

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра: общей и клинической психологии

Факультет: Клинической психологии

Специальность: 37.05.01 «Клиническая психология»

Квалификация: Клинический психолог

Специализация: Психология здоровья и спорта

Выпускная квалификационная работа на тему:

**«ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СУПРУГОВ НА
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА»**

Дипломная работа
студентки 6 курса 3 группы
факультет клинической психологии
Быкова Наталия Николаевна

Научный руководитель:
зав.кафедрой общей
и клинической психологии,
д.пс.н., профессор
Василенко Татьяна Дмитриевна

Дипломная работа допущена
к защите зав. кафедрой общей и
клинической психологии, д.пс.н., профессор
_____ Т.Д. Василенко

Работа защищена на заседании
Государственной Экзаменационной комиссии
с оценкой _____

Председатель ГЭК
д.м.н, профессор А.Н. Алёхин _____

Курск – 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава I. Клинико-психологический анализ влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка.....	9
1.1. Психосоматическое здоровье ребёнка: теоретический анализ	9
1.2. Качества взаимоотношений супругов как триггер нарушения психосоматического здоровья ребёнка	19
1.3. Взаимосвязь особенностей формирования психосоматического здоровья и качества отношений супругов.....	29
1.4. Концептуальная модель исследования влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка.....	45
Глава II. Эмпирическое исследование влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка.....	48
2.1. Дизайн исследования влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка.....	48
2.2. Результаты исследования и их интерпретация.....	57
2.3. Выводы по результатам эмпирического исследования	102
Глава III. Психологическое сопровождение женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза.....	104
Заключение.....	108
Список литературы.....	110
Приложение.....	120

Введение

Обращение к вопросам психосоматического здоровья в детском возрасте является актуальным направлением как в современной медицине, так и в психологии. Данное обстоятельство продиктовано рядом причин. Так, определение термина «психосоматическое расстройство» (ПСР) является одним из дискуссионных вопросов в выше обозначенных областях науки. Изначально данное понятие применялось для обозначения заболевания, которое не могло быть объяснено с биологической точки зрения, а определяющим фактором в этиологии расстройства являлся сдвиг психического конфликта в соматическую сферу (J. Breuer, S. Freud, 1893). Затем содержание термина трансформировалось и на настоящий момент времени охватывает разнообразные нарушения органов и систем организма, в происхождении которых основная роль отводится психогенным факторам. Однако подобное толкование психосоматических расстройств подвергалось критике за абсолютизацию психогенного фактора ряда заболеваний и нивелирование биопсихосоциальной основы прочих соматических патологий (G.L. Engel, 1967).

Также стоит отметить значительный рост количества ПСР, которые преобладают среди общего числа неинфекционных заболеваний, выявляемых в детском и подростковом возрасте (Д.Н. Исаев, 2005). Имеются определенные трудности в процессе учета заболеваемости детей психосоматическими расстройствами, поскольку официальной медицинской статистикой не выделяется отдельная группа ПСР.

Актуальность темы данного исследования обусловлена увеличением частоты психосоматических расстройств, возникающих в детском и подростковом возрасте. По данным различных авторов встречаемость ПСР в указанных возрастных группах в России составляет от 30 до 68 % от числа детей и подростков, обращающихся за медицинской помощью (В.А. Ананьев, 2006; Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2002; Д.Н. Исаев, 2004 и др.). В подавляющем большинстве лечебные мероприятия в отношении детей проводятся с ориентацией на биомедицинский подход, в процессе чего не учитывается влияние

психологических и психосоциальных факторов возникновения и развития психосоматических расстройств. Игнорирование или уменьшение роли данных факторов может приводить к медикаментозному «залечиванию» детей, а также к хронизации имеющихся патологических состояний.

Первые месяцы и годы жизни ребенка характеризуются наиболее интенсивными изменениями со стороны организма и психики. Это именно тот период, в течение которого закладываются основы физического, психологического, социального здоровья, потенциал личностного, интеллектуального и эмоционального развития. Дети оказываются уязвимыми к различного рода психогенным воздействиям ввиду незрелости и недостаточной сформированности физиологических и психологических защит. В процессе развития и социализации в организме ребенка происходит установление психосоматических соотношений (В.В. Николаева, 2003; А.Ш. Тхостов, 2002). В связи с этим особое значение в данном возрастном периоде приобретает влияние семейной системы, в которой ребенок приобретает первый опыт эмоционального и социального взаимодействия.

Степень разработанности проблемы определяется наличием в психологической науке исследований роли отдельных факторов в возникновении ПСР у детей и подростков. Среди них было изучено влияние следующих условий: стрессовых событий (Green, Walker, 1997; Я.А. Теммоева, 2009), травматического детского опыта (N. Akdeniz, M. Agargun, L. Besiroglu et al., 2009 и др.), привязанности и семейных факторов (J. Bowlby, 1958; M. Ainsworth, J. Bowlby, 1991; S. Minuchin, 1974; E.M. Cummings, P.T. Davies, 2010; А.А. Лифинцева, А.Б. Холмогорова, 2015; Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина, А.В. Селин, И.А. Симоненко, А.В. Шевченко, 2017), личностных факторов (А.Г. Литвинов, 2004; О.А. Воронина, 2006; М.Ю. Рымарев, 2006; и др.), особенностей детско-родительских отношений (Р.А. Даирова, 2001; М.П. Билецкая, 2010; Н.А. Кравцова, 2005; И.А. Симоненко, А.В. Шевченко, 2014), нарушенных взаимоотношений с матерью (Г. Аммон, 2000; Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 2008). Стоит отметить, что, несмотря на проведенные исследования, вопрос о

влиянии качества супружеских отношений на психосоматическое здоровье ребенка в раннем возрасте характеризуется недостаточной разработанностью и систематизированностью.

Приведенные выше факторы обуславливают актуальность и необходимость исследования влияния параметров супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье детей раннего возраста.

Теоретико-методологическими основаниями исследования являются: положения о социокультурной детерминированности развития психических процессов и личности (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, М.И. Лисина); общеметодологические принципы системности (А.Ф. Лазурский, Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов); работы, описывающие единство психического и соматического, подчеркивающие влияние различных социально-психологических факторов на возникновение и течение психосоматических расстройств (Дж. Энгель, У. Бауманн, М. Пере, Д.Н. Исаев, А.Б. Смулевич, Б.Д. Карвасарский, С.А. Кулаков, В.В. Ковалев, Т.Д. Василенко); работы авторов, рассматривающих семью как систему (С. Минухин, В. Сатир, Э.Г. Эйдемиллер, А.Б. Холмогорова); положения теории привязанности и концепция раннего взаимодействия матери и ребенка (Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Р.Ж. Мухамедрахимов, Д. Стерн, К. Бриш, Д.В. Винникот, Т.Б. Брезелтон); концепции связи материнского опыта и развития ребенка (В. И. Брутман, К. Фрэйли, С. Спайкер); исследования и работы в области психологии семьи (А.Я. Варга, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, Н.И. Олифинович и соавт., А.Г. Лидерс).

Проблемой нашего исследования выступает вопрос о том, как влияет качество супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Объектом исследования являются супружеские взаимоотношения в семьях с детьми младенческого возраста.

Предметом исследования является влияние качества супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Цель исследования – изучить качество супружеских взаимоотношений и его влияние на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Исходя из обозначенной цели, были сформулированы следующие **задачи исследования**:

1. Провести теоретико-методологический анализ оснований исследования психосоматического здоровья ребенка, характеристик взаимоотношений в супружеской паре;

2. Изучить степень конфликтности в супружеской паре, имеющей ребенка младенческого возраста;

3. Изучить эмоциональное состояние женщин, состоящих в супружеских отношениях и имеющих ребенка младенческого возраста;

4. Определить степень влияния психологических характеристик супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

5. Разработать программу психологического сопровождения женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза.

Центральной гипотезой исследования выступает предположение о том, что качество взаимоотношений между супругами характеризуется определенными особенностями, которые оказывают влияние на психосоматическое здоровье детей младенческого возраста.

В нашей работе были использованы следующие методы:

1. Беседа;

2. Наблюдение;

3. Психодиагностические методики:

✓ Методика «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман);

✓ Опросник «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна;

✓ Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре (А.Н. Волкова);

✓ «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири);

- ✓ «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко;
- ✓ Методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS;
- ✓ Шкала депрессии Бека;
- ✓ Шкала психологического стресса RSM-25 (в адаптации Н.Е. Водопьяновой);
- ✓ Методика исследования локуса контроля (Дж. Роттера).

Новизна исследования заключается в анализе влияния, оказываемого психологическими характеристиками взаимоотношений между супругами на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста. Стоит отметить отсутствие в современной психологической науке исследований по изучению влияния данного фактора на психосоматическое здоровье детей раннего возраста.

Теоретическая значимость исследования определяется расширением представлений о семейных факторах, оказывающих влияние на возникновение и течение психосоматических расстройств в младенческом возрасте. Это позволит углубить представления о данной проблеме в областях клинической психологии, психосоматики, а также при разработке концепции оказания комплексной помощи детям с ПСР, особенно при проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Практическая значимость исследования заключается в возможности применения результатов работы при создании индивидуальных программ психологического сопровождения детей с ПСР и их семей. Полученные результаты могут являться научно-методической базой при разработке комплекса системы ранней профилактики психосоматических расстройств в детском возрасте. Они могут быть использованы в практической деятельности клинических психологов, педиатров, врачей общей практики, психиатров и иных специалистов. Предложенная программа психологической коррекции супружеских взаимоотношений будет способствовать повышению эффективности

лечебных мероприятий, проводимых в рамках терапии психосоматических расстройств у детей.

Структура выпускной квалификационной работы включает в себя введение; теоретическую главу, в которой представлен анализ литературы по заявленной теме; главу, отражающую результаты эмпирического исследования; главу, в которой представлена программа психологической коррекции супружеских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ПСР; заключение; список использованной литературы, представленный (количество источников); приложения.

Глава I. Клинико-психологический анализ влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка

1.1. Психосоматическое здоровье ребёнка: теоретический анализ

На настоящий момент времени отмечается возрастающая актуальность применения психосоматического подхода в установлении причин и факторов формирования заболеваний, возникающих в детском возрасте. Постоянное воздействие стрессовых, психотравмирующих обстоятельств, а также требования, предъявляемые семейной и социальной средой, способствуют ослаблению иммунитета ребенка и снижению резистентных ресурсов организма, вследствие чего формируются различные заболевания. С другой стороны, необходимо учитывать, что соматические заболевания, проистекающие вслед за ними изменения в организме, прохождение лечебных мероприятий, длительное пребывание в стационаре, болезненные процедуры оказывают влияние на личность больного ребенка, таким образом детерминируя изменения в его психической сфере. Реализация данного подхода производится в русле психосоматики.

Согласно И. Г. Малкиной-Пых, психосоматика представляет собой направление в медицине и психологии, которое занимается исследованием влияния психологических факторов на возникновение и динамику соматических заболеваний [37, с. 3]. Основным положением данной области знаний является утверждение о том, что в основании психосоматических заболеваний лежат реакции на эмоциональные переживания, которые сопровождаются патологическими нарушениями и функциональными изменениями в органах.

В работе А. Б. Смулевича психосоматические расстройства определены как группа болезненных состояний, которые возникают на основании взаимодействия соматических и психических факторов, проявляются соматизацией психических нарушений или развитием соматической патологии, обусловленной влиянием психогенных факторов, психическими расстройствами, отображающими реакции на соматические заболевания, [58, с. 4-16].

Психосоматическими являются заболевания, в возникновении и течении которых главенствующая роль принадлежит воздействиям различных психотравмирующих факторов. Большинство авторов относят к перечню психосоматических расстройств такие заболевания, как: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и некоторые другие [11, с. 3-4].

Данные относительно распространенности психосоматических расстройств среди детей и подростков в научных источниках разнятся. Согласно мнению ряда авторов, частота встречаемости психосоматических заболеваний в группе детей и подростков находится в пределах 30-60 % [4, с. 11; 24, с. 23; 69, с. 382]. По другим данным встречаемость психосоматических расстройств достигает от 40 до 68% от общего количества детей, обращающихся к педиатрам [12, с. 7; 13, с. 50].

Психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте оказывают влияние на формирование личности, также имеет место влияние, оказываемое психическим состоянием на соматическое здоровье. Исследователи отмечают отличия у больных детей на эмоциональном, поведенческом и личностном уровнях. У детей с психосоматическими заболеваниями выделяются нарушения физической и эмоциональной сфер, нарушение адаптации к социально-средовым условиям [24, с. 133-136].

Феноменология психосоматических расстройств в детском возрасте порождается различного рода внешними условиями, соматическими особенностями, спецификой психических функций, внутренней позицией самого ребенка.

По мнению Д.Н. Исаева, у каждого больного ребенка или подростка наряду с соматическими жалобами обнаруживаются симптомы нервно-психических расстройств. С другой стороны, детские неврологи и психиатры часто отмечают у своих пациентов не только нарушения в нервно-психической сфере, но и соматические отклонения [24, с. 227]. Это позволяет сделать вывод о том, что большая часть больных страдают и физически, и психически.

Ю. А. Ефимов (1986, 1988) отмечал, что у детей задолго до появления непосредственно психосоматических расстройств наблюдаются отдельные признаки эмоционального перенапряжения и состояния длительной тревожности. Субъективно данные состояния воспринимались старшими детьми как душевный дискомфорт, беспокойство. У детей младшего возраста констатировались дистимические явления, двигательное беспокойство и неусидчивость, характеризующиеся различной степенью выраженности и стойкости [24, с. 74].

Наряду с имеющимися признаками тревожности, у детей данной группы достоверно чаще в сравнении с детьми с низким уровнем эмоционального напряжения, наблюдаются преневротические, вегетодистонические и соматические проявления. В качестве преневротических проявлений выступают тики (мигательные, респираторные), нарушения сна (сноговорение, кошмары, трудности засыпания), возникновение патологических привычек (сосание пальцев, онихофагия), беспричинный плач, навязчивости. К вегетодистоническим проявлениям относятся сердцебиение, одышка, цефалгии, головокружение, рецидивирующие боли в животе, обмороки, гиперемия кожных покровов в стрессовых ситуациях, отрыжка воздухом. Соматическими проявлениями являются рвота после приема пищи, повышенная жажда, эпизодический кожный зуд, субфебрилитет неясного происхождения, гиперпирексия, рецидивирующие кожные высыпания [24, с. 75].

До момента формирования четко выраженной клинической картины психосоматического расстройства под влиянием различных неблагоприятных факторов у ребенка могут обнаруживаться боли в сердце, рвота, сердцебиение, головокружение, одышка и затруднение дыхания, головная боль, понос и другие расстройства [33, с. 47]. Обычно данные симптомы являются кратковременными и прекращаются при выходе ребенка из затруднительной и стрессовой ситуации, но могут повторно возникать в случае нового столкновения со стрессором. Совокупность отдельных проявлений из перечня вышеуказанных групп является диагностическим признаком, позволяющим выявлять детей, подверженных повышенному риску возникновения психосоматических заболеваний.

Существует ряд классификаций психосоматических расстройств в детском возрасте. Одним из примеров может являться представление И. Йохмаса и Дж. М. Шмитта (1986) о группах соматических расстройств, у которых обнаруживается тесная взаимосвязь с психологическими трудностями. В соответствии с данными представлениями авторами были обозначены три группы заболеваний.

Первая группа представлена психосоматическими функциональными нарушениями, то есть соматическими симптомокомплексами, при которых не образуется органических поражений. К данным синдромам относятся нарушения сна, энурез, запоры, психогенные нарушения у детей, энкопрез, конверсионные неврозы.

Во вторую группу были отнесены непосредственно психосоматические расстройства (ожирение, нейродермит, болезнь Крона, язва желудка, булимия, бронхиальная астма, нервная анорексия).

В третьей группе объединены больные с хроническими патологиями, у которых сформировались серьезные нарушения (злокачественные новообразования, муковисцидоз, почечная недостаточность) [24, с. 77; 49, с. 5].

В качестве другого примера выступает систематика психосоматических расстройств детского возраста, разработанная Х. Цимприх (1984). Психосоматические расстройства были рубрифицированы автором в соответствии со следующими группами:

- 1) психосоматические расстройства;
- 2) функциональные нарушения;
- 3) психосоматические заболевания, характеризующиеся органической манифестацией;
- 4) специфические психосоматозы (язва желудка, колит и пр.) [24, с. 78; 49, с. 5].

Х. Цимприх отмечал, что, несмотря на различия данных заболеваний, их объединяет единый терапевтический подход, сочетающий в себе медикаментозное лечение и психотерапию.

В МКБ 10-го пересмотра выполнена рубрикация психосоматических расстройств. Так, в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) обозначен подраздел «Соматоформные расстройства» (F45). Расстройства в данной рубрике были объединены по причине наличия исторической взаимосвязи между ними в концепции невроза, а также обусловленности их возникновения психологическими причинами и факторами. В МКБ-10 отмечено, что категория невроза была сохранена не в качестве главенствующего принципа, а для облегчения процесса идентификации расстройств, которые рядом специалистов все еще считаются невротическими в их собственном объяснении данного термина. Отличительным признаком соматоформных расстройств является многократно повторяющееся возникновение физической симптоматики с постоянными требованиями прохождения медицинских обследований, несмотря на получаемые отрицательные результаты и убеждения врачей об отсутствии органической основы для предъявляемых симптомов. Если все же отмечается наличие физических расстройств, то они оказываются неспособны объяснить выраженность и природу возникновения симптоматики дистресса больного [24, с. 80].

И. П. Брызгунов обращал внимание на то, что имеется малое количество классификаций психосоматических расстройств у детей, ввиду чего требуется проведение большого объема работы по созданию единой, обобщающей, четкой классификации, охватывающей широкий круг патологий [12, с. 9].

