.1.3.4 Особенности неврозов в детском возрасте**

По данным отечественных исследований различные отклонения в нервно-психическом развитии обнаружены у 33% детей, посещающих детский сад (Соколова Л. В., 1985).

В старшем дошкольном возрасте в 5-7 лет частота отклонений в нервно-психическом развитии больше, чем в младшем возрасте 3-5 лет, как у мальчиков, так и у девочек. Это может быть связано с критическим этапом жизни ребенка, когда он готовится переходить из дошкольного учреждения в школу или с усложнением социального взаимодействия с другими людьми и увеличения социального опыта. Наибольшее число неврозов наблюдается в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте (Колегова В. А., 1971).

У 36% детей с нервно-психическими нарушениями выявляются неврозы (Колегова В.А., 1971; Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., 1985). Важно отметить, что высокая тревожность или невротизм могут повлиять на возникновение неврозов, но не являются их причиной.

### **1.1.3.5 Причины неврозов у детей**

В отечественных исследованиях, рассматривая этиологические факторы детских неврозов, обозначают следующие группы: психическая травмы; преневротически-патохарактерологические радикалы; нарушение системы отношений и, прежде всего, дисгармония семейных отношений; дисгармония семейного воспитания (Спиваковская А.С., 1988).

1. Под психической травмой понимаются внешние раздражители, оказывающие патогенное болезненное воздействие на индивида. Важно отметить, что в детском возрасте к таким травмам относятся испуг, острый внутрисемейный конфликт, конфликт в детском саду. В детском возрасте гораздо большее патогенное влияние оказывают не острые, а хронические травмирующие ситуации, то есть относительно слабые, но длительно действующие и многократно повторяющиеся раздражители. Травмирующие ситуации являются патогенными, если значимы для ребенка. Для

дошкольника психотравмирующие ситуации в первую очередь вытекают из отношения детей с родителями. В отечественных исследованиях подробно описаны условия неправильного воспитания (Зачепиский Р.А., Яковлева Е.К., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980; Мясищев В.Н., 1960). Психотравмирующая ситуация сопровождается фрустрацией ребенка и будет связана как с особенностями детско-родительских отношений, так и со стратегиями ребенка в преодолении фрустрации.

2. Основным преневротическим патохарактерологическим радикалом является повышенная тревожность, ощущение беспокойства, которое постоянно испытывает ребенок (Спиваковская А.С., 1988). Повышенная тревожность проявляется эмоциональной лабильностью, сниженным фоном настроения, плаксивостью, ослаблением аппетита, сосанием пальцев и предметов, грызением ногтей и многими другими симптомами.

В отечественной литературе описаны типы преневротического характерологического радикала, которые формируются сочетанием дисгармоничного воспитания и типом темперамента ребенка (Гарбузов В.И., 1977). Важно отметить, что преневротический характерологический радикал формируется в процессе взаимовлияния поведения детей и родителей. Типы дисгармоничного воспитания по В.И. Гарбузову (отвергающий, гиперсоциализирующий и эгоцентрический) схожи с описанными Э.Г. Эйдемиллером дисгармоничными типами воспитания (Эйдемиллер Э.Г., 1990).

3. Значимым патогенным фактором по данным отечественных исследований является дисгармония семейных отношений, выражающаяся в конфликтном взаимодействии супругов (Мишина Т.М., 1977). Дисгармония в супружеских отношениях создает неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка и может стать источником преневротического патохарактерологического радикала. Отечественные исследователи отмечают

множество причин дисгармонии в семейных отношениях (Спиваковская А.С., 1988).

Рассматривая семью как систему, трудно определить единую причину дисгармонии. Поведение каждого члена семьи оказывает влияние на другого, а он, в свою очередь, оказывает влияние на первого. Многими современными исследователями поведение человека внутри семьи рассматривается в зависимости от поведения всех остальных ее членов. Поведение обуславливает и обусловлено влиянием других (Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д., 2000).

В данном исследовании мы не станем подробно останавливаться на причинах конфликтного взаимодействия. Умение благополучно разрешать конфликтные и фрустрирующие ситуации, реагировать на фрустрацию адекватно и разнообразными способами определенным образом влияет на гармоничность отношений.

4. Важным патогенным фактором являются особенности детско-родительских отношений. Многие авторы считают, что решающим фактором возникновения невротических реакций у детей является неправильное воспитание (Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977).

Семейные факторы в происхождение неврозов широко рассмотрены как в отечественной (В.Н.Мясищев, Б.Д.Карвасарский, А.И.Захаров, В.В. Ковалев, Э.Г.Эйдемиллер), так и в зарубежной литературе (Рихтер, Эрнст).

В большинстве работ исследуются такие факторы, которые легко учитывать: развод, гибель родителей, часто рассматриваются личностные особенности родителей. В данном исследовании мы подробно рассмотрим роль фрустрирующих моментов и особенностей воспитания в семьях.

У 70% больных истерией отмечена избалованность, у больных навязчивым состоянием преобладает сверхтребовательное и сверхстрогое

отношение со стороны одного из родителей, сочетающееся со сверхпротекцией со стороны другого (Карвасарский Б.Д., 1990).

В работах многих отечественных авторов (В.Н. Мясищева, Р.А. Зачепиского, Е.К. Яковлевой, Ю.Я. Тупицына, Э.А. Карандашевой, В.В. Ковалева, Л.Д. Малковой, А.П. Федорова) были рассмотрены особенности воспитания, формирующие личностные черты, приводящие к развитию неврозов.

На формирование личностных черт, приводящих к истерическому неврозу, влияет отношение родителей, приводящее к завышенному уровню притязаний: подчеркивание существующих и не существующих достоинств, вседозволенность, уступчивость, заласканность. Также истерический тип невроза может формироваться при безразличном или деспотическом типе воспитания (Карвасарский Б.Д., 1990).

К формированию личностных черт, приводящих к неврозу навязчивых состояний или обсессивно-психастеническому, приводят гиперопека, строгие моральные требования, запугивание и лишение инициативы, а также предъявление противоречивых требований (Карвасарский Б.Д., 1990).

На формирование личностных черт, приводящих к неврастении, влияет установка на успех и достижение целей, соответствие стандартам без учета возможностей ребенка.

Рассматривая характер отношения родителей к детям больным неврозом, отмечают определенные закономерности. Преобладающим типом воспитания при неврозах будут гиперопека и ограничивающий контроль (Симеон Т.В., 1958; Зачепиский Р.А., Яковлева Е.К., 1960; Сухарева Г.Е., Юсевич Л.С., 1965; Лакосина Н.Д., 1970; Шкловский В.М., Ильдеркина В.С., 1972). Родителям свойственны завышенные, несоответствующие реальным возможностям детей требования, но требования непоследовательны и противоречивы (Захаров А.И., 1972, Конончук Н.В., 1976, Арбузова В.Н.,

Доброгаева И.В, Таныгина Г.В., 1977). У детей больных неврозом часто не удовлетворены потребности в адекватно индивидуальной заботе и любви, потребности в самораскрытии, эмоциональном и двигательном самовыражении(Захаров А.И., 1972). Часто наблюдается отсутствие положительных чувств и любви со стороны одного или обоих родителей (Гарбузов В.И., 1977; Кириченко Е.И., 1986).

Патогенно влияет, когда родители колеблются между полным одобрением, идеализацией ребенка и между полным неодобрением, чрезмерными требованиями и ожиданиями (Horney К., 1937, LeonhardК., 1965).

Вышеперечисленные особенности отношения родителей к детям, особенно неоднозначное отношение, влияет на уровень тревоги ребенка.

## **1.2 Психологические последствия фрустрирующих ситуаций**

### **1.2.1 Феномен фрустрации в отечественной и зарубежной психологии**

Феномен фрустрации широко рассмотрен в отечественной (Н.Д. Левитов, Е.Е.Данилова, П.В.Тарабрина) и зарубежной литературе (Розенцвейг, Доллард, Майер, Сирс, Дуб, Баркер, Дембо, Левин). В широком понимании термин фрустрация означает расстройство планов и замыслов, указывает на травмирующую ситуацию, при которой терпится неудача. Часто фрустрация рассматривается в контексте выносливости по отношению к жизненным трудностям.

С.Розенцвейг дает следующее определение фрустрации: «Фрустрация имеет место в тех случаях, когда организм встречает более или менее непреодолимые препятствия или обструкции на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности» (РозенцвейгС., 1945).

Н.Д. Левитов понимает фрустрацию как состояние человека, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так

понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели (Левитов Н.Д., 1967).

С. Розенцвейг в своей «эвристической» теории фрустрации рассматривал два типа фрустрации – первичную и вторичную. Первичная – это невозможность субъектом удовлетворить свою потребность. Вторичная характеризуется наличием препятствий на пути к удовлетворению потребностей. Рассмотрим подробно реакции на фрустрацию вторичного типа.

Реакции на фрустрацию С. Розенцвейг разделял на реакции продолжения потребности и реакции защиты «я». По С. Розенцвейгу, реакции защиты «я» возникают в случае угрозы личности и делятся на три группы:

1. Экстапунитивные реакции. Обвинение внешних препятствий и лиц. Эмоции, сопровождающие ответы – гнев и возбуждение.
2. Интрапунитивные реакции. Обвинение себя. Их сопровождают вина и угрызения совести.
3. Импунитивные реакции. Попытка уклониться от упреков другим и самому себе, попытка рассматривать ситуацию примеряющим способом.

В реакциях защиты «я» выделяют два типа:

1. Адаптивные ответы, оправданные существующими обстоятельствами.
2. Не адаптивные ответы, не оправданные существующими обстоятельствами.

Также реакции на фрустрацию можно разделить на прямые и непрямые (символические). Адекватные и не адекватные. Адекватными считаются реакции, представляющие прогрессивные тенденции личности скорее, чем регрессивные (возвращению к более примитивным, инфантильным формам поведения).

В реакциях продолжения потребности С.Розенцвейг различал два крайних типа:

1. Адаптивная персистенция, когда поведение продолжается вопреки препятствиям.

2. Неадаптивная персистенция, когда поведение повторяется не оправданно и глупо.

С.Розенцвейг выделял три типа фрустраторов:

1. Лишения – отсутствие средств для удовлетворения потребности или достижения цели. Лишения бывают внутренними и внешними. Внутренние, когда фрустратор внутри человека. Внешние, когда фрустратор вне человека. Примером внешнего лишения может быть поведение родителя по отношению к ребенку, а внутреннего – интериоризованные ребенком установки.

2. Потеря человеком значимых объектов, удовлетворяющих потребности. Потери также могут быть внутренними и внешними.

3. Конфликты, не позволяющие удовлетворить потребность или достигнуть цели. Конфликты могут быть внутренними и внешними.

В данном исследовании мы будем рассматривать только первый тип фрустраторов – лишения. Потери и конфликты имеют важное значение для описания психической жизни человека, но данные типы были рассмотрены С. Розенцвейгом скорее эмпирически и были подвергнуты критике.

По С. Розенцвейгу, частые негативные фрустрации в раннем детстве могут иметь патогенное значение. На наш взгляд, негативные фрустрации и низкая фрустрационная толерантность могут привести к возникновению неврозов.

Тест Розенцвейга не предполагал патопсихологическую диагностику, так как отражает неструктурные личностные образования, а индивидуальные динамические характеристики. Однако отмечается, что высокая



экстрапунитивность в тесте часто связана с неадекватной повышенной требовательностью к окружению и недостаточной самокритичностью, что характерно для истерического конфликта. А повышенный показатель интропунитивности обычно указывает на чрезмерную самокритичность или неуверенность субъекта, сниженный или нестабильный уровень общего самоуважения (Бороздина Л.В., Русаков С.В., 1983), что может быть характерно для обсессивно-психастенического конфликта.

По мнению отечественных исследователей, типы реакций и показатель GCR, отличные от стандартных данных, бывают характерны для лиц с отклонениями в различных сферах социальной адаптации, в частности при неврозах (Дементий Л.И., 2004).

Важным моментом является, что в норме в профиле испытуемых проявляются все типы реакций, что свидетельствует о способности человека к гибкому адаптивному поведению. При отсутствии реакций определенного типа можно предположить, что реакции данного типа в поведении не будут реализованы.

### **1.2.3 Роль фрустрации в формировании невроза**

Переживание ребенком фрустрации желаний и потребностей не приводит к неврозу. Неудачно разрешенная фрустрирующая ситуация, может привести к противоречию между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, что может привести к сильному аффективному напряжению, дезорганизирующему психическую и соматическую деятельность организма, то есть к неврозу.

По мнению В.Н.Мясищева попытка создать типологию неврозов исходя из характера противоречия является упрощением. В каждом индивидуальном случае может быть различная комбинация противоречивых тенденций, в которых могут быть как внешние, так и внутренние конфликты.

Описывая эмпирические данные, В.Н.Мясищев, сравнивая особенности картины невротического синдрома и характер патогенных условий, разделял невротические конфликты на несколько типов. При многих неврозах патогенные условия влияли на формирование личности в детском возрасте, создавая условия для возникновения невроза.

Неврастенический конфликт заключается в противоречии между возможностями личности и ее стремлениями и требованиями к себе. Часто за стремлениями и требованиями к себе стоят интериоризированные родительские установки.

Истерический конфликт – это конфликт между стремлениями и требованиями личности к окружающей среде и окружающей действительностью, не соответствующей данным требованиям.

Обсессивно-психастенический конфликт – это конфликт противоречивых влияний и внутренних тенденций. Это может быть конфликт противоречивых интериоризированных установок.

Конфликт может быть смешанным, когда внутренние противоречия могут меняться или быть смешанными.

По В.Н.Мясищеву, причины невроза необходимо рассматривать в соотношении качеств личности между собой и с условиями жизни. Причиной невроза могут быть особенности истории развития личности, при неврозе развития, и непереносимая остро переживаемая ситуация.

#### **1.2.4 Особенности реакции на фрустрацию при формировании внутриличностных конфликтов**

Определяющую роль в патогенезе невроза играет внутриличностный конфликт, который представляет собой столкновение несовместимых отношений в личности.

В случае если переживание занимает значимое место в системе отношений личности, а конфликт не может быть разрешен, чтобы исчезло патогенное напряжение, то как способ адаптации возникает невротическое поведение (Мясищев В. Н., 1934; 1939; 1960).

Невроз возникает в результате противоречия между тенденциями и возможностями личности и требованиями и возможностями действительности (Захаров А. И., 1982).

В. Н. Мясищев описал разнообразные типы конфликтов:

1. Столкновение желаний личности и действительности, которая их не удовлетворяет.
2. Противоречивость отношений, вытекающая из противоречивости в аффективно-напряженной ситуации (конфликт любви и агрессивности).
3. Борьба принципиальных установок с конкретно-личностными отношениями.
4. Столкновение требований действительности и возможностей человека.

Все эти ситуации являются фрустрирующими для ребенка. Особенности его реагирования на фрустрирующую ситуацию могут повлиять на возможность разрешения конфликтной ситуации. При невозможности разрешения конфликта будет увеличиваться патогенное напряжение и уровень тревоги у ребенка. В результате образуется внутренний конфликт, являющийся столкновением в сознании ребенка противоположно окрашенных аффективных отношений к близкому человеку или к случившейся ситуации. Конфликт начинает занимать центральное место в жизни ребенка, усиливая аффективное напряжение, которое усиливает трудности, повышает неустойчивость, возбудимость и тревожность. Ребенок фиксируется на болезненных переживаниях, что снижает продуктивность и

самоконтроль, дезорганизует волевое управление личности, что приводит к снижению способности ребенка реагировать на фрустрирующие ситуации.

### **3.1 Диагностические возможности родителей в прогнозировании поведения детей**

Исследование диагностических и прогностических возможностей в отечественной и зарубежной психологии – тема относительно новая, отечественных публикаций в этом поле очень мало, в то время как западными психологами и психиатрами тема раскрывается уже более двух десятилетий.

Среди последних работ по теме можно отметить статью «Dental Anxiety of Parents in an Israeli Kibbutz Population and their Prediction of their Children's Behavior in the Dental Office» авторов T. Ratson, S. Blumer, B. Peretz, в которой берется очень узкий аспект и специализированные условия (стоматологический кабинет в киббуце) родительского влияния, но эта статья интересна тем, что в ней обусловлено практически стопроцентная точность родительских предсказаний в отношении поведения детей во фрустрирующей ситуации. Очевидно, что в ситуации, когда поведение детей не так строго регулируется социальными нормами, как в киббуце, точность предсказания будет уменьшаться, и в эту щель между предсказываемым и реальным поведением проникают первые ростки психопатологии, которые в дальнейшем могут перерасти в невроз.

Очень интересное исследование проведено с детьми с особенностями развития (S. Rosenblum, P. Waissman, G. W. Diamond).

Наиболее близкой к рассматриваемой нами в настоящем исследовании теме является двухфакторная модель, предложенная F.L. Wang, N. Eisenberg, C. Valiente, T.L. Spinrad, в которой в качестве факторов рассматриваются пол ребенка и родительская способность к предсказанию.