Большинством врачей выполняется группирование психосоматических расстройств по возрастным группам. В соответствии с данной точкой зрения, в младенческом возрасте в качестве психосоматических расстройств выделяются метеоризм, колики, срыгивания, жвачка, остановка развития, яктация, функциональный мегаколон, анорексия в грудном возрасте, ожирение, нейродермиты, приступы нарушений дыхания, ранняя бронхиальная астма, спастический плач, различные нарушения сна, внезапная смерть младенца [24, с. 80; 32, с. 286].

Наблюдается разнообразное число подобных симптомов и неодинаковое трактование их этиологии в соответствии с точками зрения авторов, исследующих данную проблему. Однако, вне зависимости от различий в обозначениях, признается роль психоэмоциональных факторов в патогенезе данных нарушений.

В младенческом возрасте довольно часто встречаются психосоматические расстройства, поскольку в данном возрастном периоде реакция на стрессовые события осуществляется на уровне органов и систем тела. Наблюдается неполная сформированность механизмов личности, способных ответить на стрессы психопатологическими симптомами.

У детей раннего возраста проявления психосоматических расстройств характеризуются разнообразностью. Часть из них представлена моносимптомными нарушениями (метеоризм, колика, срыгивание, регургитация). Данные симптомы обычно недолговечны и не оказывают долгосрочного негативного воздействия на повседневное функционирование и последующее развитие ребенка. Однако у некоторых детей в результате сильного влияния имеющейся симптоматики отмечаются нарушения последующего развития [79, с. 219]. Другой части присуща более сложная клиническая картина (сепарационная тревога, анорексия и другие), образующая совокупность симптомов. Третьи могут служить началом расстройств, полное формирование которых происходит в последующие жизненные периоды (например, невропатия) [24, с. 92]. Данные группы объединены общим этиологическим фактором – эмоциональным напряжением, возникшим в результате затруднительных для ребенка ситуаций и обстоятельств. Психосоматические расстройства в младенческом возрасте характеризуются относительно неярко и бледной симптоматикой, что затрудняет их диагностику.

В качестве отдельного вида психосоматозов могут выступать аллергические реакции. С точки зрения А. Д. Адо аллергия представляет собой различные состояния трансформации реактивной способности организма, что находит выражение в повышении его чувствительности к различного рода влияниям окружающей среды [1, с. 30-36].

Наиболее часто психогенез аллергических реакций в детском возрасте рассматривается в контексте разнообразных нарушений кожных покровов. В исследовании, проведенном с участием группы детей, имеющих проявления аллергии, было обнаружено, что 98,4 % из них страдали от отвержения со стороны матери, в контрольной же группе данные нарушения присутствовали у 24,3 % обследуемых [80, с. 285–290].

По мнению ряда авторов, в качестве одного из патогенетических звеньев выступают хронические стрессовые реакции организма, качество взаимоотношений в диаде матери и ребенка [9, с. 1-6].

И.Г. Малкиной-Пых выполнено описание аллергических реакций в форме нейродермита. В соответствии с данным описанием нейродермиты выступают в роли своеобразной реакции организма в ответ на чужеродные аллергены или раздражители. В качестве аллергенов рассматриваются разнообразные вещества, которые оказывают воздействие на организм, находящийся в материнской утробе. Однако стоит отметить, что влияние данных факторов не является единственным источником аллергических заболеваний [36, с. 134-156].

В проведенном психодерматологическом исследовании групп людей, имеющих кожные заболевания и не имеющих данных нарушений в анамнезе, исследователями из Гиссена изучалась взаимосвязь между выраженностью симптоматики и качеством привязанности, удовлетворением данной взаимосвязью, качеством жизни обследуемых в контексте имеющегося заболевания. По результатам исследования была обнаружена взаимосвязь, заключающаяся в том, что у пациентов с кожными аллергическими проявлениями в большинстве случаев обнаруживался ненадежный тип привязанности, также в сравнении с контрольной группой у данных испытуемых отмечался страх одиночества, что в совокупности сопровождалось сниженным доверием к окружающим людям, фрустрацией при межличностном взаимодействии [75, с. 462–466].

С точки зрения Г. Г. Филипповой кожные нарушения могут являться проявлением маскированной депрессии, что обусловлено реакциями ребенка на

психическую депривацию на первом году жизни, которая выступает в виде соматизированной или маскированной депрессий. В этой ситуации депривационным фактором выступают нарушения отношений в первичной диаде. Депрессивные проявления у детей существенно отличаются от таковых у взрослых, поскольку в детском возрасте отмечается несформированность эмоциональной сферы [61, с. 32; 62].

Таким образом, аллергическая симптоматика представляет собой некую реакцию со стороны иммунной системы, выражающуюся в гиперактивной реакции по типу защиты от стрессоров. В качестве факторов данной реакции могут выступать не только воздействия веществ, являющихся аллергенами, но и ненадежная привязанность, нарушенные отношения в диаде матери и ребенка.

Научные исследования, направленные на определение перечня диагностических критериев соматоформных расстройств в детском и подростковом возрасте, выполнены в ограниченном количестве. Это подтверждается аналитическим обзором Фрица и соавторов (1997), в процессе которого авторами был проведен анализ литературы по педиатрическому, психологическому, психиатрическому направлениям. Конечным результатом аналитической работы стала формулировка описаний соматизированных расстройств, конверсионных нарушений, ипохондрии, дисморфического и болевого синдромов, дисграфии голосовых связок. Авторы также пришли к выводу о необходимости дальнейших исследований по данному вопросу, углубляющих имеющиеся представления относительно диагностических критериев и исхода соматизированных и соматоформных расстройств [12, с. 11].

I. E. Schulte, F. Petermann проводили исследование, посвященное диагностическим критериям соматоформных расстройств у детей. В целом, авторы пришли к выводу о том, что критерии, разработанные для соматоформных расстройств у взрослых, применимы и для детского возраста.

В результате проведенного анализа авторы предложили расширить перечень диагностических критериев и включить в них параметры, обозначенные как «чрезмерная родительская забота и озабоченность симптомами ребенка»,

«высокая тревожность родителей по поводу своего здоровья». Первый параметр находит выражение в сильном стремлении родителей к использованию медицинских услуг в отношении ребенка. При формулировании второго параметра авторы обратили внимание на то, что самым сильным предиктором обращения за медицинской помощью, адресованной детям, было беспокойство матери о здоровье ребенка. Также они отмечали, что снижение контроля эмоционального состояния матери, ухудшение ее самочувствия, усиливающееся внимание матери к собственному опыту использования медицинских услуг, особенности восприятия родителями симптомов своего ребенка, готовность в той или иной степени терпимо относиться к данным симптомам обуславливают использование медицинских услуг в отношении ребенка [69, с. 221-223].

В патогенезе многих заболеваний значительная роль принадлежит неблагоприятным психическим воздействиям, особенно влияние данных факторов сказывается на здоровье детей и подростков. Д.Н. Исаев указывал на перечень факторов, участвующих в патогенезе психосоматических расстройств. По мнению автора, данные факторы не только принимают участие в патогенезе психосоматических заболеваний, но также каждый в отдельности или в различных сочетаниях обуславливают уязвимость человека к эмоциональным стрессам, препятствуют протеканию процессов психологической и биологической защит, облегчают формирование и утяжеляют протекание соматических расстройств. Среди таких факторов Д.Н. Исаев выделял следующие [12, с. 8; 24, с. 384]:

1. неспецифическая предрасположенность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и различными дефектами;
2. наследственная предрасположенность к возникновению психосоматических расстройств;
3. изменения в ЦНС, которые влекут за собой нейродинамические сдвиги в организме;
4. определенный спектр личностных особенностей;

5. физическое и психическое состояние во время возникновения психотравмирующих событий;

6. фон, образованный неблагоприятными социальными и семейными факторами;

7. особенности психотравмирующих ситуаций и событий.

Основываясь на результатах ряда взаимосвязанных исследований, Т.Д. Василенко и соавторами были обозначены факторы нарушений психосоматического здоровья в детском возрасте. Были выделены следующие факторы: нарушение привязанности в диаде мать-ребенок; нарушения процессов идентификации и коммуникации ребенка с соответствующими партнерами; межпоколенная передача травмирующего опыта; втянутость ребенка в конфликтные отношения [15, с. 112-121; 48, с. 40].

Лифинцева А. А., Басюк В. С., Серых А. Б. в своей работе рассматривали макросоциальные факторы риска нарушения психосоматического здоровья детей и подростков. По мнению авторов, доминирующими среди данных факторов являются девиантные типы родительства, недостатки системы дошкольного и школьного образования, социальное неравенство. К девиантным типам родительства были отнесены явления социального сиротства, алкоголизации родителей, разнообразные формы насилия в семье, тотальная занятость родителей, которая не позволяет им адекватно и в полной мере реализовывать родительские функции [6, с. 61].

Высокий риск формирования психосоматических заболеваний в детском возрасте обусловлен наличием специфических темпераментных особенностей, например, повышенной интенсивности реагирования на внешние раздражители, сочетающейся со сниженным порогом чувствительности к данным типам воздействий, отрицательным эмоциональным состоянием, сопровождающим процесс адаптации к динамичным окружающим условиям, протекание которого сопровождается определенными затруднениями.

В работе Д. Н. Исаева обобщен опыт исследований, направленных на изучение личности детей в ситуации психосоматического расстройства. Среди

личностных черт, которые в различных сочетаниях чаще всего наблюдаются при психосоматических нарушениях, были отмечены повышенная сензитивность, недоверчивость, легкость возникновения фрустрационных состояний, замкнутость и неконтактность, тревожность, сниженные показатели функционирования интеллекта или его отдельных функций, сочетающиеся с гиперсоциальностью поведения, преобладание отрицательных эмоциональных состояний над положительными, доминирующая установка на достижение высоких результатов [24, с. 384].

Таким образом, в результате проведенного анализа была выявлена неоднозначность и междисциплинарный статус проблемы психосоматических расстройств в детском возрасте. Проявления психосоматических расстройств у детей могут быть неярко выраженными и не оказывать сильного воздействия на дальнейшее развитие ребенка. Однако имеет место и обратная ситуация, характеризующаяся значительной выраженностью симптоматики, что впоследствии оказывает влияние на психическое и физическое развитие ребенка, а также на его социально-средовую адаптацию. Патогенез психосоматических расстройств складывается из многочисленных факторов, в которых важная роль отводится семейным аспектам формирования заболеваний. Важность семейной системы в поддержании здоровья признается рядом авторов. Некоторые из них даже указывают на необходимость введения дополнительных диагностических критериев психосоматических расстройств у детей, которые отражали бы вспомогательные признаки заболеваний с точки зрения родительской позиции.

1.2. Качество взаимоотношений супругов как триггер (или условие) нарушения психосоматического здоровья ребёнка

Семья представляет собой ячейку общества (малую социальную группу), являющуюся наиболее значимым типом организации личного быта, основывающуюся на супружеском союзе и родственных связях (отношениях между женой и мужем, сестрами и братьями, родителями и детьми, а также

иными родственниками, которые проживают и ведут хозяйство совместно) [63, с. 10].

Супружеские отношения являются формой и условием семьи, позволяющими в той или иной мере реализовывать ее основополагающие функции – рождение и воспитание потомства, ведение хозяйства и удовлетворение потребностей членов семьи.

На протяжении всего процесса протекания жизненного цикла семьи сталкиваются с трудными ситуациями и обстоятельствами, которые могут объективно нарушать жизнедеятельность каждого из членов семьи и семейной системы в целом или субъективно оцениваться ими как сложные и безвыходные [64, с. 31]. В ряде случаев данные ситуации могут являться следствием неблагоприятных воздействий, оказываемых социальными процессами. В других – результатом влияния вертикальных и горизонтальных стрессоров.

Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис в группе неблагоприятных воздействий, оказываемых социальными процессами, выделяли глобальные (войны, природные бедствия, терроризм, техногенные катастрофы), макросоциальные (экономические кризисы, миграция, национальные противоречия), микросоциальные (конфликты в отношениях с соседями, образовательными учреждениями, армией) факторы. К горизонтальным и вертикальным стрессорам авторами были отнесены трудности, вызванные переходом от одной стадии в жизненном цикле к другой; трудности, возникающие в связи с необходимостью разрешения сразу ряда проблемных ситуаций на определенном этапе жизненного цикла; трудности, обусловленные неблагоприятным протеканием жизненного цикла (отсутствие или болезнь кого-либо из членов семьи, семейное патологизирующее наследование) [63, с. 35].

Воздействие, оказываемое вышеуказанными факторами на семейную систему, затрагивает различные аспекты жизнедеятельности семьи, влечет за собой нарушение выполнения ее функций (хозяйственно-бытовой, воспитательной, сексуально-эротической и пр.). Данные нарушения впоследствии сказываются на благополучии членов семьи, препятствуют удовлетворению их

потребностей, приводят к возникновению состояния внутреннего напряжения и дискомфорта, являются источником поведенческих, нервно-психических и соматических расстройств, тормозят личностное развитие [63, с. 35].

В. Сатир, А. Варга, Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис отмечали, что семье присущ системный характер организации, выражающийся тесной взаимосвязью всех структурных компонентов между собой. Системному характеру организации присуще наличие супружеской и детско-родительской подсистем, а также подсистемы, более расширенной по составу, включающей в себя всех членов семьи. Свое воплощение супружеская подсистема находит во взаимоотношениях, выстраивающихся между супругами, центральной чертой которых является возможность удовлетворения потребностей каждого их партнеров [14, с. 67-75].

Одной из самых важных потребностей, удовлетворение которых производится в браке, выступает коммуникативная потребность, выражающаяся в нуждаемости в доверительных отношениях и общении, полном понимании, принятия и заботы. Коммуникативная потребность сопряжена с избавлением от одиночества, переживанием опоры, поддержки, счастья материнства и отцовства [25, с. 47]. Неудовлетворение данной потребности приводит к возрастанию эмоционального напряжения в семье, отрицательному эмоциональному фону, переживанию ощущения одиночества, депрессии.

С. Минухин писал об интерактивной природе семьи. Он отмечал, что индивид оказывает влияние на окружение, непосредственно сам подвергаясь его влиянию в процессе взаимодействия. Индивид, входящий в семейную систему, должен к ней адаптироваться. Реакция индивида на стрессовые события реализуется в других областях системы, к которой необходимо приспособливаться. Его действия способны оказывать значительное воздействие на стресс, испытываемый остальными членами семьи. Семейная система функционирует как интерактивное объединение, то есть все то, что происходит с кем-либо из членов семьи, затрагивает и остальных. Данное взаимодействие обуславливает сложности, возникающие при попытке различить причину какого-либо явления в семейной системе и ее воздействие [46, с. 15].

Э. Г. Эйдемеллер и В. Юстицкис выделяли категорию дисфункциональной семьи, которая представляет собой семью с нарушенным функционированием в одной или нескольких областях, в результате чего оказываются заблокированными потребности членов семьи в изменениях, росте и самоактуализации. Чаще всего блокируются потребности членов семьи с самым низким социальным статусом (дети, подростки, пожилые родственники), что обуславливает у них возникновение каких-либо заболеваний. Кто-либо из членов семьи становится носителем симптома, что позволяет удерживать ранее сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в семье ввиду игнорирования проблемы на системном уровне, ригидных ролевых взаимодействий, закрытых внешних границ, которые ограничивают взаимодействие семьи с другими системами и блокируют рост и развитие семейной системы. Данное поведение служит «коммуникативной метафорой», в которой отражены закрытые для обсуждения в семье темы [64, с. 51].

В психологии выделены типы семейных нарушений, среди которых обозначены внутрисемейные нарушения (функциональные, структурные, ролевые, коммуникативные); системные семейные нарушения, в которых семья рассматривается с точки зрения общей теории систем; межгрупповые нарушения, формирующиеся в системах «семья – другая семья», «семья – государство» и других [57, с. 69; 41]. Проявление данных нарушений на регулярной основе в рамках семейной системы отрицательно сказывается на психосоматическом здоровье детей.

И. А. Симоненко в своей работе отмечает, что появление ребенка обладает высокой значимостью в процессах развития и жизнедеятельности семейной системы. Это порождает освоение новых социальных ролей, необходимость согласования ролевых установок и ожиданий в соответствии с образовавшейся ситуацией, а также преобразования внутрисемейных межличностных отношений. Данные трансформации сказываются на параметрах удовлетворенности браком [51, с. 233].

При рассмотрении семьи как системы важным аспектом выступает родительство. В соответствии с определением Р. В. Овчаровой, оно является интегративным психологическим образованием личности, в состав которого входит ряд компонентов, среди которых автором обозначены ценностные ориентации, родительские установки и ожидания, их позиции и отношения, распределение ответственности, стиль семейного воспитания. Психологическими формами проявления родительства выступает взаимообусловленность поведенческих, когнитивных и эмоциональных аспектов, выступающая также в роли механизма осуществления вышеобозначенных компонентов [42, с. 61].

По мнению И. А. Симоненко, появление ребенка в паре и процесс выстраивания системы родительства сопряжены с рядом трансформаций на структурном и функциональном уровнях семейной системы, освоением принципиально новых функций и ролей, реализующихся в совместной деятельности супругов, в том числе в родительстве [51, с. 233].

Семейное благополучие определяется не только психологическими особенностями супругов, но и объемом и качеством социальной поддержки, которую система получает от окружающих, входящих в круг людей, с которыми у семьи сформированы доверительные и достаточно близкие отношения. Дети также многое берет от общения за пределами своей семейной системы. Ввиду этого изолированность семьи от социума может становиться фактором риска нарушения здоровья и развития детей, что обусловлено препятствованием контактам ребенка с окружающими. Обособление семьи часто является результатом ригидности предпочтений или личностных отклонений у родителей, а также следствием имеющихся психических заболеваний. Наличие данных нарушений формирует факторы уязвимости и риски для психосоматического здоровья детей, что частично обусловлено наследственной передачей ребенку повышенной ранимости и сенситивности, влиянием патологических состояний психики на жизнедеятельность всей семейной системы, а также процессом идентификации, результатом которого является переживанием ребенком страхов и тревог, наблюдающихся у идентификационного партнера [24, с. 39].

Определенные особенности стиля воспитания, принятого в семье, также оказывают влияние на развитие детей и состояние их здоровья. Так, гиперопека со стороны родителей мешает ребенку эффективно поддерживать отношения с окружающими людьми, учиться принимать самостоятельные решения, формировать навыки независимого поведения, содействует его инфантилизации. Излишне опекающие родители сами принимают решения за ребенка, защищают его от всех трудностей, даже от воображаемых и незначительных. Это влечет за собой формирование зависимой позиции ребенка, затрудняет развитие ответственности, получение опыта социального взаимодействия за пределами семейной системы, обособляет его от прочих источников социальных воздействий [20]. Д.Н. Исаев отмечал, что у таких детей имеется высокая вероятность психосоматических расстройств и невротических срывов [24, с. 38].

Недостаточное, ограниченное общение ребенка с родителями, дефицит совместных занятий и игр также являются неблагоприятными факторами развития детей. Они не только сдерживают возможности развития, но и относят ребенка к категории психологического риска.

В работе И. А. Симоненко указывается на то, что искаженный характер взаимоотношений в семье, возникающий в результате неконструктивных споров, низкой откровенности и искренности в общении, неумения договариваться между собой при разрешении семейных конфликтов, затрудняет способности приспособления ребенка к жизненным условиям и приводит к формированию напряженной обстановки, что в совокупности обуславливает риски для психосоматического здоровья [56, с. 115-116].

П. И. Сидоров и И. А. Новикова в своей работе рассматривали динамику психосоматических расстройств. На этапе predisposition ими был выделен фрактал психосоматогенной семьи, который является первоначальным при формировании заболевания. Это обусловлено тем, что значительная часть процесса социализации с момента рождения протекает в семейной системе и нарушения супружеских взаимоотношений, неадекватное распределение ролей в семье могут провоцировать возникновение данных патологий. В пользу понятия

психосоматогенных семей высказывались также Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис. Авторы видели в качестве основного источника психологической травматизации личности, впоследствии приводящего к формированию психосоматических заболеваний, нарушения сфер жизнедеятельности семейной системы, в которой растет ребенок [47, с. 3].

В научной литературе выделяются следующие особенности психосоматогенных семей [45, с. 43; 47, с. 3]:

1. сверхвключенность родителей в проблемы ребенка, что ограничивает его самостоятельность и препятствует развитию защитных механизмов;
2. повышенная чувствительность каждого из членов семьи к дистрессам остальных;
3. нарушенная способность к изменениям правил взаимодействия в условиях изменяющихся, динамических обстоятельств (ригидность системы взаимоотношений);
4. склонность уклоняться от выражения собственного мнения, открытого рассмотрения и обсуждения конфликтов;
5. ребенок и имеющееся у него заболевание зачастую выступают в роли стабилизаторов в скрытых супружеских конфликтах.

Качество супружеских отношений находит отражение в состоянии здоровья ребенка. Так, формирующееся нарушение здоровья ребенка может являться единственным доступным ему средством приспособления к условиям, сложившимся в семейной системе, и выступать в качестве заявления об имеющейся семейной дезорганизации. У детей не сформирована способность к вербальному выражению неудовлетворенности ситуацией, что обуславливает выражение внутренней дисгармонии путем телесных проявлений.

Согласно представлениям В. Сатир, взаимоотношения между супругами образуют фундамент для выстраивания прочих отношений в рамках семейной системы. Дисгармонии, возникающие в супружеских взаимоотношениях, способствуют зарождению дисбаланса внутри семьи, попытки по устранению которого предпринимаются всеми членами семейной системы. Ребенок острее

остальных переживает нарушения во взаимоотношениях между родителями. Он не способен повлиять на характер отношений в семье и каким-либо образом изменить его. Единственное, что доступно ребенку – представить себя отражением мнимой причины общего страдания, акцентируя внимание окружающих на своем противоречивом и патологичном поведении. Часто взаимоотношения внутри семьи ухудшаются именно в ситуации улучшения состояния ребенка [26, с. 120].

На характер отношений в семье оказывает влияние множество факторов. Среди факторов, отражающих обстоятельства функционирования и условия жизнедеятельности семьи, авторами обозначаются образовательный и культурный уровни членов семьи; традиции и система ценностей, служащие ориентирами в жизненных планах и устремлениях; финансовое положение; место проживания; показатели социальной принадлежности [57, с. 68]. Данными факторами определяются специфические аспекты характера семейных отношений.

И. А. Симоненко и соавторы в своем исследовании отмечают, что для детей семейная система и качество взаимоотношений между ее членами могут выступать как условиями защиты, так и стресс-факторами, проявляя себя при этом в качестве детерминант становления паттернов адаптации [15, с. 113].

Рассматривая проблему поддержания функционирования семейной системы, М. Боуэн писал о триангуляции, которая возникает в ситуации интенсивного внутреннего или внешнего стресса, когда взаимодействие партнеров в диаде приобретает характер конфликтного. Триангуляция заключается в привлечении некоего третьего участника в диаду для стабилизации взаимоотношений партнеров. Чаще всего такими участниками становятся дети ввиду их наименьшей дифференцированности. На третьего участника данных взаимоотношений спонтанно выливаются излишние эмоции, в других случаях он «программируется» на поведение, привлекающее внимание, вызывающее определенные реакции. Чем сильнее слитность в семье, тем активнее в ней протекают триангуляционные процессы, которые могут ослабевать при

уменьшении тревоги и эмоционального напряжения во взаимоотношениях. Помимо поддержания семейной системы триангуляция способствует регулированию дистанции между членами семьи. Многие проблемы детского возраста, в том числе психосоматические заболевания, являются отражением триангулированности ребенка. Также данные проблемы являются темой коммуникации родителей и устойчивым каналом выражения накапливающихся эмоций [14, с. 88].

В рамках системной семейной психотерапии авторами рассматривались специфические особенности семейных взаимоотношений, которые играют значительную роль в формировании различных патогенных ситуаций. Среди них были выделены следующие характеристики [13, с. 51]:

- более высокая личностная значимость ситуаций и событий, происходящих внутри семейной системы, в сравнении с событиями из других сфер;
- излишняя открытость, обуславливающая повышенную уязвимость членов семьи к внутрисемейным воздействиям;
- параметр длительности семейных отношений, формирующий условия для продолжительного воздействия и повторяющегося характера психологических травм.

Одним из значимых триггеров психосоматических заболеваний у детей является развод или раздельное проживание родителей. Дети в данной ситуации более склонны к возникновению эмоциональных и поведенческих проблем. Особенно часто психосоматические заболевания формируются в ситуации, когда дети винят себя в разводе родителей. Чувство вины сопровождается негативными эффектами, которые включают в себя нарушения сна, поведенческие проблемы, беспокойство, страхи, депрессивные проявления, трудности в обучении, склонность к самоповреждению. На телесном уровне данное чувство проявляется нарушениями дыхания, напряжением мышц, учащенным сердцебиением.

В качестве триггеров психосоматических заболеваний могут также выступать дисгармоничные отношения, конфликты в семье. Дисгармония в

отношениях между супругами и иными членами семьи проявляется в виде ссор, постоянной атмосферы эмоционального напряжения. Следствием этого становится неуправляемое, враждебное поведение членов семьи, атмосфера жестокого отношения друг к другу. Враждебность может проявляться в возложении на ребенка ответственности за чужое поведение и поступки, его систематических унижениях и оскорблениях, незаслуженных наказаниях. Жесткое обращение или физическое истязание ребенка опасны для его психического и соматического здоровья. Сочетание болезненных ощущений с переживаниями чувств обиды, отчаяния, страха и беспомощности из-за несправедливости и жестокости близкого человека способно приводить к формированию психосоматических расстройств [24, с. 384].

При рассмотрении конфликтов в семье важными являются не только отношения между родителями и ребенком, но и взаимодействие супругов в конфликте, применяемые ими стратегии разрешения возникающих спорных ситуаций. Родителям не обязательно проявлять враждебное, агрессивное поведение в отношении друг друга, чтобы нанести вред благополучию ребенка. Когда супруги замыкаются в себе, отгораживаются друг от друга, выражают в своем поведении безразличие и холодность в отношении других членов семьи, они тем самым подвергают риску поведенческое, социальное и эмоциональное развитие детей. Подобная стратегия поведения родителей в конфликте приводит к недостаточной сформированности навыков межличностного общения у детей, неадекватным способам решения проблем, негативному восприятию в будущем себя и окружающего мира.

Д.Н. Исаев указывал на высокую сенситивность младенцев к любым трансформациям в семейных взаимоотношениях. Автор отмечал, что на нарушения гармоничного контакта с матерью, возникающие в результате ее психологических или психических отклонений, дети способны реагировать различными способами вплоть до остановки развития. С другой стороны, прочная и надежная поддержка, получаемая от социума, способна повышать сопротивляемость заболеваниям. Дефицит или нарушение внутрисемейных

контактов, особенно возникающих между матерью и ребенком в раннем возрастном периоде, увеличивают риски появления психосоматических расстройств [24, с. 385].

Таким образом, в результате проведенного анализа было выявлено, что сформированный в семье неблагоприятный фон взаимоотношений способен влиять на вероятность возникновения психосоматических расстройств у детей. Это обусловлено наличием тесной связи между детьми и родителями, ввиду чего ребенок становится «симптомом» своих родителей и их взаимоотношений. Обнаруживаемые болезненные проявления ребенка могут являться единственно возможным способом демонстрации семейной дезорганизации. Все отличительные качества характера семейных взаимоотношений, ограничивающие формирование индивидуальности ребенка, блокирующие открытое проявление эмоциональных состояний, обуславливают его повышенную уязвимость к эмоциональным стрессам. Особая чувствительность к нарушению взаимоотношений в семье характерна для младенцев ввиду их сильной психологической связи с родителями.

1.3. Взаимосвязь особенностей формирования психосоматического здоровья и качества отношений супругов

Как ранее нами уже было установлено, состояние здоровья детей в определенной степени служит индикатором качества семейных взаимоотношений. Так, формирующееся заболевание ребенка может являться единственным доступным средством адаптации к условиям жизни, сложившимся в определенной семейной системе, и указывать на внутрисемейную дезорганизацию [2, с. 19-20].

Дисгармоничные, конфликтные взаимоотношения между супругами оказывают влияние на параметры эмоционального благополучия детей. При проведении исследований, направленных на анализ взаимоотношений в семьях с

детьми, имеющими психосоматические расстройства, были получены результаты, свидетельствующие о высоких показателях родительской критики и эмоциональной разобщенности в сочетании с различными нарушениями семейной структуры. Эти семьи также характеризуются высоким уровнем стрессогенности и превалированием деструктивных типов отношения к эмоциям детей. Были обнаружены также следующие характерные для данных семей особенности: накопление травматического опыта в истории трех поколений семейной системы (случаи ранней смерти близких, эпизоды насилия и т.д.); нетерпимость к неудачам детей; запрет на проявление негативных эмоций [13, с. 51].

А. А. Лифинцева в своей работе (2015) выделяла в качестве доминирующих факторов психосоматических расстройств в детском возрасте небезопасную привязанность ребенка к значимым фигурам, недостаточно развитую способность к дифференциации эмоциональных состояний, бедный эмоциональный словарь, высокую тревожность. Среди факторов семейной системы автором рассматривались алкоголизация родителей, наличие у них неспособности выполнять родительские обязанности в отношении ребенка, их определенная эмоциональная недоступность, дефицит межличностного взаимодействия в первичной диаде, высокие показатели индуцирования тревоги и семейного перфекционизма [35, с. 11-12].

На уровне макродинамики семьи факторами развития психосоматических расстройств являются сильная симбиотическая связь между матерью и ребенком, чрезмерная забота и включенность в отношениях, сочетающиеся с гиперконтролем ребенка, нарушения иерархии в семье, нарушения границ семейной системы [8, с. 73]. На уровне микродинамики авторами выделяются тенденция смены ролей в семье, высокий уровень конфликтности между супругами, неконструктивные и дестабилизирующие семейные секреты, нарушенные паттерны коммуникации, включающие запрет на проявление чувств и негативные проявления невербальной коммуникации, проявления дисфункциональной семейной метакоммуникации [35, с. 16; 66, с. 164].

Н. А. Кравцова отмечала, что отдельные личностные особенности членов семьи формируют риски возникновения психосоматических нарушений у детей. Так, излишняя тревожность и раздражительность родителей лишают ребенка чувства комфорта, уверенности, покоя. А имеющиеся у родителей страхи являются причиной ограничения активности детей, что обусловлено процессом идентификации, в результате которой ребенок тоже переживает страхи и тревогу [28, с. 37; 30, с. 14].

Рядом авторов подчеркивается, что развитие и воспитание детей в условиях дисфункциональных семейных систем, дефицита внимания и заботы со стороны родителей, особенно в отношениях с матерью, может выступать в качестве причины нарушений психосоматического здоровья, а также являться преградой для полноценного психического развития ребенка [3, с. 81; 16, с. 123].

Несоответствие ролевых установок и ожиданий в супружеских отношениях, а также ролевые конфликты могут выступать источниками напряжения в семейной системе и вероятными причинами психосоматических расстройств. Так, в исследовании И. А. Симоненко и соавторов было установлено, что чем большей выраженностью характеризуется ориентация супруга/и на самостоятельное осуществление хозяйственно-бытовых обязанностей, что согласуется с представлениями партнера относительно распределения данных функций в браке, тем больше родители ориентированы на образ своего ребенка и способы выстраивания взаимодействий с ним. Согласованность осуществления хозяйственно-бытовых функций на период трехмесячного возраста ребенка сопровождается низкими показателями тревожности относительно ситуации рождения ребенка [51, с. 236].

Психологами принято мнение относительно того, что пре- и перинатальная фазы наравне с фазой ранней социализации жизни ребенка представляют собой этапы интенсивной аккумуляции протективных факторов и факторов уязвимости психосоматического здоровья. К группе последних относятся неприятие роли матери, восприятие беременности как нежелательной ситуации с отрицательными последствиями, неэффективная коммуникация с объектом привязанности на

раннем этапе развития матери. Перечисленные факторы формируют риски нарушения психосоматического здоровья ребенка. С другой стороны, качественное и эффективное выполнение матерью своей роли, глубокий контакт с ребенком являются мощными протективными факторами, которые повышают его жизнестойкость и адаптивные способности личности, а также формируют у него условия для успешного совладания с проблемными ситуациями [16, с. 119].

Особенности ранних отношений матери и ребенка, возникающие еще до момента его появления на свет, в пренатальной фазе, обладают основополагающим значением для протекания процесса интернализации (развития психики ребенка под воздействием отношений с окружающим миром).

Интеграция контрастных, противоречивых образов матери в психике ребенка сопровождается переживанием амбивалентных интенсивных эмоций, что приводит к возникновению напряжения у детей. Они оказываются не в состоянии преодолеть данное напряжение ввиду незрелости психики, результатом чего становится тревога, накапливающаяся и соматизирующаяся при повторении переживаний. Изначально данная тревога вызывает реагирование на соматическом уровне, в последствии закрепляется и повторяется, что влечет за собой формирование психосоматической патологии. То есть, амбивалентное поведение матери представляет опасность для психосоматического здоровья ребенка наравне с проявлениями дистанцирования, холодности и безразличия [38, с. 61].

В работе, выполненной Т. Д. Василенко и соавторами, приводятся данные, свидетельствующие о том, что приобретенные ребенком ранние эмоциональные дефициты, полученный им в период внутриутробного развития и первого полугодия жизни, формирует факторы риска нарушения психосоматического здоровья. В результате данного исследования было установлено, что к шестимесячному возрасту у детей закрепляются качества взаимодействия, определяющим фактором которых выступает стиль материнского поведения. Так, в ситуации игнорирующего стиля готовности к материнству, взаимодействие матери и ребенка характеризуется как нарушенное. Данному типу взаимодействия

присущи неустойчивость, непредсказуемость поведения, отсутствие соответствия между манипуляциями и речевым сопровождением, что в совокупности обуславливает накопление у ребенка ранних эмоциональных дефицитов [16, с. 122-124].

В проведенном исследовании также установлено, что в случае наличия эмоциональных дефицитов к моменту двух месяцев жизни младенцы используют сигналы, соответствующие потребности в прерывании взаимодействия (хмурость во взгляде, сжатие губ, отведение взгляда, закрытие глаз). К третьему месяцу обнаруживаются проявления психосоматических реакций, которые в будущем способны перерасти в психосоматические заболевания. К шестому месяцу ответные формы реакций младенцев на воздействие с матерями, которым присущ игнорирующий стиль, сужаются и затухают. Дети данной группы «подстраиваются» под материнский стиль общения, у них проявляется сниженный эмоциональный настрой, они меньше улыбаются [16, с. 122-124].

В современных исследованиях подчеркивается, что соответствующее нормативным показателям психосоматическое развитие ребенка возможно при удовлетворении его потребностей в обмене положительно заряженными эмоциями, формировании чувства защищенности и безопасности, аффилиации, приобретении новых впечатлений и опыта в процессе оптимального взаимодействия в диаде мать – ребенок [23, с. 54-55].

Особую роль в формировании и поддержании психосоматического здоровья ребенка приобретает привязанность, выступающая в качестве ответной реакции младенца на контакт матери.