## Глава 2. Методы и организация исследования влияния диагностических способностей родителей на предпосылки невротических состояний у детей 4-7 лет

### 2.1 Характеристики выборки

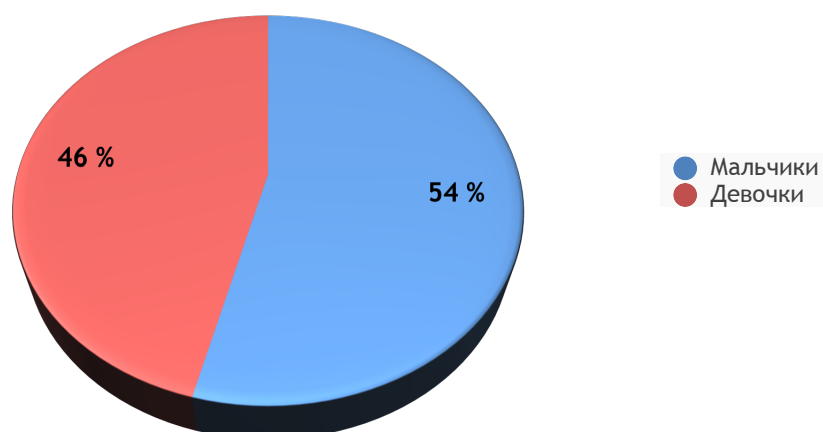
В данном исследовании участвовали 57 детей в возрасте от 4 до 7 лет и их мамы.

Пол:

Мальчики – 54%

Девочки – 46%

Рис. 1. Пол детей.



Возраст:

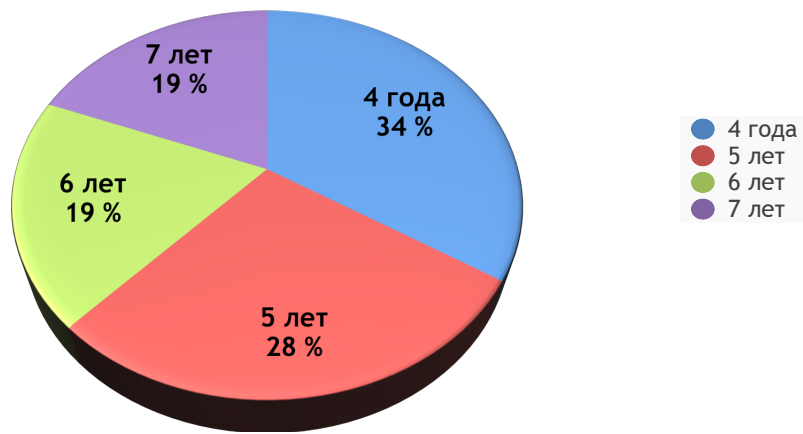
4 года – 34%

5 лет – 28%

6 лет – 19%

7 лет – 19%

Рис. 2. Возраст.



Дети – учащиеся частных садов Санкт-Петербурга, Москвы, Снежинска.  
 Возраст родителей (матерей): от 24 до 48 лет.

Образование родителей (матерей): высшее, среднее специальное.

Выбор детей из разных городов и садов был проведен с целью увеличения репрезентативности. Выборка подбиралась таким образом, чтобы рассмотреть как учеников частных садов, так и государственных.

Родители, участвующие в эксперименте, были разного возраста с разным образованием. Дети были из полных и не полных семей.

Образование родителей (матерей): высшее, среднее специальное.

## 2.2 Методы и процедура исследования

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе рассматривались особенности реагирования детей на фрустрирующие ситуации, уровень тревожности и темперамент ребенка. На втором этапе рассматривались диагностические способности родителей. Целью третьего этапа было рассмотрение предпосылок невротических состояний у детей.

Были рассмотрены показатели:

- диагностические способности родителей в определении реакции детей на фрустрирующие ситуации,

- диагностические способности родителей в определении уровня тревожности у детей,
- тип семейного воспитания и анализ его нарушений,
- личностная тревожность родителей,
- уровень тревожности у ребенка,
- тип реакции на фрустрацию у детей,
- тип темперамента у детей

### **Проведение первого этапа исследования**

Целью первого этапа было рассмотреть особенности реагирования детей на фрустрирующие ситуации, уровень тревожности и темперамент ребенка.

Анализ и обработка данных проводилась на основе: тест тревожности (Р. Тэммл, М.Дорки, В.Амен), тест фрустрационных реакций С.Розенцвейга детский вариант в адаптации П.В. Тарабриной, методики определения темперамента детей дошкольного возраста (Г. П.Лаврентьева, Т.М. Титаренко).

Выборка: 57 детей в возрасте от 4 до 7 лет.

Рассмотрим организацию и проведение методик.

**Методика 1:** Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен).

Цель: оценить тревожность ребенка в типичных для него жизненных ситуациях, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени.

Экспериментальный материал: 14 рисунков размером 8,5\*11 см. На каждом рисунке показана некоторая типичная для жизни дошкольника ситуация.

Каждый рисунок выполнен в двух вариантах: для мальчиков (на рисунке представлен мальчик) и для девочек (на рисунке изображена девочка).

На рисунках лицо ребенка полностью не прорисовано, дан лишь контур головы. Каждый рисунок снабжен двумя дополнительными рисунками детской головы, по размерам точно соответствующими контуру лица на рисунке. На одном из рисунков изображено улыбающееся лицо ребенка, на другом – печальное.

Ход: Рисунки были показаны в определенном порядке. Диагностика проходила в отдельной комнате. Перед началом дается общая инструкция: «Тебе будут показаны 14 рисунков. На каждом из них изображены дети в разных ситуациях. Как ты думаешь, какое у ребёнка будет лицо, весёлое или печальное?» К определенным рисункам давалась дополнительная инструкция для обозначения ситуации, например: «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребёнка: весёлое или печальное? Он (она) идёт спать». Время проведения – 15 минут.

Проведение методики дало следующие результаты:

В результате количественного анализа данных был рассчитан индекс тревожности каждого ребенка, который равен выраженному в процентах отношению числа эмоционально-негативных выборов к общему числу рисунков. По индексу тревожности дети были разделены на три группы:

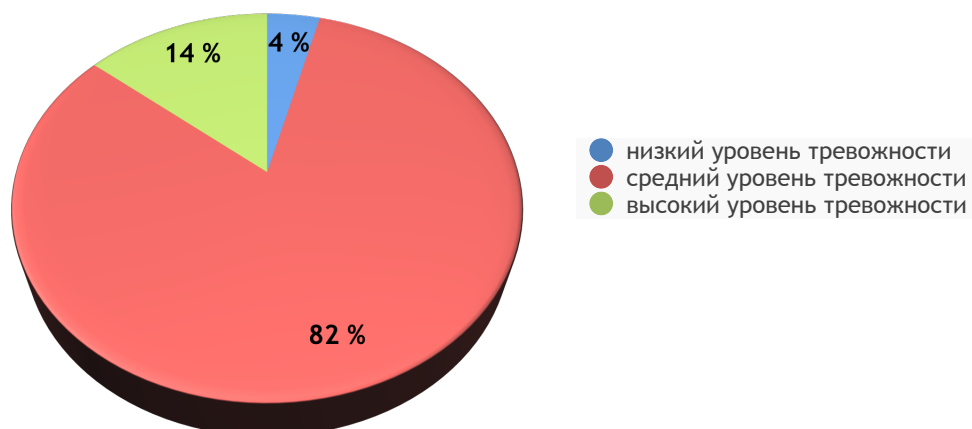
- Высокий уровень тревожности. Индекс тревожности больше 50%.
- Средний уровень тревожности. Индекс тревожности находится в пределах от 20% до 50%.
- Низкий уровень тревожности. Индекс тревожности в интервале от 0% до 20%.
- У 82% детей (47 человек) был средний уровень тревожности.

У 14% детей (8 человек) был высокий уровень тревожности.



У 4% детей (3 человека) был низкий уровень тревожности.

Рис. 3. Уровень тревожности.



В итоге мы видим, что у большинства детей средний уровень тревожности, что характерно для данной выборки. Интересно, что всего у 4% низкий уровень тревожности.

**Методика 2:** тест фрустрационных реакций С.Розенцвейга, детский вариант в адаптации Е.Е. Даниловой.

Цель: исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей ребенка.

Экспериментальный материал: 24 рисунка, на каждом изображен человек во фрустрационной ситуации. На каждом рисунке персонаж слева произносит слова, описывающие фрустрацию другого индивида или его собственную. Над персонажем справа пустой квадрат, в который должен быть ответ испытуемого. Черты и мимика персонажей на рисунке минимальны.

Ход: Рисунки были показаны в определенном порядке. Диагностика проходила в отдельной комнате. Перед началом дается общая инструкция: «Я буду показывать тебе рисунки, на которых изображены люди в определенной ситуации. Человек слева что-то говорит, и его слова написаны сверху в квадрате. Я буду читать их. Представь себе, что может ответить ему другой человек. Будь серьезен и не старайся отделаться шуткой. Обдумай ситуацию и отвечай побыстрее». Слова персонажей зачитывались вслух, так как не все

дети в этом возрасте легко читают. Если ребенок не понимал ситуацию на картинке, в протоколе фиксировался первоначальный ответ с соответствующей пометкой. По окончании диагностики у ребенка уточнялось понимание этих ситуаций, с помощью ориентировочных вопросов психолог наводил ребенка на правильную интерпретацию. При обработке учитывался окончательный ответ.

Для упрощения прохождения теста ребенку предлагалась игра: ребенку показывалась карта и игрушка, после каждого ответа игрушка перемещалась на следующую клетку, пока после последнего ответа не доходила до финиша. Время прохождения теста – 30 минут.