Феномен привязанности выражается в тесных эмоциональных отношениях в паре матери и ребенка, характеризующихся взаимно разделяемой симпатией и поддержкой, обеспечивающими состояние близости. Рядом исследователей привязанность определяется как процесс поиска и установления близости с другим человеком или как чувство близости с кем-либо, основывающееся на преданности, сострадании [22, с. 126-129].

Термин «привязанность» был введен Дж. Боулби и обозначался им как «... эмоциональная связь, которая объединяет человека с одним или несколькими людьми во времени и пространстве» [10, с. 132-200]. С точки зрения автора в качестве основной функции феномена привязанности выступало не столько удовлетворение физиологических потребностей ребенка, сколько формирование у него ощущения безопасности.

В рамках теории привязанности наибольшую важность представляют первые взаимоотношения ребенка и близкого взрослого, которым чаще всего выступает мать. От того, насколько близкий взрослый способен эффективно воспринимать и адекватно реагировать на потребности ребенка, то есть проявлять достаточную чувствительность к его эмоциональным потребностям и физическим аспектам, зависит удовлетворение потребности в безопасности, присутствующей у человека с самого рождения.

В ситуации развития благоприятного типа привязанности у ребенка формируются чувства безопасности и надежности, выступающие в качестве фундамента доверия, что позволяет ему в будущем развиваться более адаптивно. Опыт подобных надежных взаимоотношений ассимилируется ребенком и в последующем способствует формированию у него уверенности в том, что участие и поддержка значимых людей способны помочь справиться с возникающими трудностями [10, с. 230-265].

М. Эйнсворт проводила наблюдение и анализ процесса взаимодействия детей с матерями. В результате данного анализа было отмечено, что дети часто рассматривают собственных матерей с точки зрения опоры, благодаря чему обеспечивается свободное исследование окружающей ребенка действительности. В случае благоприятных условий дети способны были на некоторое время уходить от своих матерей для исследования окружающей реальности, но периодически возвращались к ней. Данное поведение проявлялось практически у всех детей в возрасте восьми месяцев, имеющих мать. В случае отсутствия матери исследование окружающей действительности у детей было менее выраженным, в некоторых случаях могло прекращаться вовсе [65, с. 110-130]. Результатом

последующих исследований, проведенных М. Эйнсворт и ее последователями по проблеме привязанности, стало установление не только значительных различий в реакциях детей на их разлучение с матерями, но и последствия данного разделения для дальнейшего развития и становления психики детей.

Также М. Эйнсворт была разработана методика, направленная на определение характеристик привязанности ребенка к матери, представляющая собой наблюдение за процессом их взаимодействия в условиях незнакомой ситуации, в которой были определены три типа привязанности: «безопасная» (группа В); «тревожно-амбивалентная» (группа С); «тревожно-избегающая» (группа А) [65, с. 110-130].

Для надежной привязанности характерным является достаточно хорошая степень удовлетворения потребности ребенка в безопасности, преобладание близости в контакте, положительные проявления эмоциональных реакций, что обуславливает поддержание высокой познавательной активности детей.

Для тревожно-амбивалентной привязанности характерно отсутствие у ребенка уверенности в возможности получения поддержки от значимого взрослого. В данном случае в контакте присутствует тревожность, выступающая в качестве основной черты эмоциональной связи. Дети с тревожно-амбивалентной привязанностью испытывают возрастающую потребность в поддержке, принятии и подтверждении собственной важности и значимости. У них отмечается повышенный уровень стрессовых реакций при разделении с матерью, при котором возникает амбивалентная реакция в ответ на встречу с объектом привязанности. Характерным также является снижение познавательной активности.

В случае тревожно-избегающего типа привязанности тревога также становится основной характеристикой имеющейся эмоциональной связи. Дети с данными типом привязанности склонны ожидать от взрослых отвержения, они уверены в отсутствии помощи и принятия со стороны взрослых. В ситуации близких отношений дети данной группы переживают чувство дискомфорта, уязвимости, ярко выраженной зависимости. Такие дети предпочитают стратегию

избегания взрослого, что находит выражение в специфических особенностях реакций ребенка на разлучение и воссоединение с объектом привязанности. В процессе воссоединения ребенок проявляет избегание или отказ от взрослого. Стратегия активного избегания проявляется и в познавательной активности детей.

Эксперименты, выполненные Х. Харлоу в 1950-х годах, проведенные на обезьянах, изолированных от собственных матерей, позволили установить факт воспроизведения опыта общения с матерью даже на уровне приматов [74, с. 68-74]. При нарушениях или искажениях данного опыта обычно появлялись разрушения родительского поведения и у дочерей самок обезьян. Также отмечались глубокие изменения в их мозговой структуре и химической работе мозга. Данные факторы были также актуальны и в человеческой популяции, что подтвердилось в исследовании румынских детей-сирот, выросших в условиях лишения родительской поддержки и заботы, ввиду чего не могли формироваться благоприятные типы привязанности. Данные дети демонстрировали значительный рост частоты социальных и психических нарушений, соматических патологий и изменений в анатомии мозга в позднем возрасте.

Д. Винникот отмечал, что в ситуации ненадежной привязанности, сформировавшейся в раннем детстве, в последующем у взрослых отмечается ориентированность на взаимодействие, характеризующееся высокой тревожностью и недоверием, стремлением изолироваться от социума. Особо яркую выраженность данные особенности имеют в ситуации близких межличностных отношений, для которых характерны негативная оценка себя и своих возможностей, переживание чувства вины при реализации собственных возможностей, трудности в построении доверительных, теплых отношений [17, с. 56-100].

С точки зрения И. А. Симоненко, основанием формирования первичной диады мать – ребенок выступает потребность детей в безопасности. Данная система отношений выстраивается через механизм привязанности ребенка к значимым взрослым, в первую очередь к матери, способной обеспечить удовлетворение указанной потребности. Автор отмечает, что характеристикой

функциональности диады выступает качество сформировавшейся привязанности, которая оказывает влияние на способности к социальной адаптации, уровень устойчивости к стрессовым воздействиям и является предиктором поддержания психосоматического здоровья в детском возрасте [55, с. 7]. Триада отношений, формирующаяся за счет процесса идентификации ребенка с наиболее для него авторитетным и состоящим в достаточно близких взаимоотношениях с матерью членом семьи. Идентификационный и коммуникативный партнеры ребенка входят в состав функциональной триады.

Также И. А. Симоненко отмечает, что имеется определенная взаимосвязь между качеством взаимоотношений между супругами, присвоением отцовской роли и формированием триады отношений, что также взаимосвязано с наличием психосоматических нарушений здоровья у детей. Отношения в триаде в ситуации имеющегося психосоматического заболевания у ребенка характеризуются низкими показателями удовлетворенности отношениями и втянутостью ребенка в конфликтные ситуации между супругами.

В работах Д. Винникота подчеркивается значимость материнского отношения с ребенком в проявлениях телесного контакта, то, как мать относится и насколько внимательна к ребенку, его формирующемуся «Я». Взаимодействие ребенка с матерью, в котором она успешно справляется со своими функциями и удовлетворяет его базовые потребности, в дальнейшем позволяет сформироваться позитивному образу собственной личности у ребенка, а также благополучно пройти все стадии процесса психосексуального развития [17, с. 56-71].

Р. Ж. Мухамедрахимов в качестве основной цели взаимодействия матери и младенца рассматривал получение радости и удовольствия от процесса совместного общения или достижение партнерами некоего аффективно положительного уровня возбуждения и внимания, являющегося в то же время оптимальным. Для осуществления данного процесса требуется постоянная регуляция поведения в парах, осуществляемая взаимно. Со стороны матери необходимо изменение темпа, интенсивности, модальности для коррекции излишней или недостаточной стимуляции младенца для достижения

оптимального уровня. Наличие в материнском поведении в отношении младенца постоянной и переменной структурных единиц является наиболее подходящим для поддержания оптимального уровня внимания, возбуждения младенца в сравнении с абсолютно неизменным или непостоянным поведением [39, с. 52].

Согласно представлениям Д. Штерна, в процессе социальных отношений младенца с матерью у ребенка формируются разнообразные «островки постоянства», константы ощущения самого себя как воспринимающего, действующего, чувствующего, которые объединяются в целое и закрепляются в эпизодической памяти. Младенцами проводится обобщение фактов рутинного взаимодействия с матерью, закрепление в памяти и применения результатов обобщенного опыта в целях понимания и предсказания похожих ситуаций. Данные обобщенные представления младенца о взаимодействии являются основными единицами для будущего формирования у него ощущений самого себя и себя с другими людьми [39, с. 65-66].

Если контакт матери и ребенка не устанавливается, наблюдается преобладание тревожно-амбивалентного или избегающего отношения к ребенку, то аккумулируется негативный опыт ранних объектных отношений, фрустрирующий развитие личности ребенка путем формирующихся патологических представлений и установок, особенно о самом себе и своем окружении, ввиду чего возрастает напряжение внутри семейной системы и у ребенка в частности. Дефицит любви, поддержки и защищенности в отношениях с ребенком затрудняет становление его личностных границ, что в результате приводит к формированию у него «нарциссического голода» [3, с. 45]. Разнообразные нарушения идентичности в детском возрасте могут проявляться на физическом уровне через нарушения телесных границ. В совокупности описанные обстоятельства обуславливают формирование у ребенка противоречивой комбинации блокирования ощущений и высокой сенситивности, результатом чего является образование соматизированных реакций [33, с. 56].

На процесс установления контакта матери и ребенка оказывают влияние многочисленные факторы, среди которых особая роль принадлежит характеру

отношений между супругами и непосредственно психологическому состоянию женщины. Исследователями установлено, что эмоциональный стресс у матерей на этапе первого года жизни ребенка не только не уменьшается, но и возрастает, обнаруживаясь у 82 % женщин [27, с. 141]. Ведущим проявлением постнатального стресса является тревога, обуславливающая волнообразное, затяжное течение постнатального стресса, трансформирующегося в тревожные расстройства.

Тревожные расстройства, имеющиеся у матери и характеризующиеся яркой выраженностью симптоматики, довольно часто сочетаются с раздражительностью, дисфорией, агрессией, направленной на близких людей, в частности, на ребенка [68]. Постнатальный стресс в ряде случаев в качестве проявлений имеет заторможенность матери, затрудняющую необходимый своевременный контакт между ней и ребенком. Практически у каждой четвертой матери обнаруживаются проявления аутоагрессии, подозрительности, диссоциации сознания, нарушения когнитивных функций [72, с. 1067-1069; 78, с. 74-77; 82, с. 121].

Спустя три месяца после рождения ребенка наиболее распространенными проявлениями эмоционального стресса являются повышенная тревожность, расстройства, депрессии. Периодически появляются угрызения совести, характеризующиеся ощущением себя плохой матерью и чувствами стыда и вины. Несвоевременная диагностика и лечение или отсутствие обращения за помощью могут приводить к хронизации стресса с присоединением соматических клинических проявлений. В подобных случаях у матерей снижается самооценка, она поглощена чувствами беспомощности, отчаяния, ввиду чего не может удовлетворять потребности ребенка и поддерживать психологический контакт с ним [73, с. 29].

Для детей, матери которых подверглись послеродовому стрессу, характерен ряд педагогических проблем, отставание в психомоторном развитии, нарушения памяти и внимания, повышенная агрессивность, направленная на близких или более слабых людей, могут встречаться бессонница, повышенная

предрасположенность к возникновению инфекционных заболеваний, нарушение функций ЖКТ и мочевыделительной системы, расстройства формирования пищевой доминанты [77; 81]. Данные патологии еще более усугубляют страдание матери, увеличивая за счет этого степень дисфункциональности семейной системы.

При неблагоприятном стечении обстоятельств в первые месяцы жизни ребенка может формироваться основа для фобий, психосоматических расстройств, ряда других патологичных состояний. Так, в работе Н. А. Кравцовой и соавторов была обозначена идея о том, что сенситивным периодом для образования патогенных психосоматических фенотипов является младенческий и ранний возраст. В соответствии с данной теорией психосоматические заболевания рассматриваются в качестве отражения сформировавшихся патогенных психосоматических фенотипов [29, с. 54].

Если ребенок недополучает необходимой ему материнской заботы, защиты, опеки у него обнаруживаются проявления тревоги и беспокойства, переживания физического дискомфорта, а мир вокруг него представляется враждебным [71, с. 77; 76, с. 65-66]. Подобные психологические травмы в критические периоды развития влекут за собой трансформации в нейромодуляции и физиологической реактивности, что выражается в ощущении тревоги, сопряженной с ожиданием новых травмирующих влияний, повышенным вниманием к внешним раздражителям с целью обнаружения потенциальных или реальных угрожающих факторов. Исследователями подчеркивается, что травмирующие воздействия психологического характера в раннем возрасте способны провоцировать изменения в стволовых и лимбических мозговых структурах, а также в среднем мозге, что происходит путем специфических механизмов, запускающихся хроническими реакциями страха.

Многочисленными исследованиями подтверждается, что при имеющихся послеродовых стрессовых расстройствах появляется ухудшение лактации. Нарушение грудного вскармливания обуславливает ухудшение психологического контакта младенца с матерью [27, с. 139-140; 67, с. 71].

Помимо влияния грудного вскармливания на установление контакта между матерью и младенцем стоит отметить, что уровень материнской заботы, ее отклик и точность интуитивного ответа на потребности ребенка, особенности реакции на потенциальные или реальные угрожающие события, сама необходимость общения с ребенком и радость от данного процесса определяются также прикладыванием к материнской груди. В момент сосания груди младенец получает от матери положительную стимуляцию через покачивания, поглаживания. Материнский отклик через кормление не только на потребность в еде, но и на испытываемые ребенком тревогу, беспокойство, дискомфорт формируют атмосферу любви и защищенности, без которых становится невозможным полноценное личностное становление ребенка, развитие психики и интеллектуальных функций [7, с. 9].

Стоит отметить, что контакт матери и младенца, как и процесс грудного вскармливания, способны останавливать стрессовые реакции обоих. В результате нейробиологических исследований последних лет получены данные, свидетельствующие о том, что при грудном вскармливании в миндалевидном теле женщины количество продуцируемого кортиколиберина снижается, что приводит к уменьшению вероятности возникновения и остроты переживания беспокойства, страха, с другой стороны, выделяющийся в момент кормления пролактин способствует ощущению чувства умиротворенности. Особенности состояния материнского сознания в момент кормления грудью облегчают управление его стрессом и способствуют успокоиванию ребенка. С другой стороны, ребенок в этот момент ощущает защищенность от стрессовых влияний и дискомфорта, а ответной реакцией нервной системы выступает увеличение количества нейронов, чувствительных к кортизолу. Описанные выше механизмы способствуют тому, что продуцирование кортизола останавливается вовремя, прекращается его постоянная циркуляция в мозге, способная вызывать ощущение невозможности прекращения стресса [18, с. 37-39].

Помимо повышенной тревожности, агрессивности и раздражительности значимыми факторами формирования психосоматических расстройств в детском

возрасте являются такие психологические особенности матери, как высокая степень внутренней конфликтности, склонность к доминантности, гиперопекающее поведение, стремление к сдерживанию отрицательных чувств, превалирование чувства вины, низкие параметры стрессоустойчивости, применение преимущественно деструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций, наличие негативного телесного опыта, полученного в прародительской семье [31, с. 29].

А. А. Барановым и соавторами установлено, что для матерей, имеющих детей с психосоматическими расстройствами, присущим является низкий уровень родительской чувствительности, проявляющийся в отсутствии умений адекватно воспринимать и оценивать психоэмоциональное состояние детей, затруднениях в понимании причин, вызвавших сложившееся состояние. Данная группа матерей характеризуется недостаточным принятием детей, выражающимся в амбивалентных проявлениях во взаимодействии с ребенком. Отмечается также низкая степень способности оказывать эмоциональную поддержку в адрес ребенка, неумение учитывать его состояние при выстраивании взаимодействий, неспособность оказывать влияние на эмоциональное состояние детей [5, с. 130-131].

Важной характеристикой, оказывающей влияние на установление и поддержание контакта с ребенком, способность удовлетворять его потребности является уровень депрессии матери. Данная характеристика находится во взаимосвязи как с характером супружеских взаимоотношений (степень конфликтности отношений, оказываемая поддержка, соответствие ролевых установок), так и с состоянием здоровья ребенка. Матери с высокими показателями депрессии демонстрируют больше негативных проявлений в поведении по отношению к детям, меньшую отзывчивость на сигналы и потребности ребенка. По данным, приведенным в работе Р. Ж. Мухамедрахимова, примерно 25-30 % матерей пребывают в состоянии депрессии в течение трех месяцев после рождения ребенка. Имеются данные, в соответствии с которыми соматическое, эмоциональное состояние, речевое развитие и поведенческие

особенности детей, матери которых страдали депрессиями, является менее благополучным в сравнении с развитием здоровых матерей или имеющих другие диагнозы [39, с. 138-140].

Дж. Боулби выдвинул точку зрения, в соответствии с которой матери в депрессивном состоянии присутствуют во взаимодействии с ребенком только «наполовину», то есть проявляется их физическое присутствие в сочетании с эмоциональным отсутствием.

В работе Р. Ж. Мухамедрахимова отмечено, что группа матерей, супружеские отношения которых являлись менее благополучными, переживали стресс, связанный с нарушением супружеских взаимоотношений, расценивали себя как намного более депрессивных и тревожных, а собственных детей воспринимали как имеющих большее количество поведенческих проблем и проявляли менее соответствующее ситуации родительское поведение. В процессе спектра различных спонтанных взаимодействий младенцы матерей с депрессивным состоянием проявляли меньшую активность, мало демонстрировали удовлетворенность. При взаимодействии лицом к лицу с депрессивными матерями дети больше проявляли отрицательных выражений, часто переводили взгляд, в большей мере противились, чем дети с матерями, отнесенными к нормальной группе. Дети матерей с депрессивным состоянием значительно дольше смотрели на другие лица с печальным выражением. Обозначенные выше факты свидетельствуют о том, что у младенцев, чьи матери обнаруживают депрессивные проявления, также формируется стиль реагирования с депрессивными чертами [39, с. 138-142].