Проведение методики дало следующие результаты:

По данной методике мы рассматривали профиль фрустрационных реакций у ребенка. Для задач нашего исследования был рассмотрен профиль фрустрационных реакций ребенка, мы не рассматривали GSR-профиль и тенденции. Показатель GSR не рассматривался, так как нормативные показатели вычислялись Е.Е. Даниловой на выборке детей от 6 лет.

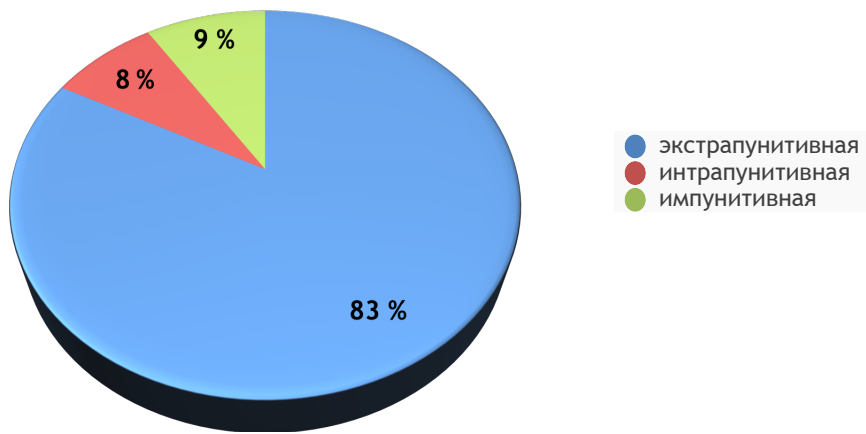
Выраженность направленности реакции:

У 82% (42) детей экстрапунитивная (Е) направленность реакции.

У 9% (5) детей импунитивная (М) направленность реакции.

У 8% (4) детей интрапунитивная (I) направленность реакции.

Рис. 4. Выраженность направленности реакции.



Ведущий тип реакций:

У 37% (20) детей препятственно-доминантный (O-D) тип реакций

У 51% (27) детей эго-защитный (E-D) тип реакций

У 11% (6) детей необходимо-упорствующий (N-P) тип реакций

Рис. 5. Ведущий тип реакций.



По результатам мы видим, что у детей ведущей является экстрапунитивная направленность. Данные не соответствуют данным Е.Е. Даниловой (Дементий Л.И., 2004). По данным Е.Е.Даниловой ведущие экстопунитивные реакции будут наблюдаться реже. Возможно, на наши данные повлияло то, что возраст испытуемых был от 4 до 7 лет. Е.Е. Данилова проводила исследование с детьми более старшими, начиная с 6 лет. Выраженность экстрапунитивных реакций говорит о непосредственности детей, о недостаточном развитии регуляторных механизмов в этом возрасте.

Ведущий тип реакции у половины детей эго-защитный. «Я» субъекта играет важную роль в ответах детей, что может быть связано с непреодоленным эгоцентризмом.

**Методика 3:** Методики определения темперамента детей дошкольного возраста (Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко).

Цель: Определение темперамента детей дошкольного возраста методом стандартизированного наблюдения.

Ход: Для определения типа темперамента педагогам предлагается заполнить карту наблюдения. В ней указаны наиболее характерные для определенного типа темперамента проявления в поведении ребенка. Заполнение карты наблюдений происходит в течение недели наблюдения за поведением ребенка. Инструкция: «Отметьте типы реакций, которые Вы обнаруживаете у ребенка по каждому критерию».

Проведение методики дало следующие результаты:

Тип темперамента:

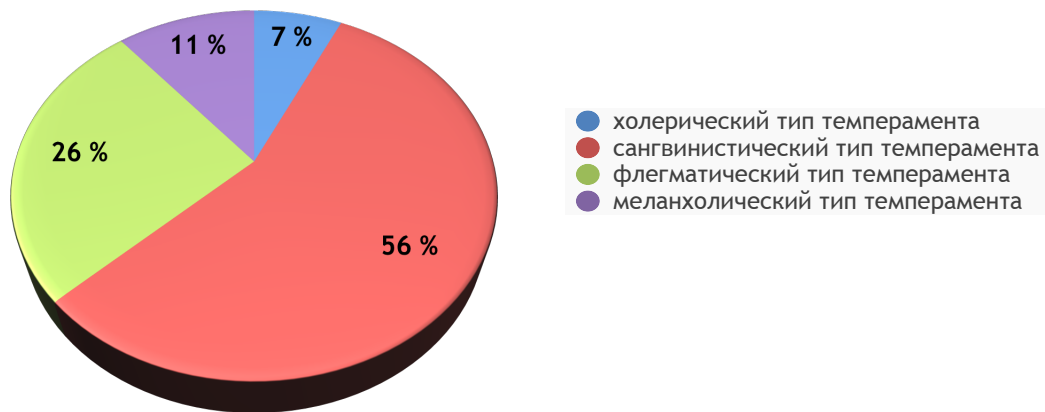
У 7% (4) детей холерический тип темперамента.

У 56% (32) детей сангвинистический тип темперамента.

У 26% (15) детей флегматический тип темперамента.

У 11% (6) детей меланхолический тип темперамента.

Рис. 6. Тип темперамента.



Большинство детей в выборке сангвинистического типа темперамента. Возможно, под признаками холерического поведения педагогами отмечается только яркое проявление активности детей.

### **Проведение второго этапа исследования**

Целью второго этапа было рассмотрение диагностических способностей родителей.

Анализ и обработка данных проводилась на основе: тест тревожности (Р. Тэммл, М.Дорки, В.Амен), тест фрустрационных реакций С.Розенцвейга детский вариант в адаптации П.В. Тарабриной. Родители заполняли данные опросники за ребенка.

Выборка – 57 родителей (матери).

**Методика 4:** Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен).

Цель: оценить представления родителей о том, как ребенок реагирует в типичных для него жизненных ситуациях, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени.

Экспериментальный материал: 14 рисунков размером 8,5\*11 см. На каждом рисунке показана некоторая типичная для жизни дошкольника ситуация.

Каждый рисунок выполнен в двух вариантах: для родителей мальчиков (на рисунке представлен мальчик) и для родителей девочек (на рисунке изображена девочка).

На рисунках лицо ребенка полностью не прорисовано, дан лишь контур головы. Каждый рисунок снабжен двумя дополнительными рисунками детской головы, по размерам точно соответствующими контуру лица на рисунке. На одном из рисунков изображено улыбающееся лицо ребенка, на другом – печальное.

Ход: Рисунки были показаны в определенном порядке. Родители заполняли опросник в электронном виде. Перед началом дается общая инструкция: «Вам будут показаны 14 рисунков. На каждом из них изображены дети в разных ситуациях. Представьте себе, какое лицо будет у Вашего ребенка в данных ситуациях. Печальное или веселое?» К определенным рисункам давалась дополнительная инструкция для обозначения ситуации, например: «Какое лицо будет у вашего ребёнка: печальное или веселое? Она идёт спать».

Проведение методики дало следующие результаты:

Ответы родителей воспринимаются нами, как представления родителей о реакциях их ребенка в типичных для него тревожных ситуациях, в которых проявляется такая черта личности, как тревожность. Индексом тревожности является представления родителей об уровне тревожности их ребенка.

В результате количественного анализа данных был рассчитан индекс тревожности, полученный в ответах родителей, который равен выраженному в процентах отношению числа эмоционально-негативных выборов к общему числу рисунков. По индексу тревожности ответы родителей были разделены на три группы:

- Высокий уровень тревожности. Индекс тревожности больше 50%.

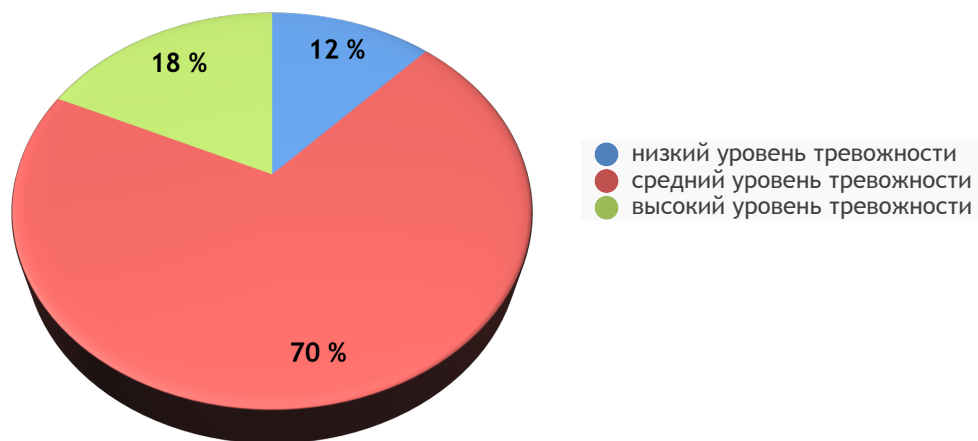
- Средний уровень тревожности. Индекс тревожности находится в пределах от 20% до 50%.
- Низкий уровень тревожности. Индекс тревожности в интервале от 0% до 20%.

В 18% ответов родителей (10 человек) были отмечены представления о высоком уровне тревожности у их ребенка.

В 70% ответов родителей (40 человек) были отмечены представления о среднем уровне тревожности у их ребенка.

В 12% ответов родителей (7 человек) были отмечены представления о низком уровне тревожности у их ребенка.

Рис. 7. Уровень тревожности.



Диагностические возможности родителей в определении тревожности у детей рассчитывались значением разницы в показателях индекса тревожности в ответах ребенка и ответах родителей о ребенке.

По нашим данным родители также оценивают своих детей на среднем уровне тревожности. Немного больше процентов родителей отмечают низкий уровень тревожности у своих детей, чем сами дети.

**Методика 5:** тест фрустрационных реакций С.Розенцвейга, детский вариант в адаптации Е.Е. Даниловой.

Цель: Рассмотреть, как представления родителей о реакциях детей на неудачу и о способах выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей их ребенка.

Экспериментальный материал: 24 рисунка, на каждом изображен человек во фрустрационной ситуации. На каждом рисунке персонаж слева произносит слова, описывающие фрустрацию другого человека или его собственную. Над персонажем справа пустой квадрат, в который должен быть ответ испытуемого. Черты и мимика персонажей на рисунке минимальны.

Ход: Рисунки были показаны в определенном порядке. Родители заполняли опросник в электронном виде. Перед началом дается общая инструкция: «Вам будут показаны 24 рисунка (приложение ниже). На каждом из них изображены два говорящих человека. То, что говорит первый человек, написано в квадрате слева. Представьте себе, как бы ответил в этой ситуации Ваш ребенок. Напишите самый первый пришедший Вам в голову ответ под картинкой. Старайтесь работать как можно быстрее. Отнеситесь к заданию серьезно и не отделяйтесь шуткой. Выполняйте тест индивидуально, не обсуждайте с супругом (супругой)».

Проведение методики дало следующие результаты:

Представления родителей о выраженности направленности реакции у их детей:

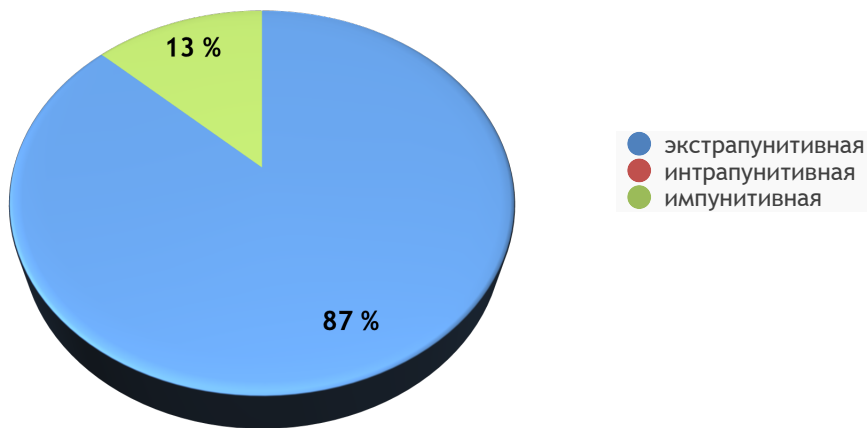
У 87% (47) детей экстрапунитивная(Е) направленность реакции.

У 0% (0)детей интрапунитивная (I) направленность реакции.

У 13% (7) детей импунитивная (M) направленность реакции.

Рис. 8. Представления родителей о выраженности направленности реакции у их детей.





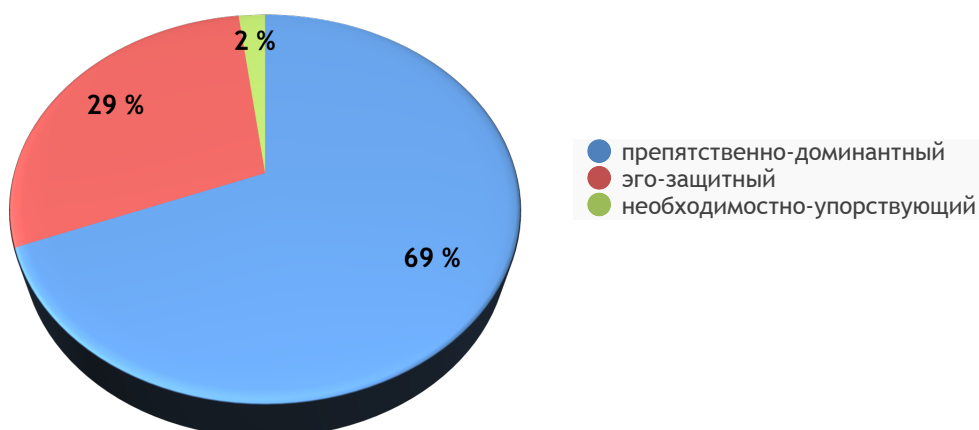
Представления родителей о ведущем типе реакций у их детей:

У 69% (36) детей препятственно-доминантный (O-D) тип реакций

У 29% (15) детей эго-защитный (E-D) тип реакций

У 2% (1) детей необходимо-упорствующий (N-P) тип реакций

Рис. 9. Представления родителей о ведущем типе реакций у их детей.



Диагностические возможности родителей в определении реакции ребенка на фрустрирующие ситуации рассчитывались значением разницы направленности реакции в ответах ребенка и ответах родителей о ребенке и

анализа разницы в показателях типов реакции в ответах ребенка и ответах родителей о ребенке.

Родители чаще оценивают реакции детей, как экстропунитивные и совсем не оценивают ведущий тип реакции детей на фрустрирующие ситуации как интропунитивные. Возможно, в конфликтных ситуациях между детьми и родителями дети чаще проявляют экстропунитивную направленность реакции.

### **Проведение третьего этапа исследования**

Целью третьего этапа было рассмотрение предпосылок невротических состояний у детей.

Анализ и обработка данных проводилась на основе: опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (разработанный Э.Г. Эйдемиллером и В.В.Юстицкисом), шкала тревоги Спилбергера (State-TraitAnxietyInventory –STAI), адаптированная Ю.Л.Ханиным, тестфрустрационныхреакций С. Розенцвейга, взрослый вариант, методика определения симптомов тревожных расстройств у ребенка на основе наблюдения родителей за поведением детей.

Выборка – 57 родителей (матери).

**Методика 6:**Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллером, В.В.Юстицкис).Опросник для родителей детей в возрасте 3–10 лет.

Цель: Определить различные нарушения процесса воспитания, выявить тип неграмотного патологического воспитания и установить некоторые причины этих нарушений.

Данные показатели влияют позволяют выявить типы дисгармоничного воспитания и по данным исследований (Эйдемиллер Э.Г., 1990) могут являться предпосылками невротических расстройств у детей.

В данном исследовании мы рассматривали:

- Уровень протекции в процессе воспитания (шкалы Г+ и Г-)
- Степень удовлетворения потребностей ребенка (шкалы У+ и У-)
- Количество и качество требований к ребенку в семье (шкалы Т+, Т- и З+, З-)
- Строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком (шкалы С+ и С-)

Данные показатели позволяют определить отклонений в воспитание детей:

1. Гиперпротекция (шкала Г+)
2. Гипопротекция (шкала Г-)
3. Потворствование ребенку (шкала У+)
4. Игнорирование потребностей ребенка (шкала У-)
5. Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+)
6. Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-)
7. Чрезмерность требований-запретов (шкала З+)
8. Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-)
9. Чрезмерность санкций (шкала С+)
10. Минимальность санкций (шкала С-)

Экспериментальный материал: опросник состоит из 130 утверждений, родителям предлагается согласиться с утверждением или нет.

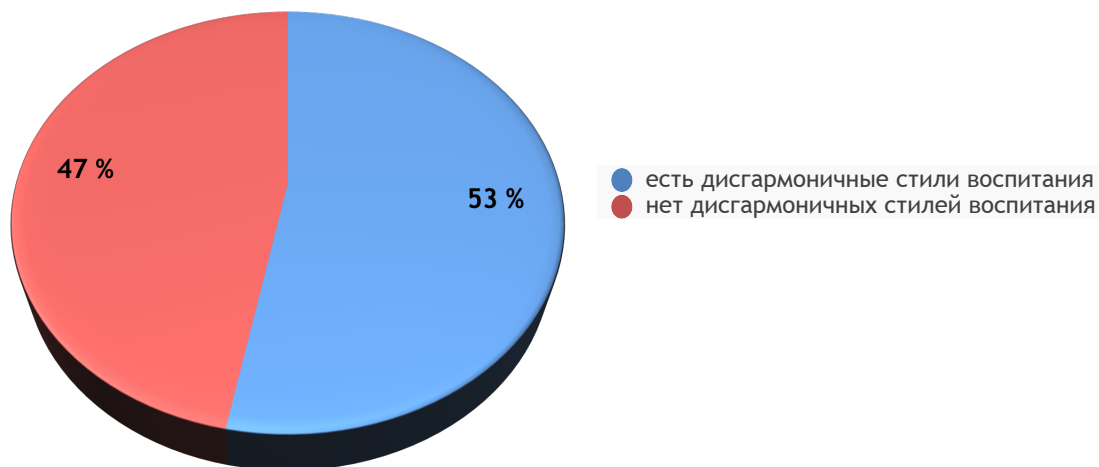
Ход: Опросник заполнялся родителями в электронном виде. Инструкция: «Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения

о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов». Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы, в общем, согласны с ними, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер утверждения. Если Вы, в общем, не согласны – зачеркните этот же номер в бланке. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше 5. В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений. Отвечайте так, как Вы сами думаете».