Таким образом, депрессивное состояние родителя характеризуется поведением, недостаточно отвечающим на сигналы ребенка, при осуществлении взаимодействия с ним, когда родитель может быть враждебен, недоступен для контакта, эмоционально отдален. Данные характеристики способны препятствовать развитию у младенца ощущения удовольствия, контроля, чувства безопасности и защищенности в процессе отношений. Довольно часто среди

матерей с депрессивным состоянием наблюдаются проявления небезопасных типов привязанности.

Наряду с важностью оптимального взаимодействия матери и младенца для психосоматического здоровья последнего нельзя забывать о значимости отношений ребенка с отцом, что подчеркивается в работах, выполненных И. А. Симоненко и соавторами. В данных исследованиях отмечается, что отношения отца и ребенка являются частью функциональной триады и также зависят от ряда факторов, среди которых важную роль играет характер отношений между супругами.

Так, в работе И. А. Симоненко (2014) указывается, что активная позиция отца по отношению к ребенку предрасполагает к развитию у последнего интенсивных эмоций и побуждает его к ответной активности. Особой значимостью отношения с отцом характеризуются в процессе формирования автономии и самостоятельности ребенка, сепарации его от матери. В ряде современных исследований выявлено, что гипертрофированные симбиотические отношения с матерью служат одним из факторов развития нарушений психосоматического здоровья у детей [51, с. 238-240]. Наличие у ребенка способности к осуществлению взаимодействия не только в условиях диады, но и с иными членами семьи, особенно с отцом, способствует развитию адаптивных способностей детей в отношении социальных обстоятельств, что выступает в качестве протективного фактора психосоматического здоровья.

В другом исследовании, выполненном И. А. Симоненко и соавторами (2014), отмечается, что специфические особенности отношений с отцом, характеризующиеся проявлениями эмоциональной холодности и дистанцирования, отсутствием включенности со стороны родителя, затрудняют сепарацию ребенка и снижают его адаптационные способности к социальной среде, что выступает фактором развития психосоматических патологий. Отцы в данной ситуации проявляют большую эмоциональную дистанцированность и отстраненность, предъявляют недостаточное количество санкций и требований к ребенку. При этом для обоих супругов характерны переживание затруднений в

идентификации и удовлетворении потребностей детей, склонность переносить супружеские конфликты в воспитательную сферу. По сравнению с матерями, у отцов отмечается меньшая включенность в процесс взаимодействия с детьми с ПСР, также они менее склонны выполнять функции поддержки, опеки, заботы, контроля поведения ребенка [52, с. 199-205].

Таким образом, ранний детский возраст является одним из периодов накопления протективных факторов и факторов уязвимости психосоматического здоровья. Характер взаимоотношений между супругами оказывает влияние на формирование других взаимоотношений в семье, в том числе на установление контакта ребенка с родителями как в рамках первичной диады, так и в рамках функциональной триады. Особенности отношений между супругами также влияют на эмоциональное состояние каждого члена семьи, в том числе ребенка. Эмоциональное состояние матери находится во взаимосвязи с характером супружеских взаимоотношений и сказывается на состоянии здоровья ребенка, особенностях его развития. Так, в случае наличия у матери тревоги и депрессии ей не удастся установить необходимый ребенку глубокий психологический контакт и эффективно отвечать на его потребности, что препятствует развитию у младенца ощущения контроля, чувства безопасности и защищенности в процессе отношений и обуславливает возникновение у него стрессовых реакций, которые в случае регулярного возникновения способны приводить к соматизации.

1.4. Концептуальная модель исследования влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка

Проведенный теоретический анализ лег в основу разработанной нами концептуальной модели эмпирического исследования влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка. Модель наглядно представлена на рисунке 1.

В основе концептуальной модели лежит предположение о влиянии такой характеристики супружеских отношений как степень конфликтности в паре на

эмоциональное состояние женщины, что в совокупности сказывается на психосоматическом здоровье ребенка.

Среди показателей степени конфликтности в супружеской паре нами были выделены следующие: параметры межличностных отношений между супругами; согласованность семейных ценностей и ролевых установок супругов; характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях; реакции супругов на конфликт. В качестве компонентов эмоционального состояния женщин нами были рассмотрены: уровень стрессоустойчивости, депрессивные проявления, позитивный и негативный аффекты, диспозиционный оптимизм, базовые потребности и локус контроля матери.

Несо согласованность ценностей между супругами, ролевое несоответствие в паре являются конфликтогенными факторами, которые способны дестабилизировать межличностные отношения между членами семьи. Дестабилизация взаимоотношений, высокая степень напряженности в отношениях между супругами, склонность кого-либо из супругов к конфликтным проявлениям, неконструктивные индивидуально-специфические защитные модели поведения в конфликте приводят к формированию у супругов негативных эмоциональных состояний. Стремление супругов, находящихся в конфликтных, напряженных взаимоотношениях, к дистанцированию и автономии негативно сказывается на их взаимодействии с ребенком и приводит к нарушению контакта с ним.

Нормативное психосоматическое развитие ребенка в младенческом возрасте становится возможным при удовлетворении его потребностей в оптимальном взаимодействии с матерью, формировании чувства безопасности, получении новых впечатлений и опыта взаимодействия, аффилиации и обмену положительными эмоциями [5, с. 129]. Однако матери, находящиеся в негативном эмоциональном состоянии, наполненные отрицательными аффективными переживаниями, не способны к удовлетворению указанных потребностей ребенка. В данных условиях женщина будет проявлять отчужденность, недостаточное внимание и заботу в отношении собственного ребенка, низкую ориентацию и

недостаточное умение воздействовать на психоэмоциональное состояние ребенка при выстраивании взаимодействия. Это приводит к нарушению контакта и формированию у детей ранних эмоциональных дефицитов.

Указанные психологические параметры взаимоотношений супругов и эмоциональное состояние женщины находят отражение во взаимодействии в диаде мать-ребенок. Их влияние для ребенка оказывается дискомфортным, что может приводить к возникновению у него психосоматических реакций.

Рисунок 1.



Глава II. Эмпирическое исследование влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка

2.1 Дизайн исследования влияния качества взаимоотношений супругов на психосоматическое здоровье ребенка

На основании теоретического исследования, представленного в предыдущей главе нами сформулирована, **проблема исследования** – как влияет качество супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Цель исследования – изучить качество супружеских взаимоотношений и его влияние на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Цель была конкретизирована в задачах исследования:

Задачи:

1. Провести теоретико-методологический анализ оснований исследования психосоматического здоровья ребенка, характеристик взаимоотношений в супружеской паре;
2. Изучить степень конфликтности в супружеской паре, имеющей ребенка младенческого возраста;
3. Изучить эмоциональное состояние женщин, состоящих в супружеских отношениях и имеющих ребенка младенческого возраста;
4. Определить степень влияния психологических характеристик супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.
5. Разработать программу психологического сопровождения женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза.

Объектом исследования являются супружеские взаимоотношения в семьях с детьми младенческого возраста.

Предметом исследования является влияние качества супружеских взаимоотношений на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста.

Центральной гипотезой исследования выступает предположение о том, что психосоматическое здоровье младенца связано с качеством супружеских отношений.

Частные гипотезы:

1) В семьях здоровых младенцев характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях будет отличаться от семей с детьми с психосоматической патологией;

2) Уровень стресса в семьях с детьми с психосоматической патологией выше семей здоровых младенцев;

3) Матери младенцев с психосоматическим заболеванием характеризуются преобладанием негативного аффекта, депрессивными проявлениями.

Переменные:

Независимая – состояние здоровья (3 градации: здоров; заб. с ясным генезом; заб. с неясным генезом);

Зависимые: автономия; компетентность; связанность; проблемы отношений с родственниками и друзьями; вопросы, связанные с воспитанием детей; проявление стремления к автономии; нарушение ролевых ожиданий; рассогласование норм поведения; проявление доминирования одним из супругов; проявление ревности; расхождения в отношении к деньгам; шкала депрессии; ПА; НА; шкала психологического стресса; экстернальность интернальность; властный-лидирующий; независимый-доминирующий; прямолинейный-агрессивный; недоверчивый-скептический; покорный-застенчивый; зависимый-послушный; сотрудничающий-конвенциальный; ответственный-великодушный; неконструктивные установки на брак; депрессия; протективные механизмы; дефензивные механизмы; агрессия; соматизация тревоги; фиксация на психотравме; контрольная шкала; интимно-сексуальная; личностная идентификация с супругом; хозяйственно-бытовая; родительско-воспитательная; социальная активность; эмоционально-психотерапевтическая; внешняя привлекательность.

Дополнительные переменные:

1. Пол (способ контроля – создание константных условий);
2. Наличие/отсутствие психосоматического заболевания у ребенка (способ контроля – создание константных условий, выборку составили супружеские пары с детьми, у которых: отсутствуют проявления психосоматических реакций; проявления психосоматических реакций без диагноза; проявления психосоматических реакций с подтвержденным диагнозом);
3. Возраст ребенка (способ контроля – создание константных условий, супружеская пара с ребенком от 0 до 6 месяцев);
4. Возраст супругов (способ контроля – создание константных условий, выборку составили пары в возрасте от 18 до 30 лет);
5. Отсутствие негативного опыта беременности (способ контроля – создание константных условий, выборку составили женщины, не имеющие негативный опыт беременности (выкидыш, аборт и др.);
6. Количество браков (способ контроля – создание константных условий, в супружеской паре брак первый);
7. Количество детей (способ контроля – создание константных условий, ребенок первый)
8. Этап рождения ребенка (способ контроля – создание константных условий, все дети рождены сразу после свадьбы).

В экспериментальную группу 1 вошли испытуемые семьи детей с проявлением психосоматических реакций с подтвержденным диагнозом; во 2 группу вошли семьи детей с проявлением психосоматических реакций без диагноза; в контрольную группу – семьи детей с отсутствием проявлений психосоматических реакций. В выборку вошли испытуемые с психосоматическими нарушениями в виде нарушения привязанности, раннего эмоционального дефицита, аллергии, атопического дерматита.

Данный план, ex-post-facto, используется по причине того, что мы не оказываем прямого воздействия. В качестве воздействия выступает

психосоматическое заболевание ребенка влияющие на качество взаимодействия супругов.

В настоящем исследовании использовался экспериментальный план для трёх групп и трёх уровней независимой переменной:

Э 1 (R) X₁ O₁

Э 2 (R) X₂ O₂

К (R) O₃

Использование данного экспериментального плана обуславливается тем, что независимая переменная (состояние здоровья ребенка) имеет несколько уровней - установленный диагноз у ребенка, не установленный диагноз и здоровый ребенок.

Для статистического анализа были использованы метод сравнительной статистики критерий Краскела-Уоллиса. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 для Windows.

Описание выборки исследования:

В ходе исследования выборка разделилась на три группы:

- Матери и отцы детей относительно здоровых (20 человек), средний возраст детей составил – до 6 месяцев;
- Матери и отцы детей с проявлением психосоматических реакций с подтверждённым диагнозом (10 человек), средний возраст детей составил – до 6 месяцев;
- Матери и отцы детей с проявлением психосоматических реакций без диагноза (10 человек) – до 6 месяц.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Горшеченская ЦРБ», ОГБУЗ Городская Детская поликлиника № 3 г. Старого Оскола в период с августа 2020 по октябрь 2020.

Учитывая поставленные цели, в нашем исследовании были использованы следующие группы методов, ориентированные на изучение выделенных психологических особенностей:

1. Беседа;
2. Наблюдение;
3. Психодиагностические методики:
 - ✓ Методика «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман);
 - ✓ Опросник «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна;
 - ✓ Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре (А.Н. Волкова);
 - ✓ «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири);
 - ✓ «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко;
 - ✓ Методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS;
 - ✓ Шкала депрессии Бека;
 - ✓ Шкала психологического стресса RSM-25 (в адаптации Н.Е. Водопьяновой);
 - ✓ Методика исследования локуса контроля (Дж. Роттера).

Опросник «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман.

Опросник «характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю.Е. Алешин, Л. Я. Гозман) представляет собой бланковый тест-опросник, включающий в себя 32 супружеского взаимодействия, которые проявляют конфликтный характер. Методика выявляет наиболее конфликтогенные сферы супружеских отношений, степень согласия (или несогласия) в конфликтных ситуациях, уровень конфликтности в паре [34, с. 280-286].

Опросник «Реакции супругов на конфликт» А.С. Кочаряна.

Данный опросник разработан сексотерапевтом А.С. Кочаряном в клинических нуждах и позволяет диагностировать индивидуально - специфические защитные модели супругов в их структурах. Задача опросника – узнать ваши взгляды относительно некоторых семейных проблем. Он включает шкалы протективных и дифензивных защит, неконструктивные установки на брак, депрессию, враждебность, соматизацию, беспокойства, фиксацию на психотравме, контрольную шкалу [34, с. 287 – 292].

Определение согласованности семейных ценностей в ролевых установках в супружеской паре А.Н. Волкова.

Данная методика предназначена для определения согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре. Направлена на межличностные отношения.

Эта методика позволяет определить: представления супругов о желаемом распределении ролей между мужем и женой при их реализации семейных функций, объединенные шкалой ролевых ожиданий и притязаний (ШРОП), представления супругов о ценности в семейной жизни сексуальных отношений, личного общения мужа и жены, родительских обязанностей, профессиональных интересов каждого из супругов, хозяйственно-бытового обслуживания, эмоциональная и моральная поддержка, внешней привлекательности партнера. Эти показатели, отражают основные функции семьи, оформляют шкалу семейных ценностей (ШСЦ) [43, с. 184-189].

«Диагностика межличностных отношений» Т. Лири.

Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) представляет собой видоизмененный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири, автор которой является последователем идей Саллиуэна. В процессе взаимодействия с окружением личность проявляется в определенном стиле межличностного поведения. Реализуя потребности в общении и в осуществлении своих желаний,

человек соотносит свое поведение с оценками значимых других на уровне осознания самоконтроля, а так же (неосознанно) с символикой идентификации. Опираясь на том, что личность проявляется в поведении, актуализированном в процессе взаимодействия с окружающими, американский психолог Тимоти Лири классифицировал эмпирические наблюдения в виде 8-ми общих или 16-ти дробных (не оправдавших себя на практике) вариантов межличностного отношения [59, с. 46].

Соответственно многообразным типам межличностного поведения был разработан опросник, представляющий из себя набор простых характеристик-эпитетов, их количество составляет 128.

Во время работы над сознанием адаптированного отечественного варианта текста была выявлена достоверная связь между типами интерперсонального поведения, выявленными Лири, и определенными индивидуально-личностными паттернами, проявляющимися аналогичными поведенческими характеристиками.

«Базовые потребности личности» Э. Десси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко.

Данная методика ориентирована на исследование базовых потребностей личности. Она включает в себя 21 утверждение. Ответы испытуемого даются в соответствии с обозначенной шкалой.

К базовым потребностям можно отнести потребность в автономии (стремление человека самостоятельно осуществлять контроль собственных действий и поступков), потребность в компетентности (желание ощущать собственную способность в осуществлении эффективной деятельности), потребность в связанности (желание оказывать и получать поддержку, устанавливать значимые взаимосвязи с другими людьми).

Удовлетворение базовых потребностей приводит к формированию у человека ощущения благополучия и его здорового развития.

Методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS.

Методика представляет собой опросник, направленный на диагностику широкого спектра позитивных и негативных эмоциональных состояний. Разработана на основе зарубежной методики PANAS (Positive and Negative Affect Schedule).

Методика PANAS операционализирует два основных измерения эмоций, которые воспроизводятся в различных исследованиях, посвящённых факторному анализу самооценки настроения, а также многомерному шкалированию выражений лица и прилагательных, обозначающих эмоции. Эти измерения выделяются в различных исследованиях на материале состояний как одного индивида, так и разных людей, с использованием различных наборов прилагательных-дескрипторов, шкал ответов, инструкций, задающих разный период времени, на разных языках и разных культурах. Как правило, эти два измерения-негативного и позитивного аффекта-объясняют от 50 до 75% общей дисперсии прилагательных, используемых для самооценки настроения [44, с. 91-110].

Шкала депрессии Т. Бека.

Методику применяют с целью диагностики степени депрессии. Текст-опросник депрессии был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших обнаружить перечень признаков депрессии.

После сравнения этого списка с клиническими описаниями депрессий, был создан тест-опросник депрессии, включающий в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых признаков и жалоб.

Любой пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

Шкала психологического стресса PSM-25.

Шкала PSM-25 Л. Лемура, Р. Тесье, Л. Филлиона, предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса. Цель— измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателей. Методика была разработана во Франции, затем переведена в Англии, Испании и Японии. Перевод и адаптация русского варианта методики выполнены Н. Е. Водопьяновой [19, с. 36-64].

При разработке методики авторы стремились устранить имеющиеся недостатки традиционных методов изучения стрессовых состояний, направленных в основном на косвенные измерения психологического стресса через стрессоры или патологические проявления тревожности, депрессии, фрустрации и др. Лишь некоторые методики предназначены для того, чтобы измерять стресс как естественное состояние психической напряженности. С целью устранения этих методологических несоответствий Лемур-Тесье-Филлион разработали опросник, который описывает состояние человек, переживающего стресс, вследствие чего отпала необходимость в определении таких переменных, как стрессоры или патологии. Вопросы сформулированы для нормальной популяции в возрасте от 18 до 65 лет применительно для разных профессиональных групп. Все это позволяет считать методику универсальной для применения к различным возрастным и профессиональным выборкам в нормальной популяции.