Проведение методики дало следующие результаты:

У 47% (27) родителей нет дисгармоничных стилей воспитания.

Рис. 10. Наличие дисгармоничных стилей воспитания.

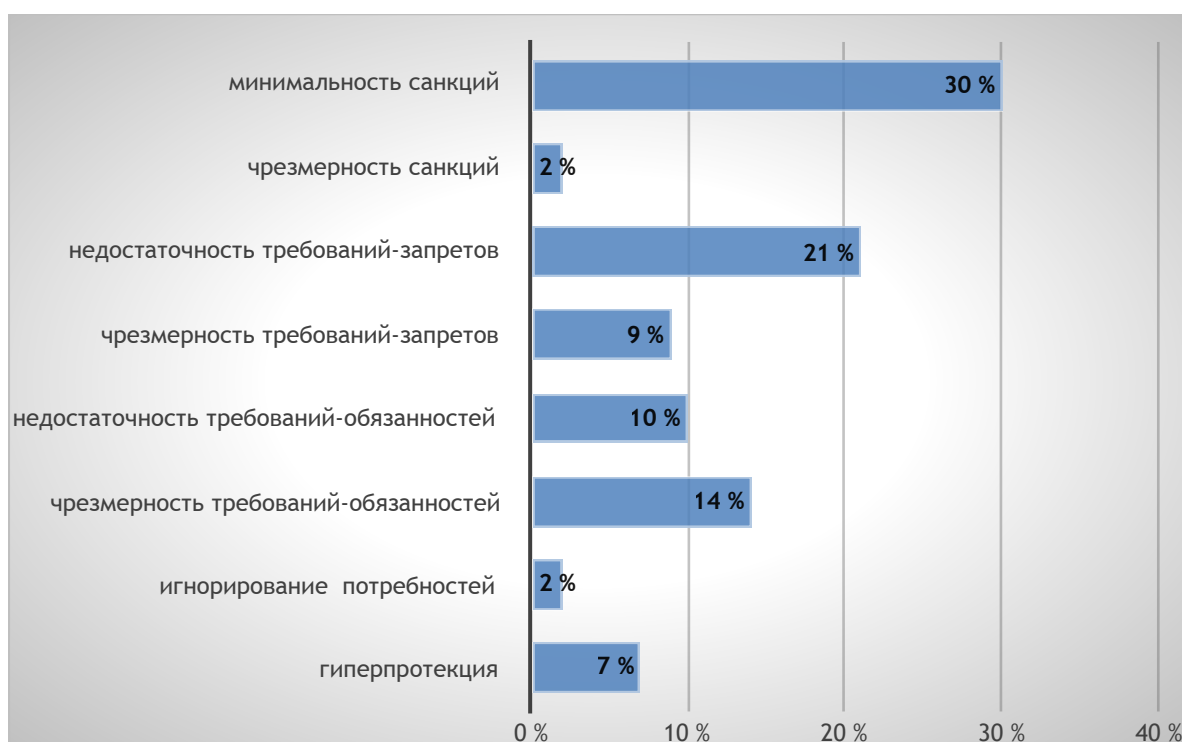


Выявлены следующие дисгармоничные стили воспитания:

- У 7%(4) родителей выявлена гиперпротекция(шкала Г+)
- У 2% (1) родителей выявлено игнорирование потребностей ребенка (шкала У-)
- У 14% (8) родителей выявлена чрезмерность требований-обязанностей(шкала Т+)

- У 10% (6) родителей выявлена недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала T-)
- У 9% (5) родителей выявлена чрезмерность требований-запретов (шкала 3+)
- У 21% (12) родителей выявлена недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала 3-)
- У 2% (1) родителей выявлена чрезмерность санкций (шкала C+)
- У 30% (17) родителей выявлена минимальность санкций (шкала C-)

Рис. 11. Дисгармоничные стили воспитания.



Интересно, что ведущими стилями дисгармоничного воспитания являются минимальность санкций и недостаточность требований запретов, возможно, это характеризует современные особенности свободного воспитания.

**Методика 7:** шкала тревоги Ч. Спилбергера (State Trait Anxiety Inventory – STAI), адаптированная Ю.Л.Ханиным.

Цель: Шкала предназначена для выявления состояния тревоги и тревожности как свойства личности. В основе шкалы – субъективная оценка человеком своих переживаний, ощущений, действий.

Экспериментальный материал: в данном исследовании использовалась подшкала личностной тревоги. Подшкала содержит также 20 суждений для определения тревожности как свойства личности.

Ход: Родители заполняли опросник в электронном виде. Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и просмотрите варианты возможных ответов. Определите, как Вы чувствуете себя обычно. Против каждого утверждения зачеркните соответствующую цифру. Работайте быстро и внимательно, не пропускайте ни одного утверждения».

Проведение методики дало следующие результаты:

У 46% (26) средний уровень личностной тревоги.

У 54% (31) высокий уровень личностной тревоги.

Рис. 12. Уровень тревоги.



У большинства родителей наблюдается высокий уровень тревоги.

**Методика 8:** тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, взрослый вариант.

Цель: Исследование реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей.

Экспериментальный материал: 24 рисунка, на каждом изображен человек во фрустрационной ситуации. На каждом рисунке персонаж слева произносит слова, описывающие фрустрацию другого индивида или его собственную. Над персонажем справа пустой квадрат, в котором должен быть ответ испытуемого. Черты и мимика персонажей на рисунке минимальны.

Ход: Рисунки были показаны в определенном порядке. Родители заполняли опросник в электронном виде. Инструкция: «Вам сейчас будут показаны 24 рисунка. На каждом из них изображены два говорящих человека. То, что говорит первый человек, написано в квадрате слева. Представьте себе, что может ответить ему другой человек. Напишите самый первый пришедший Вам в голову ответ, обозначив его соответствующим номером. Старайтесь работать как можно быстрее. Отнеситесь к заданию серьезно и не отделяйтесь шуткой. Не пытайтесь также воспользоваться подсказками».

Проведение методики дало следующие результаты:

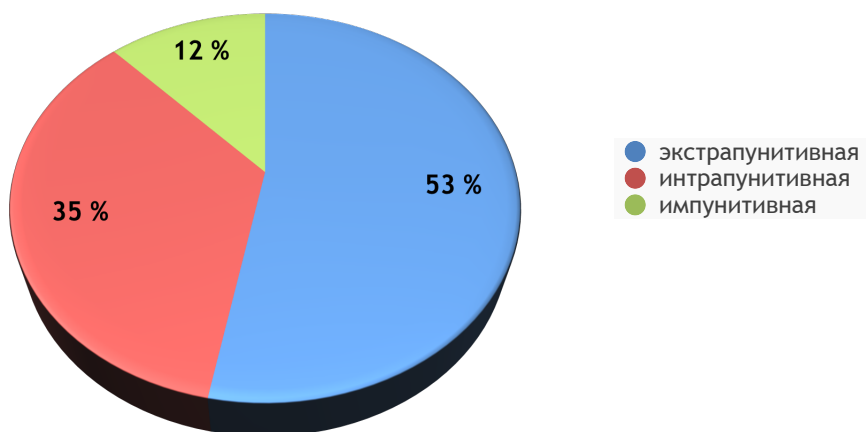
По данной методике мы рассматривали профиль фрустрационных реакций у самих родителей. Для задач нашего исследования мы не рассматривали GSR-профиль и тенденции.

Выраженность направленности реакции:

- У 53% (30) родителей ведущая экстрапунитивная (Е) направленность реакции.

- У 35% (20) родителей ведущая интрапунитивная (I) направленность реакции.
- У 12% (7) родителей ведущая импунитивная (M) направленность реакции.

Рис. 13. Выраженность направленности реакции.



Ведущий тип реакций:

- У 30% (17) родителей ведущий препятственно-доминантный (O-D) тип реакций.
- У 63% (36) родителей ведущий эго-защитный (E-D) тип реакций.
- У 7% (4) родителей ведущий необходимо-упорствующий (N-P) тип реакций.

Рис. 14. Ведущий тип реакций.





**Методика 9:** методика определения симптоматики тревожных расстройств у ребенка на основе наблюдения родителей за поведением детей.

Цель: Анализ определения родителями симптомов тревожных расстройств у детей

Экспериментальный материал:

Методика состоит из 30 утверждений, родителям предлагается согласиться с утверждением или нет. Утверждения описывают проявления симптомов тревожных расстройств из DSM-IV. В утверждениях 1-10 описываются симптомы тревожного расстройства в связи с разлукой (Беспокоится ли сильно ваш ребенок по поводу того, что он может потерять родителей, что с ними может случиться несчастный случай?), в утверждениях 11-18 описываются симптомы генерализованного тревожного расстройства (Ребенок часто находится в беспокойном, нервном состоянии?), в утверждениях 19-28 описываются симптомы социофобии (Ребенок испытывает сильный страх в ситуациях общения с взрослыми?), 29-30 вопросы описывают симптомы обсессивно-компульсивного расстройства.

Ход: Инструкция: «Прочитайте внимательно каждый из приведенных ниже вопросов и ответьте в зависимости от того, как ведет себя Ваш ребенок. Просмотрите варианты возможных ответов. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «1» в графе «да», если не согласны, поставьте «1» в

графе «нет». Если не можете ответить, поставьте «1» в графе «трудно сказать»».

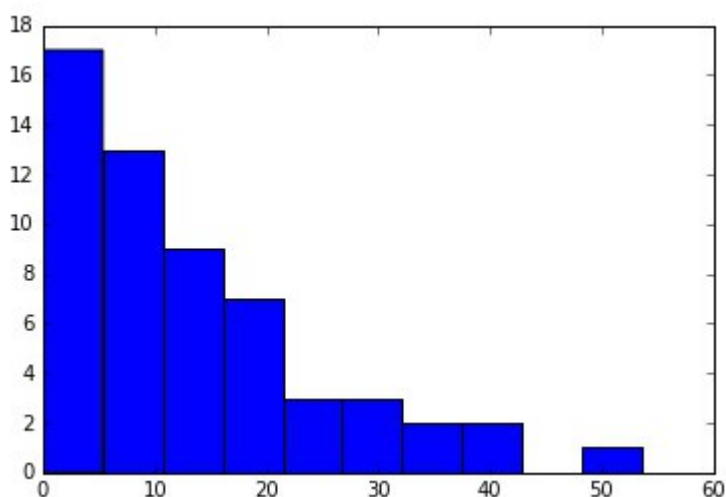
Проведение методики дало следующие результаты:

68% (39) родителей отметили уровень тревожности у ребенка до 30% от максимальных данных в данной выборке.

22% (13) родителей отметили уровень тревожности у ребенка от 30% до 60% от максимальных данных в данной выборке.

9% (5) родителей отметили уровень тревожности у ребенка больше 60% максимальных данных в данной выборке.

Рис.15 Соотношение выборки.



По данным данной методики, мы видим, что большинство родителей отмечают малое количество проявления симптомов тревожных расстройств у детей, что соответствует норме.

### 2.3 Математико-статистические методы обработки данных

Данные обрабатывались следующими методами:

1. Качественный анализ данных

2. MANOVA Многофакторный дисперсионный анализ
3. Метод сравнения средних значений

### **Глава 3**

Цель исследования заключается в рассмотрении диагностических возможностей родителей в определении реакций на фрустрацию детей в возрасте от 4 до 7 лет как предпосылки невротических состояний.

В данном исследовании мы рассматриваем такие предпосылки невротических состояний, как:

- повышенный уровень тревожности у детей
- дисгармоничный тип воспитания
- особенности реакции детей на фрустрирующие ситуации

Для достижения данной цели мы рассмотрели:

- Влияние диагностических возможностей родителей на уровень тревожности у детей.
- Связь диагностических возможностей родителей с типом дисгармоничного воспитания.
- Влияние диагностических возможностей родителей на особенности реакции детей на фрустрирующие ситуации.

### **3.1 Анализ влияния диагностических возможностей родителей на уровень тревожности у детей.**

Рассмотрим связь разницы в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями с уровнем тревожности у детей.

Контрольными переменными является уровень тревожности родителей, темперамент ребенка.

Данные показывают, что разница в оценках интрапунитивной (I) направленности реакции связана с уровнем тревоги ребенка. Интрапунитивность проявляется в требованиях ребенка к себе, неуверенности в своем поведении. С. Розенцвейг рассматривал данные реакции, как реакции в защите я. Интрапунитивные реакции направлены человеком на самого себя. Проявляются в самообвинении. Часто связаны с такими чувствами, как вина, угрызения совести. Разница в данном показателе может свидетельствовать о

завышенных требованиях родителей к тому, что бы ребенок предъявлял требования к себе, чувствовал свою ответственность и вину в конфликтных ситуациях. Возможно, данные представления родителей могут не соответствовать поведению детей, которые в дошкольном возрасте чаще проявляют экстрапунитивные реакции, что может приводить к конфликтам и недопониманию между родителями и детьми, что может повлиять на уровень тревожности ребенка.

Разница в оценках интропунитивных и импунитивных ответов взаимосвязаны.

Разница в оценках экстрапунитивной (Е) направленности реакции связана с уровнем тревоги ребенка. Дети дошкольного возраста часто проявляют экстрапунитивные реакции, разница между их поведением и представлением родителей об их поведении может приводить к конфликтам, что может повлиять на уровень тревожности у детей.

Table 1. Влияние на фрустрационные факторы ребенка степень верности его оценки родителями

Источник	Зависимая переменная	F	Знач.
Е_разница_порядк	Е	,379	,687
	тревожность	,297	,745
і_разница_порядк	Е	2,861	<b>,069</b>
	тревожность	1,079	,350
М_разница_порядк	Е	1,462	,244
	тревожность	2,152	,130
Е_разница_порядк * і_разница_порядк	Е	2,638	<b>,063</b>
	тревожность	2,404	<b>,082</b>
Е_разница_порядк * М_разница_порядк	Е	,859	,497
	тревожность	2,109	,098
і_разница_порядк *	Е	2,194	,104

М_разница_порядк	тревожность	,334	,801
Е_разница_порядк *	Е	,000	,998
і_разница_порядк *	тревожность	1,235	,273
М_разница_порядк			

При этом стоит отметить, что все полученные значения находятся в пределах статистической погрешности ( $0,1 > p < 0,05$ ). Это не позволяет нам однозначно говорить о том, что наша гипотеза доказана, но позволяет выдвинуть осторожное предположение о том, что она может быть доказана при большей мощности методов и несколько более количественно большой выборке.

### **3.2 Анализ связи диагностических возможностей родителей с особенностями негармоничного воспитания.**

Рассмотрим связь разницы в оценках реакции на фрустрацию у дошкольников детьми и их родителями с особенностями негармоничного воспитания.

По полученным данным связь разницы в оценках реакции на фрустрацию у дошкольников детьми и их родителями с особенностями негармоничного воспитания не выявлена.

Однако, если включить эти стили в математическую модель, мы находим, что учет этих факторов и их элиминирование, дает нам возможность еще раз рассмотреть предыдущую гипотезу и найти значимое влияние разницы в оценке родителями их детей.

**Table 2 Влияние разницы оценки родителями и детьми с учетом стиля воспитания**

Источник	Зависимая переменная	F	Знач.
Е_разница	Е	,160	,691
	тревожность	,081	,777
I_разница	Е	5,486	<b>,024</b>
	тревожность	6,920	<b>,012</b>
М__разница	Е	4,974	<b>,031</b>
	тревожность	1,198	,280
Дисгармоничный_тип_воспитания	Е	,696	,675
	тревожность	1,466	,207
Спилбергер	Е	2,085	,156
	тревожность	,122	,729
Дисгармоничный_тип_воспитания * Спилбергер	Е	,886	,481
	тревожность	1,232	,312

В частности, как следует из таблицы 2, наибольшее влияние оказывается на экстрапунитивные реакции фрустрации детей.

### **3.3 Анализ связи диагностических возможностей родителей и особенностями реакции детей на фрустрирующие ситуации.**

Рассмотрим связь разницы в оценках реакции на фрустрацию у дошкольников детьми и их родителями связана с особенностями реакции детей на фрустрацию.

Контрольной переменной является: темперамент ребенка, Особенности реакции на фрустрацию у родителей, пол ребенка.

Данные показывают, что разница в оценках интрапунитивной (I) направленности реакции влияет на уровень экстрапунитивной (E) направленности ребенка. Разница в оценках импунитивной (M) направленности реакции влияет на уровень экстрапунитивной (E) направленности ребенка.

Родители ошибаясь в представлении об интропунтивной и импунтивной направленности, взаимодействуя с ребенком могут выдвигать определенные требования или наоборот не помогать ребенку научиться новым стратегиям поведения в фрустрирующих ситуациях, что может привести к увеличению экстрапунтивной направленности в реакциях ребенка на фрустрацию. Экстрапунтивная направленность проявляется в агрессивном обвинение в препятствии внешних условий и лиц.