Методика исследования локуса контроля Дж. Роттера.

Локус контроля—представляет собой склонность человека приписывать ответственность за происходящее вокруг него либо внешним силам, либо личным возможностям и усилиям.

Людей с внешним локусом контроля, склонных объяснять последствия свои действий влиянием ситуаций, принято называть экстерналами. Противоположный

тип-интерналы. Люди этого типа полагают ответственными за итоги своей деятельности только самих себя.

Люди, которые обладают внутренним локусом контроля, более уверены в себе, последовательны и настойчивы в достижении поставленной задачи, спокойны, добры и независимы. Предрасположенность к внешнему локусу контроля, напротив, выделяются в неуравновешенности, тревожности, подозрительности, неуверенности, агрессивности. Казалось бы, позиция экстерналов удобнее и обязана обеспечивать им более хорошее положение в социальном окружении [21, с. 415-420].

На множественные психологические наблюдения эксперименты нашли устойчивую закономерность: интерналы чаще достигают успеха в творческой и квалифицированной работе, менее тревожны и агрессивны, способны более стойко защищать собственные принципы, чем экстерналы.

Интерналы менее подозрительны во взаимоотношениях, чаще вызывают доверие, добиваясь собственных целей. «Чистых» интерналов или экстерналов практически не существует. В любом человеке есть доля психологической зависимости.

2.2. Результаты исследования и их интерпретация

Полученные результаты указывают на подтверждение центральной гипотезы о том, что психосоматическое здоровье младенца связано с качеством супружеских отношений.

Статистический вывод:

1) Выявлены различия распределения признаков «Автономия», «Вопросы, связанные с воспитанием детей», «Проявление стремления к автономии», «Расхождения в отношении к деньгам», «Шкала депрессии», «ПА», «НА», «Властный-лидирующий», «Независимый-доминирующий», «Покорный-застенчивый», «Зависимый-послушный», «Ответственный-великодушный», «Неконструктивные установки на брак», «Депрессия», «Протективные

механизмы», «Дефензивные механизмы», «Фиксация на психотравме», «Личностная идентификация с супругом», «Хозяйственно-бытовая», «Эмоционально-психотерапевтическая» на высоком уровне статистической значимости ($p\text{-level} < 0,01$);

2) Выявлены различия распределения признаков «Проблемы отношений с родственниками и друзьями», «Нарушение ролевых ожиданий», «Рассогласование норм поведения», «Проявление доминирования одним из супругов», «Шкала психологического стресса», «Экстернальность», «Интернальность», «Агрессия», «Соматизация тревоги», «Интимно-сексуальная», «Родительско-воспитательная», «Социальная активность» на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p\text{-level} < 0,05$).

Результаты долевого распределения высоко значимых показателей и показателей на достоверном уровне качества семейных взаимоотношений представлены на рисунках 2-42.

При анализе методики «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко были обнаружены статистически значимые различия по шкале «Автономия». По параметру «Компетентность» и «Связанность» статистически значимых различий не обнаружено.

Таблица 1. Сравнительный анализ в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Автономия	0,000	6,885	5,270	4,480	1,537	1,067	0,809

По данной шкале выявлены различия на абсолютном уровне статистической значимости ($p\text{-level}=0,000$) При проведении сравнительного анализа были получены данные, которые свидетельствуют о фрустрированной потребности в автономии в семьях, где дети имеют психосоматическое заболевание неясного генеза.

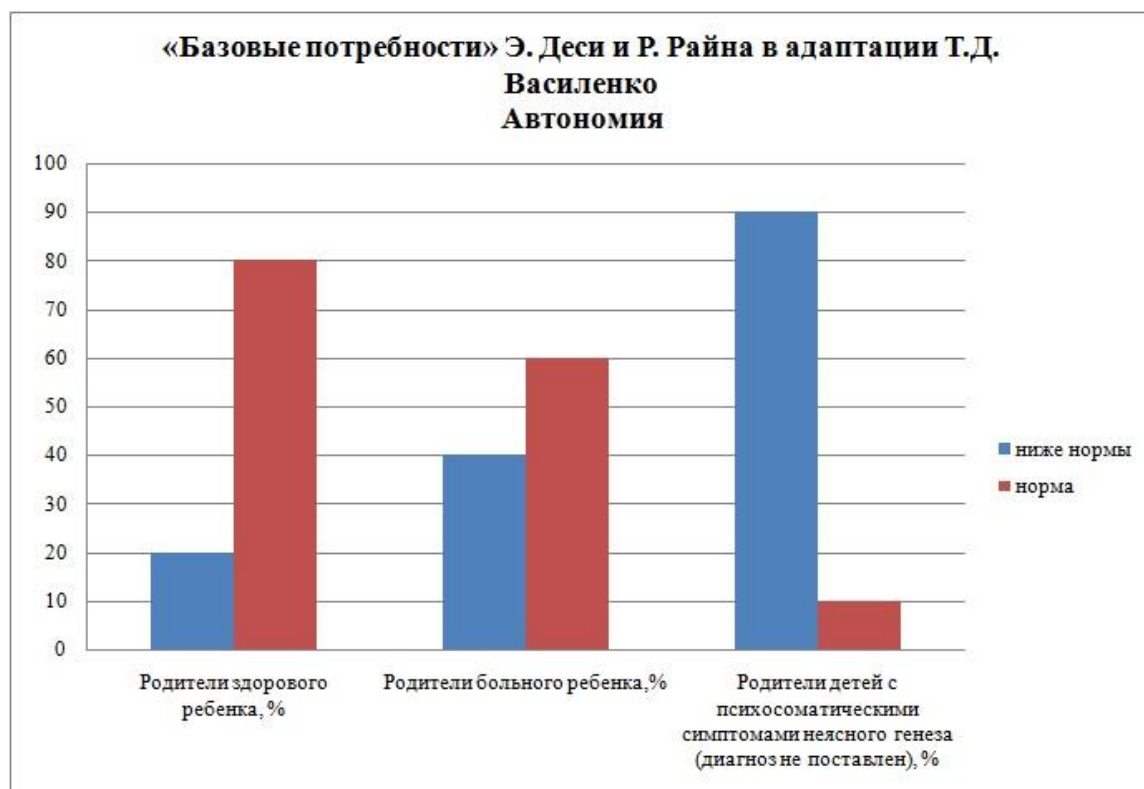


Рисунок 2. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Автономия».

Отмечается низкий уровень автономии у 90% женщин, у которых дети болеют психосоматическим заболеванием с неясным генезом. Это связано с тем, что женщинам требуется помощь и поддержка в уходе за ребенком. Часто проявляются психосоматические реакции, которые требуют корректировки, как со стороны врача, (они чаще обращаются в медицинские учреждения), так и со стороны близких. Так как женщине сложно совладать с этими проявлениями, из-за этого её автономия имеет низкие показатели. Также требуется поддержка со стороны супруга, чтобы обсудить эти проявления, выработать совместную тактику, определить возможные причины допустим аллергии или других психосоматических реакций (психосоматические проявления, связанные с

излишними коликами, или проявления связанные с атопическим дерматитом). Атопический дерматит требует особого ухода за ребёнком, чаще мыть, больше смазывать кремом и т.д. В связи с этим женщина чаще прибегает к помощи других, нежели сама выполняет те или иные обязанности, потому что одной это выполнить сложно.

Автономия у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание с ясным генезом, отмечается в 40% ниже нормы и в 60% преобладает норма. Показатель свидетельствует о том, что данная группа в меньшей степени нуждается в помощи со стороны. При возникновении сложностей с заболеванием женщины склонны обратиться за помощью и поддержкой к супругу. Ясный характер проявлений предполагает наличие способов совладания с ним, а также схемы лечения.

В группе женщин со здоровыми детьми значительно преобладает автономия, у 80% норма и у 20% ниже нормы. Эти показатели свидетельствуют о том, что женщины уверены в своих силах, возможностях.

Для исследования супругов в конфликтных ситуациях в семьях детей с отсутствием проявлений психосоматических реакций, в семьях детей с проявлением психосоматических реакций с подтверждённым диагнозом и в семьях детей с проявлением психосоматических реакций без диагноза применили методику Ю.Е. Алешина и Л.Я. Гозмана «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях».

Таблица 2. Сравнительный анализ супругов в конфликтных ситуациях в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики Ю.Е. Алешина и Л.Я. Гозмана «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях».

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Проблемы отношений с родственниками и друзьями	0,034	13,300	6,700	3,200	2,577	4,243	1,751
Вопросы, связанные с воспитанием детей	0,000	12,950	10,200	5,200	2,892	3,910	3,552
Проявление стремления к автономии	0,000	11,750	8,000	4,400	3,176	4,320	2,503
Нарушение ролевых ожиданий	0,041	13,150	10,000	4,100	2,641	3,162	2,233
Рассогласование норм поведения	0,014	12,850	8,700	3,000	3,048	3,301	1,885
Проявление доминирования одним из супругов	0,031	12,400	8,100	4,700	2,702	2,726	2,406
Расхождения в отношении к деньгам	0,000	11,500	6,400	6,700	3,471	3,339	2,750

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия по следующим параметрам: «Вопросы, связанные с воспитанием детей» (p-level=0,0001), «Проявление стремления к автономии» (p-level=0,0001), «Расхождения в отношении к деньгам» (p-level=0,0005).

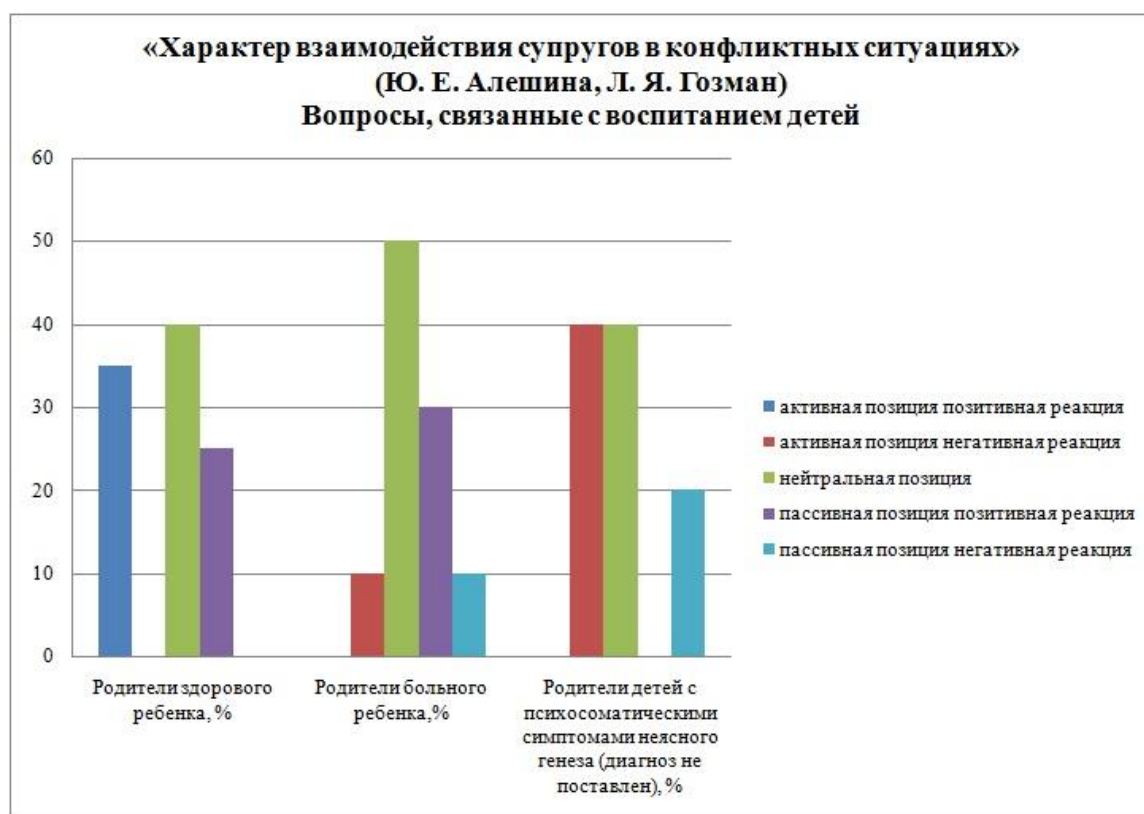


Рисунок 3. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Вопросы, связанных с воспитанием детей».

Исходя из представленной на рисунке №2 гистограммы, мы отмечаем, что в группе женщин со здоровыми детьми у 33% встречается активная позиция, у 40 % нейтральная позиция и пассивная позиция встречается у 20%. Эта тенденция отмечается и во второй группе, при заболевании с ясным генезом встречаются все те же позиции, при этом пассивная позиция представлена выше. Обращает на себя внимание, что в группе заболеваний с неясным генезом отсутствует пассивная позиция позитивной реакции. На наш взгляд это связано с тем, что женщины находясь в ситуации наличия у ребенка заболевания с неясным генезом, прикладывают активные ресурсы для того, чтобы прояснить этот диагноз, а также все усилия для того, чтобы справиться с этим заболеванием. В связи с этим пассивную позицию они не проявляют и пассивная позиция позитивной реакции в данном случае вообще не представлена. Так же обращает на себя внимание, что у 40% присутствует активная негативная позиция, что не представлено в здоровой группе данной позиции, и лишь у 10% с заболеванием с ясным генезом. Женщины испытывают негативные эмоции в связи с заболеванием и его неясностью. Их

озадачивает сам факт наличия проявления нездоровья у ребенка, они прикладывают все усилия на совладания с данной ситуацией и выработку ресурсов на прояснения диагноза и на борьбу с ним.

Характер взаимодействия с супругом в группе с заболеванием с ясным генезом и с заболеванием с неясным генезом, как правило, носит негативную реакцию. Женщина старается перераспределить или же спроецировать свои негативные реакции на супруга, связанные с заболеванием, тем самым повышая уровень конфликтогенности в семье. Накопившаяся усталость, длительный поиск причин возникновения, погруженность в уход за ребенком зачастую не позволяют женщине найти подходящие ресурсы совладания, что в дальнейшем отражается на характере взаимодействия с супругом, особенно в группе с неясным генезом. У 20% отмечается пассивная позиция негативная реакция, которая выражается в замалчивание обиды, 40% женщин наоборот, активно выражают и проецируют свои эмоциональные переживания на супруга.

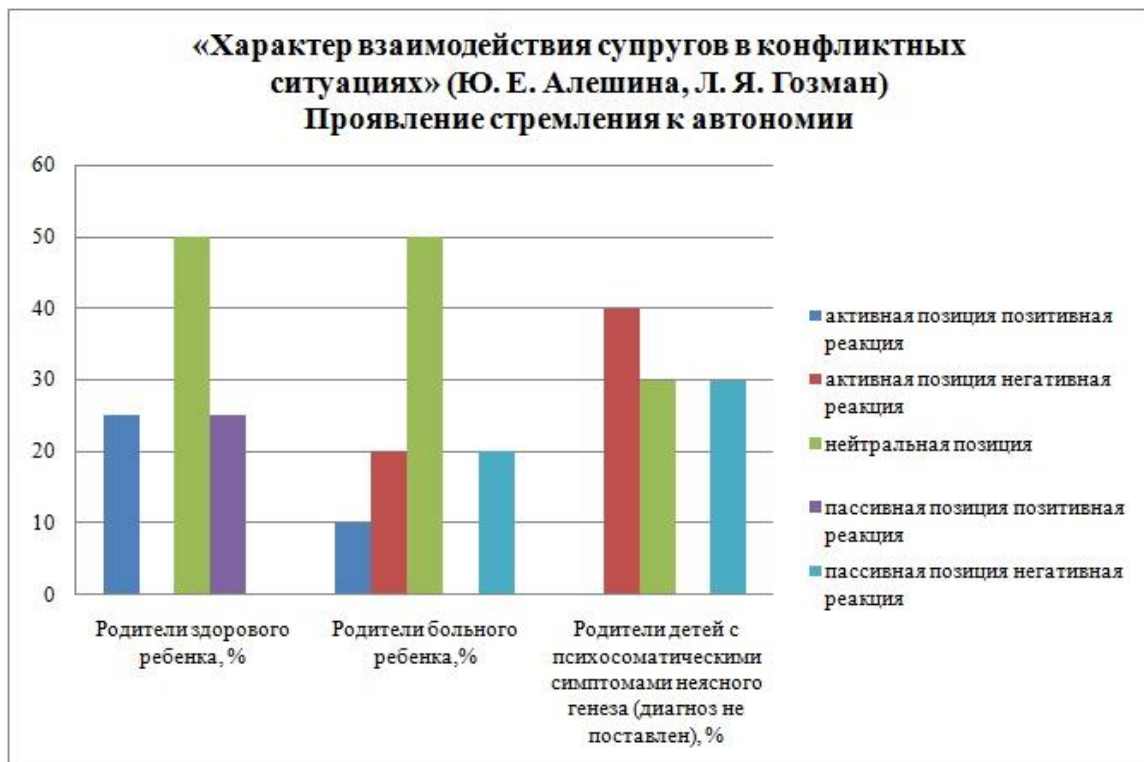


Рисунок 4. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Проявление стремления к автономии».

На рисунке №3 гистограмма показывает нам, что проявление стремления к автономии занимает у 40% активную позицию негативную реакцию, у 30%

нейтральную позицию и ещё у 30% пассивную позицию негативную реакцию у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза. Данные показатели свидетельствуют о том, что у женщин активная позиция в получение поддержки и помощи от супруга с проявлением негативной реакции на конфликтные ситуации. В группе женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание с ясным генезом, 10% активная позиция позитивная реакция, 20% активная позиция негативная реакция, 50% нейтральная позиция и 20% пассивная позиция негативная реакция. Это говорит о том, что проявления стремления к автономии в супружеской паре не выражено. Женщина нуждается в поддержке супруга, его защите, так как её беспокоит здоровье ребенка. Распределение женщин со здоровыми детьми выглядит таким образом, что 50% нейтральная позиция, 25% активная позиция позитивная реакция и 25% пассивная позиция позитивная реакция. У женщины выражено стремление к автономии. Она имеет возможность решать ситуации, связанные с уходом за ребенком самостоятельно.

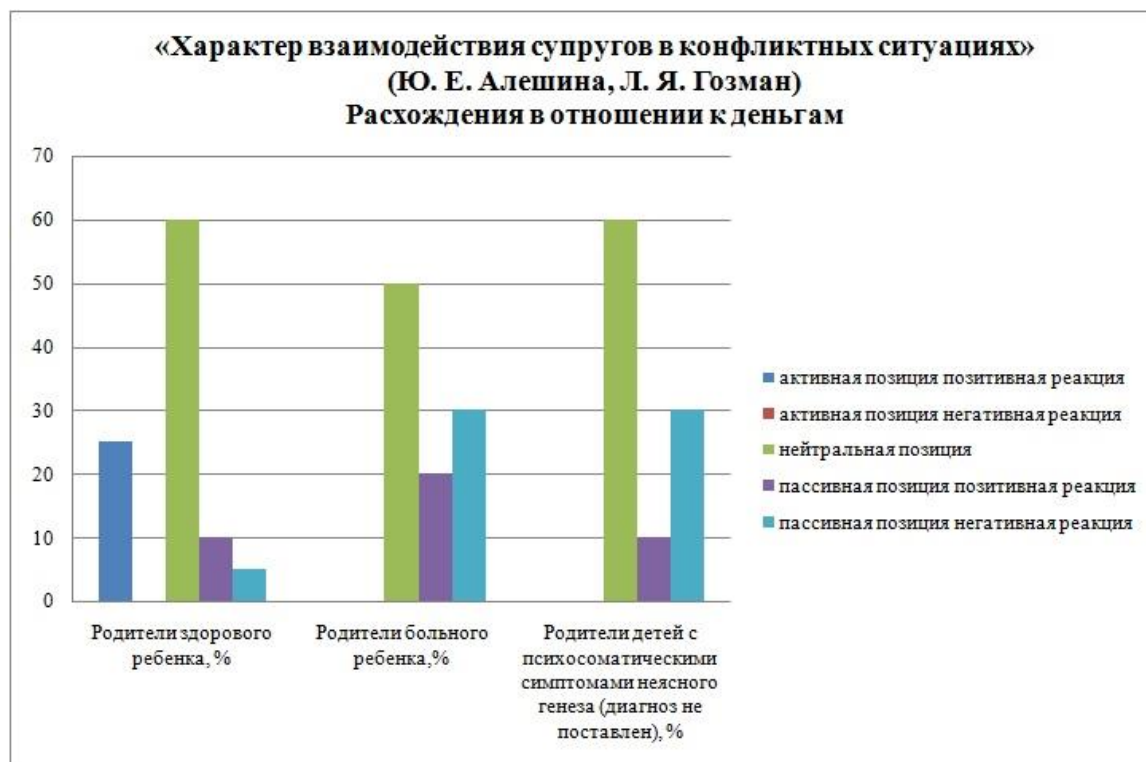


Рисунок 5. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Расхождение в отношении к деньгам».

Следующий показатель — это расхождение в отношении к деньгам. Исходя из гистограммы мы видим, что в 25% случаев для женщин, дети которых не имеют психосоматические заболевания характерна активная позиция позитивная реакции. Этот показатель отсутствует у женщин дети которых болеют психосоматическим заболеванием с ясным генезом и неясным генезом. При наличии заболевания неясного генеза преобладают нейтральная реакция 60% и 50% нейтральная реакция преобладает у детей с заболеванием ясного генеза. Наличие психосоматического заболевания у детей требуют от женщин определенных материальных усилий, им требуются дополнительные анализы, требуются дополнительные наблюдения врачей, а также постоянное применение ряда дорогостоящих средств (допустим безлактозная смесь), что связано с финансовыми трудностями, которые возникают в семье. Женщина, находясь в декретном отпуске, как правило ограничена в финансовом распределении собственных средств и поэтому не настолько может распоряжаться, как в ситуации если отсутствует психосоматического заболевание, так как на это не требуется дополнительных денежных усилий. В связи с этим возникает зависимость от супруга, и женщина проявляет чаще либо негативную реакцию, связанной с тем, что у супруга нужно эти деньги попросить или же нужно выделить определенные средства на лишнюю графу расхода в семейном бюджете. Поэтому наличие психосоматического заболевания, как правило, заставляет женщин, либо занимать нейтральную позицию, где супруг решает, как распределяются деньги в семье, либо пассивно-негативную реакцию по отношению к дальнейшему финансовому включению.

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по параметрам «проблемы отношений с родственниками и друзьями» ($p\text{-level}=0,034$), «нарушение ролевых ожиданий» ($p\text{-level}=0,041$), «рассогласование норм поведения» ($p\text{-level}=0,014$) и «проявление доминирования одним из супругов» ($p\text{-level}=0,031$) в экспериментальных и контрольной группах.

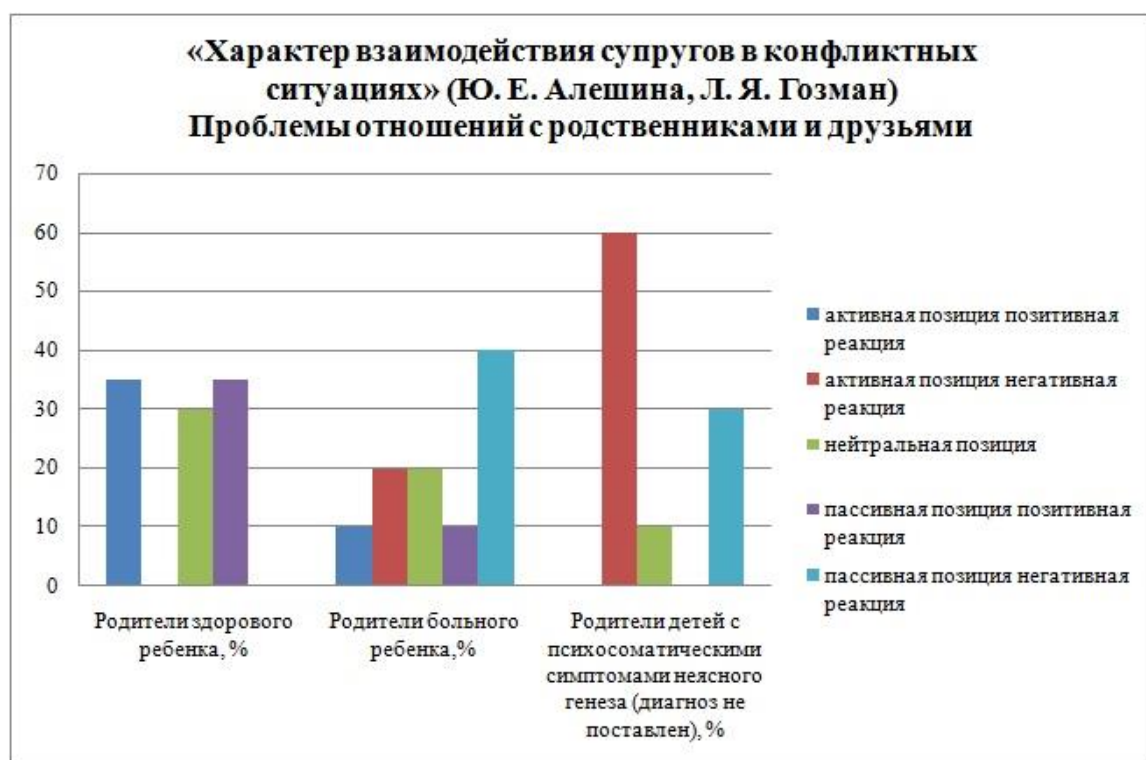


Рисунок 6. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Проблемы отношений с родственниками и друзьями».

По параметру проблема отношений с родственниками и друзьями активно-негативная позиция доминирует у 60% женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза. Как правило, они отмечают наличие сложностей в отношениях с родственниками и друзьями. При этом наличие негативной реакции связано с тем, что отсутствует поддержка со стороны подруг или друзей в связи с наличием у ребенка заболевания неясного генеза. Женщины, находясь в стрессовой ситуации, заболевания, как правило, ищут поддержки и бывают сверхпритязательны по отношению к другим. Эмоционально обидчиво воспринимают отсутствие помощи, или же нежелание поддержать женщину в данной сложной ситуации. В результате этого обостряются отношения с родственниками и друзьями. И 60% женщин прибегают к конфликтному типу взаимодействия, либо отгораживаются от них, либо активно идут на конфликт. У здоровых женщин доминируют позитивные реакции или же нейтральные реакции на взаимодействия с окружающими. У женщин с заболеванием неясного генеза 40% обращает на себя пассивная позиция негативная реакция. Как правило, они могут обижаться на что-то, но активно не высказывают данные переживания по

отношению, допустим к родственникам. Им требуется помощь или поддержка в уходе за ребенком. Желание, чтобы родственники участвовали в вопросах воспитания ребёнка, ухода за ним, возможность дать передышку, но родственники не всегда чутки к восприятию данных посылов. Поэтому, как правило, это вызывает у женщин с заболеванием ясного генеза, чувство обиды и разочарования, но активно они это не декларируют, в отличие от женщин с неясным генезом.

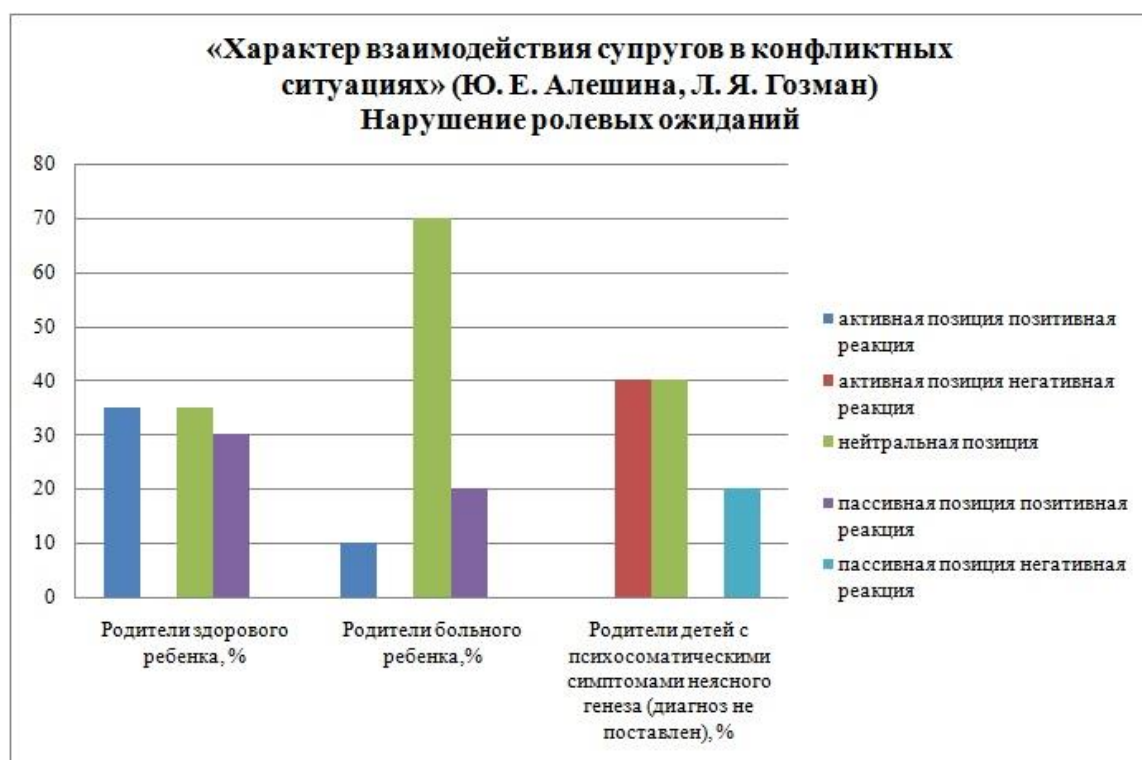


Рисунок 7. Гистограмма долевого распределения «нарушение ролевых ожиданий».

По параметру «нарушение ролевых ожиданий» у 40 % женщин присутствует активная позиция негативная реакция и у 20 % пассивная позиция негативная реакция. Это характерно для женщин, у которых ребенок болеет заболеванием неясного генеза. В данной ситуации можно говорить о том, что восприятие роли матери или роли супруга не согласуется с теми ожиданиями, которые были. Первая беременность и рождения ребенка является кризисной ситуацией, которая предполагает перераспределение внимания с себя на ребенка. Зачастую восприятия себя, как матери связано с ситуацией конфликта, потому что женщине приходится прикладывать больше усилий нежели предполагалось по

уходу за ребенком. Что касается отношения супруга и ролевое ожидание от него, то он не настолько включен, по их мнению, не настолько активен, не настолько оказывает поддержку, которая необходима в данной ситуации. Излишние требования к окружающим накладывают несогласованность в восприятии тех ролей и ролевых ожиданий, которые женщина предполагала, как от материнства, так, и от замужества. В результате этого возникают конфликтные ситуации, которые, как правило, аффективно негативно разрешаются.

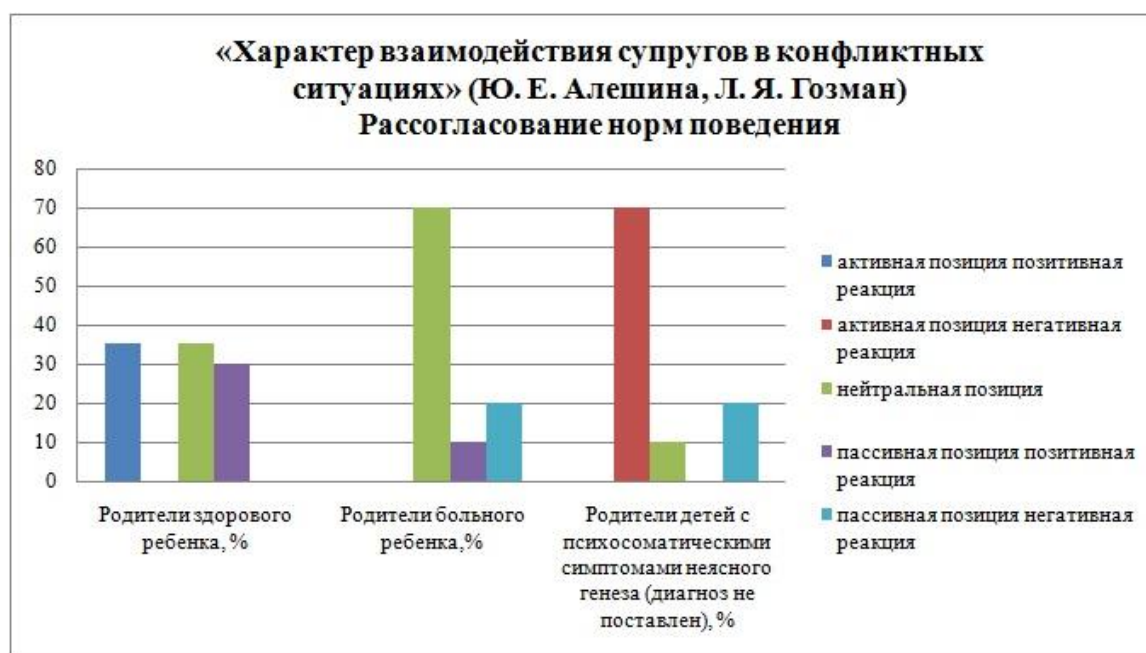


Рисунок 8. Гистограмма долевого распределения «рассогласование норм поведения».

Показатели параметра нарушения ролевых ожиданий подтверждается показателями рассогласования норм поведения. Активная позиция негативная реакция присутствует у 70% женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза. Рассогласование норм поведения если рассматривать сквозь призму ожиданий, которые женщина возлагала на замужество, материнство и отцовство, то мы можем констатировать, что они не оправдались. Традиционно роль матери предполагает роль ответственного по уходу за младенцем, которая заключается в деятельности по обеспечению ребенку физического и психического комфорта, но в ситуации наличия психосоматического заболевания неясного генеза это убеждение вызывает

внутренний конфликт у женщины. В связи с тем, что с одной стороны ей требуется дополнительная включенность со стороны супруга или близких, а с другой стороны у нее присутствует разочарование или озадаченность в том, что у нее не хватает ресурсов по выполнению традиционно приписанным норм выполнения роли матери.