Также на экстрапунтивную направленность в реакции детей на фрустрацию влияют: пол, темперамент, дисгармоничные стили воспитания.

В итоговой рабочей модели многомерного дисперсионного анализа, в которой побочные факторы учтены как ковариаты, мы получаем следующие значения, сгруппированные в таблице 3.

**Table 3 Оказываемые статистически значимые влияния на уровень экстрапунтивных реакций и выраженный уровень тревожности.**

I_разница	Е	5,486	<b>,024</b>
	тревожность	6,920	<b>,012</b>
M__разница	Е	4,974	<b>,031</b>
	тревожность	1,198	,280

## **Выводы**



1. Диагностические возможности родителей в прогнозировании реакции детей на фрустрирующие ситуации представляет собой важный элемент детско-родительских отношений. Диагностические возможности родителей раскрывает понимание барьеров, которые возникают у детей в коммуникативных ситуациях, и реакциях на них, что может быть предпосылкой развития невротических состояний.

2. Критерием диагностических возможностей родителей является степень расхождения между выраженностью реакций детей на фрустрирующие и угрожающие ситуации и прогнозом родителей о реакциях детей в этих ситуациях: чем больше расхождения, тем более выражен уровень диагностических возможностей родителей.

3. Рассмотрев соотношение между реакциями детей и прогнозом родителей на реакции детей на фрустрирующую ситуацию, можно отметить, что наибольшее расхождение между ответами детей и прогнозами родителей было по экстропунтивным типам реакции.

4. Взаимосвязь между фрустрационной толерантностью родителей и прогнозом на поведение детей не выявлена.

5. Взаимосвязь способности родителей предсказывать реакцию ребенка на фрустрирующие ситуации с особенностями негармоничного воспитания не выявлена. Выявлена взаимосвязь способности родителей предсказывать реакцию ребенка на фрустрирующие ситуации с и уровнем тревоги у детей. Чем выше способность родителей пересказывать реакции детей на фрустрирующие ситуации, тем выше уровень тревоги у детей и наоборот.

6. Разработан методический комплекс включающий в себя :

1. Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен)

2. Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, детский вариант (в адаптации Е.Е. Даниловой).

И предполагающий симметричную диагностику, может быть использован для определения диагностических возможностей родителей.

**Заключение**

В данном исследовании мы рассматривали связь диагностических возможностей родителей в определении реакций на фрустрацию у детей в возрасте от 4 до 7 лет и предпосылок невротических состояний у детей. Мы рассматривали такие предпосылки развития невротических и тревожных расстройств, как уровень тревожности у детей, особенности детско—родительских отношений, особенности реакции детей на фрустрирующие ситуации, особенности реакции родителей на фрустрацию.

Полученные данные сопоставимы с исследовательскими гипотезами:

1. Гипотеза о том, что разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с уровнем тревоги у детей. Была подтверждена. Разница в оценках интрапунитивной и экстрапунитивной направленности реакции на фрустрирующую ситуацию у родителей и детей статистически значимо коррелирует с уровнем тревоги у ребенка.

2. Гипотеза о том, что разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с особенностями негармоничного воспитания – не подтверждается. Статистических связей не обнаружено.

3. Гипотеза о том, что разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с особенностями реакции детей на фрустрацию – подтверждается. Разница в оценках интрапунитивной направленности реакции на фрустрирующую ситуацию у родителей и детей статистически значимо коррелирует с особенностями реакции ребенка на фрустрирующие ситуации. Данные показывают, что разница в оценках интрапунитивной (I) направленности реакции влияет на уровень экстрапунитивной (E) направленности ребенка. Разница в оценках импунитивной (M) направленности реакции влияет на уровень экстрапунитивной (E) направленности ребенка.

4. Гипотеза о том, что разница в оценках реакции на фрустрацию самими детьми и их родителями связана с фрустрационной толерантностью родителей – не подтверждается. Статистических связей не обнаружено.

Исследуя диагностические возможности родителей в определении реакций на фрустрацию детей в возрасте от 4 до 7 лет как предпосылки невротических состояний. Мы рассмотрели такие предпосылки невротических состояний у детей, как уровень тревожности, особенности реакции детей на фрустрирующие ситуации, особенности детско-родительских отношений. Диагностические возможности родителей в определении реакции детей на фрустрирующие ситуации мы рассматривали, как разность между ответами детей и ответами родителей за детей на тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, детский вариант (в адаптации Е.Е. Даниловой).

Результатами данного исследования является выявление связи:

1. диагностических способностей родителей с уровнем тревоги у ребенка
2. диагностических способностей родителей с особенностями реакции детей на фрустрирующую ситуацию

На основе данного исследования можно сделать вывод, что диагностические возможности родителей связаны с факторами, влияющими на развитие неврозов у детей. Дальнейшее исследование диагностических возможностей родителей в определении реакций детей на фрустрирующие ситуации позволит более детально исследовать механизм формирования невротических и тревожных расстройств, разработать и усовершенствовать практические методы по профилактике и коррекции невротических и тревожных расстройств у детей дошкольного возраста.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб.: Академический проект, 1997. 335 с.
2. Ананьев. Б. Г. Человек как предмет познания .СПб.: Питер, 2001. 288 с.
3. Бороздина Л.В., Русаков С.В., 1983
4. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2004
5. Боулби Д. Привязанность. — М.: Гардарики, 2003. — 477с.
6. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия. / Пер. с англ. А. Суворовой. М.: ЭКСМО Пресс, 2000. 320 с.

7. Ганзен В. А. Системные описания в психологии. - Л.: Изд-во Ленингр.ун-та, 1984. - 176 с.
8. Гарбузов В. И. Особенности психотерапии в семье с единственным ребенком, страдающим неврозом. В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 87-93. Данилова Е.Е. Методика изучения фрустрационных реакций у детей // Иностранная психология. 1996. № 6. С. 69–81
9. Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.
10. Дементий Л. И. К проблеме диагностики социального контекста и стратегий копинг-поведения/Л. И. Дементий // Журнал прикладной психологии, 2004. т.№ 3.-С.20-25
11. Л.И. Дементий. Фрустрация: Понятие и диагностика. Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. 68 с.
12. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез .Л.: Медицина, 1988. – 244
13. Захаров А. И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста.- В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972. С. 53-55
14. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков.-Л., 1982.
15. Захаров А. И. Как преодолеть страхи у детей.- М., 1986
16. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка СПб.: «Союз», 1997 - 224 с.
17. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология, патогенез., 2006

18. Зачевицкий, Р.А., Яковлева, Е.К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов [Текст] / Р.А. Зачевицкий, Е.К. Яковлева. — М., 1960. - 180с.
19. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М. : Медицина, 1980. - 448 с
20. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.- Л., 1982.
21. Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В. О значении экспериментально-психологических методов исследования личности для клиники неврозов.- В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 43-47.
22. Карвасарский Б. Д. Психотерапия.- Л., 1985. 304 с.
23. Колегова В.А. Вопросы организации и планирования психоневрологической помощи детям и подросткам: автореф. дис. ... канд. мед. наук: / Московский науч.-исслед. ин-т психиатрии. Москва, 1972. 24 с.
24. Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф. Роль фактора среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста.-В кн.: Психогигиена детей и подростков. М., 1985. С. 66-91.
25. А.Ф. Лазурский
26. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. -М.: Медицина, 1970. 222 с.
27. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний. // Вопросы психологии, 1967. - № 6
28. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977; изд. 2—е доп. и перераб., Л.: Медицина, 1983.

29. Ломов. Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва :Директ-Медиа, 2008. 1174 с.
30. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.- М., 1985
31. Колотильщикова, Е.А. Обоснование психологических механизмов невротических расстройств / Е.А. Колотильщикова // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 44-56.
32. Кириченко Е. И. Возрастные аспекты формирования психогенных заболеваний у детей раннего возраста. В кн.: Неврозы у детей и подростков. Тезисы докладов. М., 1986. С. 86-88.
33. Мясищев В. Н. К вопросу о патогенезе неврозов.- Журн. невропатол. и психиатр., 1955, вып. 7. С. 486-494.
34. Мясищев В. Н. Личность и неврозы.- Л., 1960. 409 с.
35. Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов.- Журн. невропатол. и психиатр., 1967, вып. 6. С. 897-900
36. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка СПб.:Праймеврознак, 2003. 384 с
37. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. М: Медицина 1965; 270.
38. Сухарева Г. Е., Юсевич Л. С. Психогенные патологические реакции (неврозы). В кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8. М 1965.
39. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II, часть 2. М: Медицина 1959; 406.
40. Симеон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение.- М., 1958.



41. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция) М.: Издательство МГУ, 1988. 132с.
42. Справочник практического психолога. Психодиагностика / Под общ. ред. С. Т. Посоховой СПб.: Сова, 2005
43. Тарабрина П.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л., 1984.
44. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2002. — 656 с.