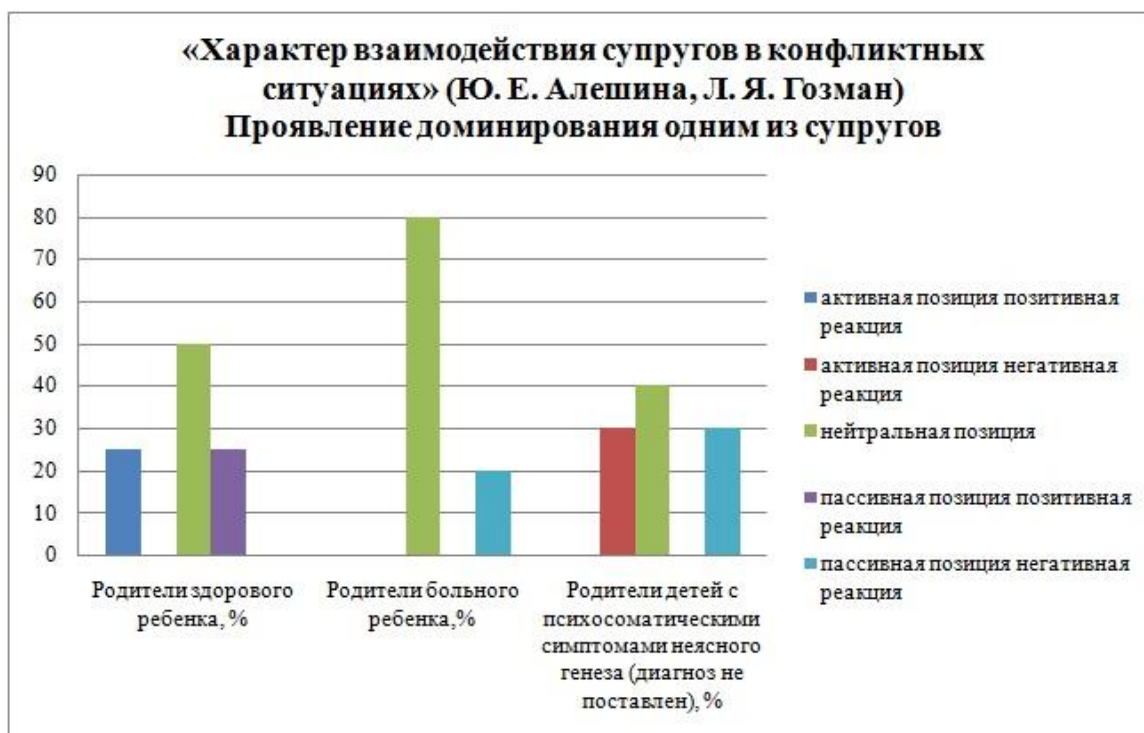


Рисунок 9. Гистограмма долевого распределения «проявление доминирования одним из супругов».

По шкале «проявление доминирования одним из супругов» у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, результаты распределились таким образом, что у 30% пассивная позиция негативной реакция, 30% активная позиция негативная реакция и у 40% нейтральная позиция. С точки зрения восприятия роли супруга происходит негативная идентификация. Супруг не настолько хорош, как отец. Он не настолько внимательный, не настолько сочувствующий, не настолько заботлив по отношению к ней, как к жене. Так же нарушает нормы поведения в связи с тем, что ребенок не становится сосредоточением всех интересов, которые есть в семье, а присутствует какие-то другие интересы, что вызывает чувство негодования и обиды. Соответственно заставляет проявлять активную позицию негативной реакции. Они открыто

выражают супругу свои обиды, свое недовольство и негодование по отношению к выполнению функций отцовства, материнства, родительства, супружества. И соответственно это является поводом для возникновения конфликтных ситуаций, которые обостряются фактом наличия психосоматического заболевания у ребенка. У женщин со здоровыми детьми и у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза преобладает нейтральная позиция по проявлению доминирования одного из супругов.

Для исследования депрессии в семьях детей с отсутствием проявлений психосоматических реакций, в семьях детей с проявлением психосоматических реакций с подтверждённым диагнозом и в семьях детей с проявлением психосоматических реакций без диагноза применили методику «Шкала депрессии Бека».

Таблица 3. Сравнительный анализ депрессии в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Шкала депрессии Бека».

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Шкала депрессии	0,001	6,800	17,600	36,500	2,397	3,062	10,469

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметру «Шкала депрессии» в экспериментальных и контрольной группах ($p\text{-level}=0,001$).

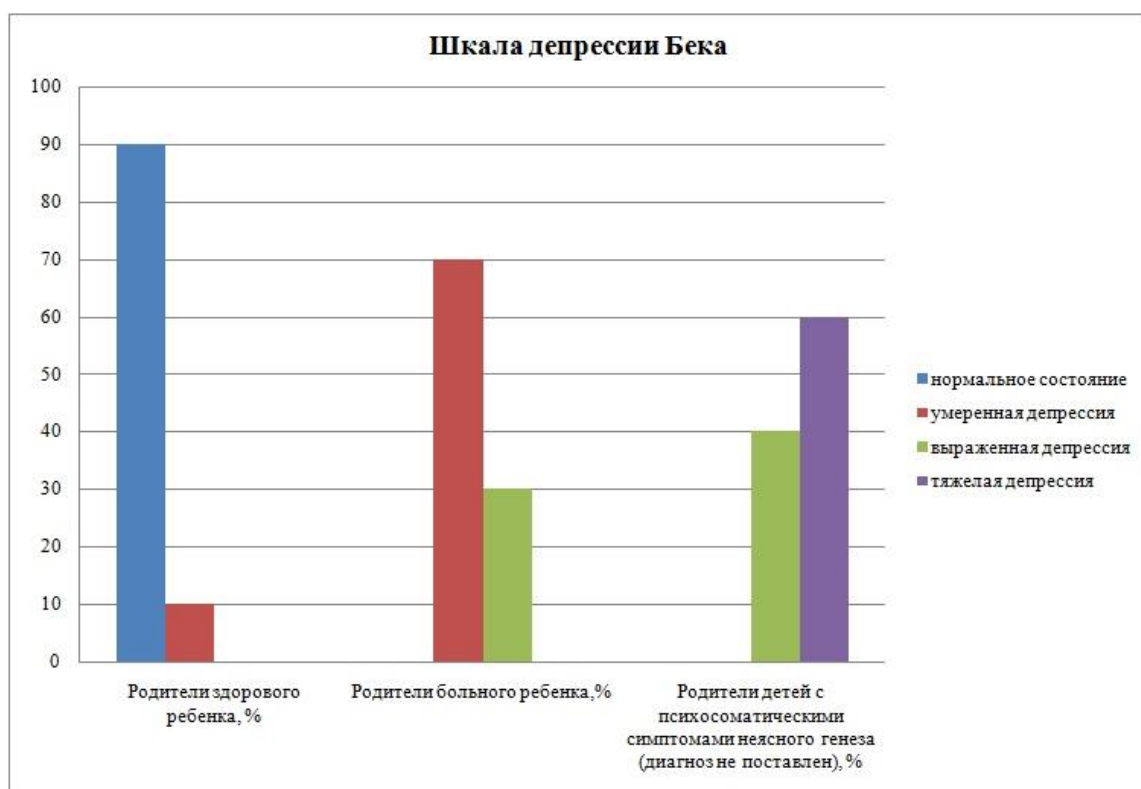


Рисунок 10. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Шкала депрессии».

По результатам тяжелая депрессия отмечается у 60 % женщин, имеющих у детей психосоматическое заболевание неясного генеза. Женщина, погружаясь в переживания, связанные с заболеванием ребёнка, зачастую сосредоточена только на негативных эмоциях, беременность, роды, а также первые месяцы ухода за ребёнком требуют от неё высокой стрессоустойчивости. Ребёнок с психосоматическим заболеванием неясного генеза подрывает её компетентность, как матери, что заставляет испытывать разочарование. Возможное отсутствие поддержки со стороны близких и супруга в уходе за ребёнком, а также бессонные ночи и сложности первых месяцев жизни ребёнка формируют у неё большое чувство усталости и безисходности, что в дальнейшем отражается на уровне депрессии. У женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание с ясным генезом, наблюдается умеренная депрессия в 70% и выраженная депрессия в 30%. Данные показатели связаны с тем, что заболевание ребенка погружают маму в переживания, но знание болезни и способы её лечения помогают женщине

справиться с тревогой и депрессией. У 90% женщин со здоровыми детьми нормальное состояние, их не беспокоит здоровье ребенка.

Для исследования эмоциональной сферы мы использовали методику «Шкала позитивного и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS.

Таблица 4. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Шкала позитивного и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
ПА	0,005	39,200	22,300	15,100	8,389	6,272	5,173
НА	0,002	15,500	23,200	38,200	4,594	6,460	7,020

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметрам «позитивный аффект» (p-level=0,005) и «негативный аффект» (p-level=0,001) в экспериментальных и контрольной группах.

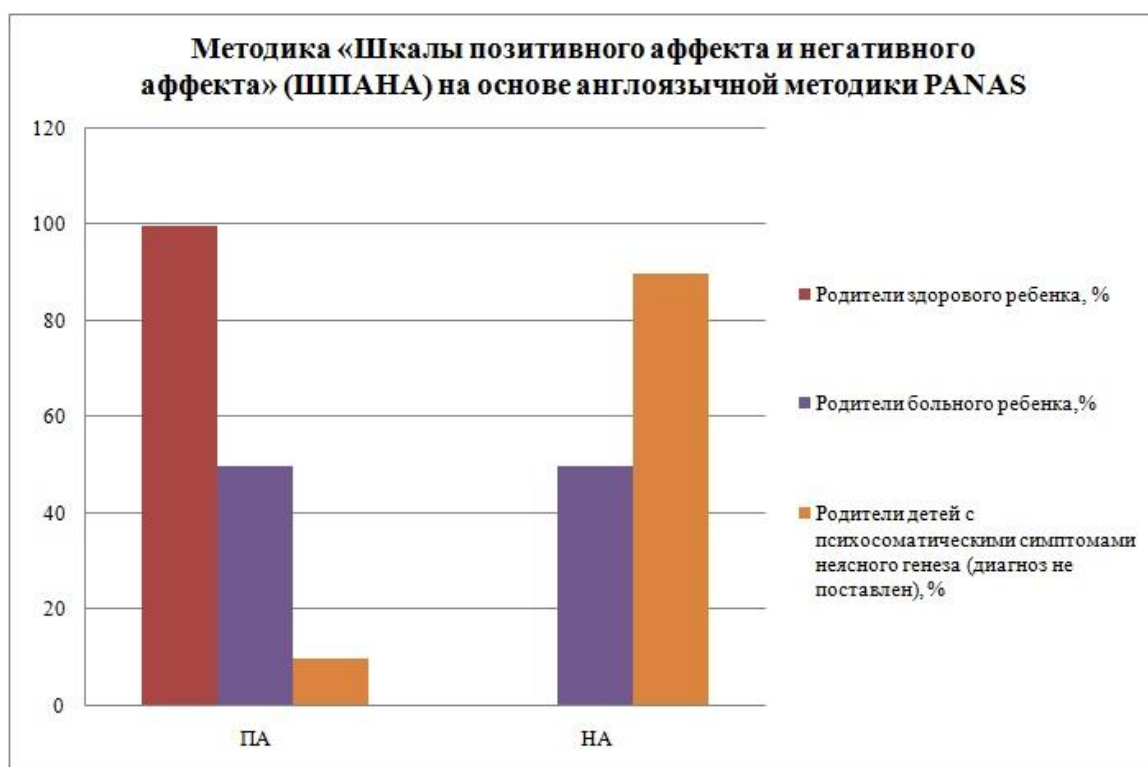


Рисунок 11. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Шкала позитивного и негативного аффекта».

По шкале позитивного аффекта и негативного аффекта ШПАНА, мы видим, что все женщины в группе со здоровыми детьми испытывают позитивный аффект, то есть рождение ребенка, уход за ребенком, воспитание ребенка, как правило, вызывает положительные эмоции, которые окрашивают эмоциональный мир женщины в радостные переживания. В группе детей с заболеванием ясного генеза, как правило, 50% испытывают как положительный аффект, так и 50% негативный аффект. Но обращает на себя внимание, что 90% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, испытывают негативный аффект. Наличие негативного аффекта можно объяснить, прежде всего, преобладанием отрицательных эмоций, таких как тревога, настороженность, опасения, возможно злость, связанная с наличием психосоматического заболевания. Не ясный генез заставляет женщину еще больше обострять переживания этих эмоции так, как женщина не знает, что за заболевание и какие последствия этого заболевания могут влиять на здоровье ребенка в дальнейшем. В связи с этим она испытывает достаточно большой

спектр отрицательных эмоций при этом их характеристика и аффективность достаточно завышены в связи с наличием ситуации неопределенности.

Для исследования когнитивного компонента самосознания использовали методику «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири.

Таблица 5. Сравнительный анализ когнитивного компонента самосознания в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Властный- лидирующий	0,000	5,450	8,800	9,900	2,327	3,293	2,601
Независимый- доминирующий	0,001	5,700	10,000	11,800	2,105	2,788	2,740
Покорный- застенчивый	0,000	6,400	9,700	13,000	2,872	3,301	2,538
Зависимый- послушный	0,001	8,700	11,800	11,400	1,976	1,932	2,412
Ответственный- великодушный	0,001	7,500	11,600	12,100	3,086	2,590	2,806

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметрам «властный-лидирующий» (p-level=0,000), «независимый-доминирующий» (p-level=0,000), «покорный-застенчивый» (p-level=0,000), «зависимый-послушный» (p-level=0,001) и «ответственный-великодушный» (p-level=0,000) в экспериментальных и контрольной группах.

Обращает на себя внимание, и даже настороженность, что по всем типам «властный-лидирующий», «независимый-доминирующий», «покорный-застенчивый», «зависимый-послушный», «ответственный-великодушный» у

женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза присутствуют экстремальные показатели.

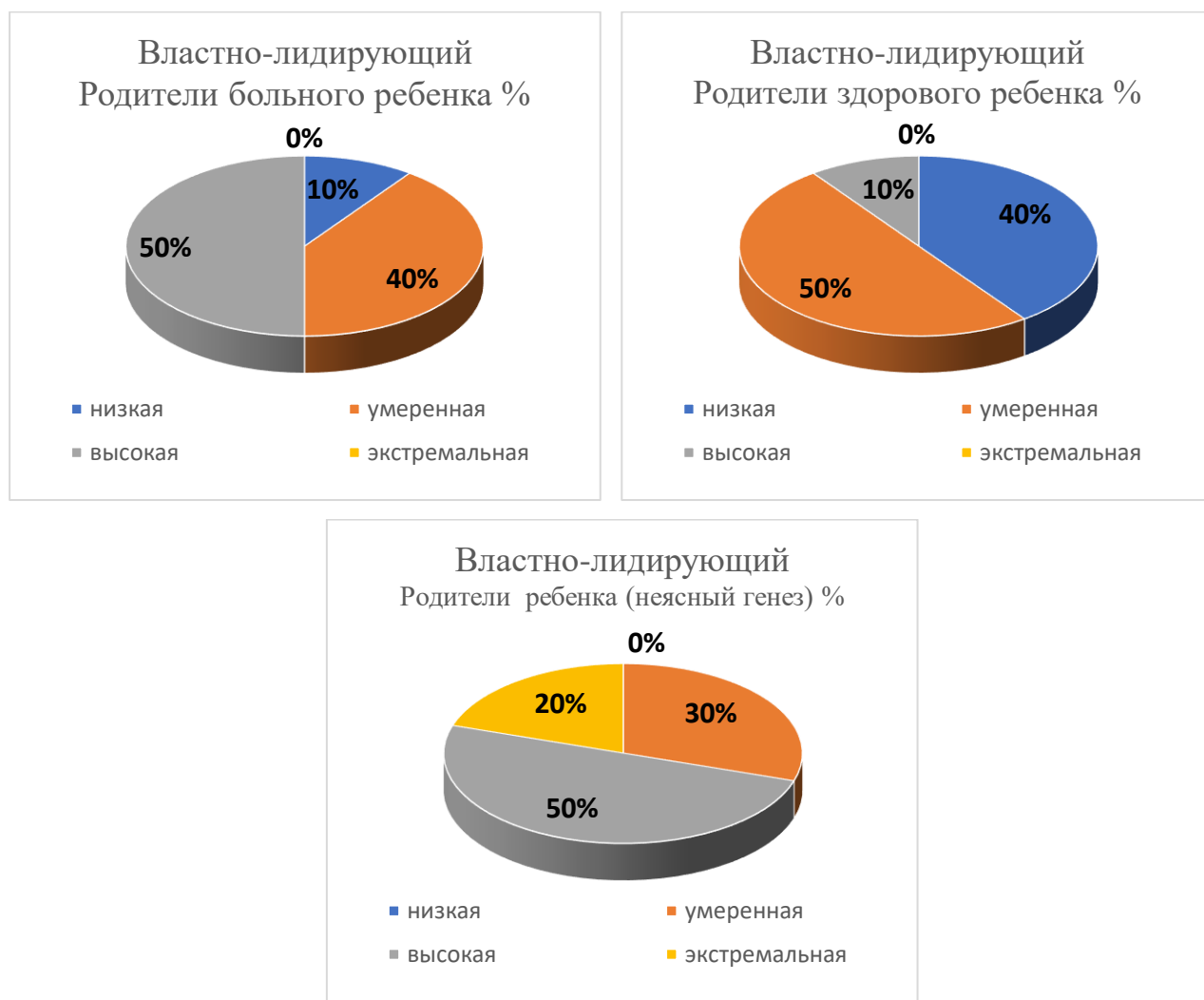


Рисунок 12. Круговые диаграммы сравнения полученных данных родителей здорового ребенка, родителей больного ребенка, родителей детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен) в процентных значениях по параметру «Властный-лидирующий» методики Т. Лири.

Высокий уровень «Властно-лидирующего» показателя наблюдается у 50% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного и неясного генеза, также у 20% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, мы констатируем экстремальные показатели. «Властный-лидирующий» тип межличностных отношений говорит о том, что

женщины, как правило, привыкли лидировать как в отношениях с супругом, так же в других ситуациях взаимодействия с социумом. Они предъявляют активную властную позицию, и она распространяется не только на отношения с близким окружением, с супругом, с матерью, но также и во взаимодействии с медицинским персоналом. Женщины настойчивы в исследованиях, которые необходимо проводить для диагностики ситуации заболевания с ребенком, подбору методов лечения и способов его коррекции. Экстремальные показатели в 20% случаев свидетельствуют о наличии сверхконтроля над ситуацией заболевания, что осложняет взаимодействия с окружающими.

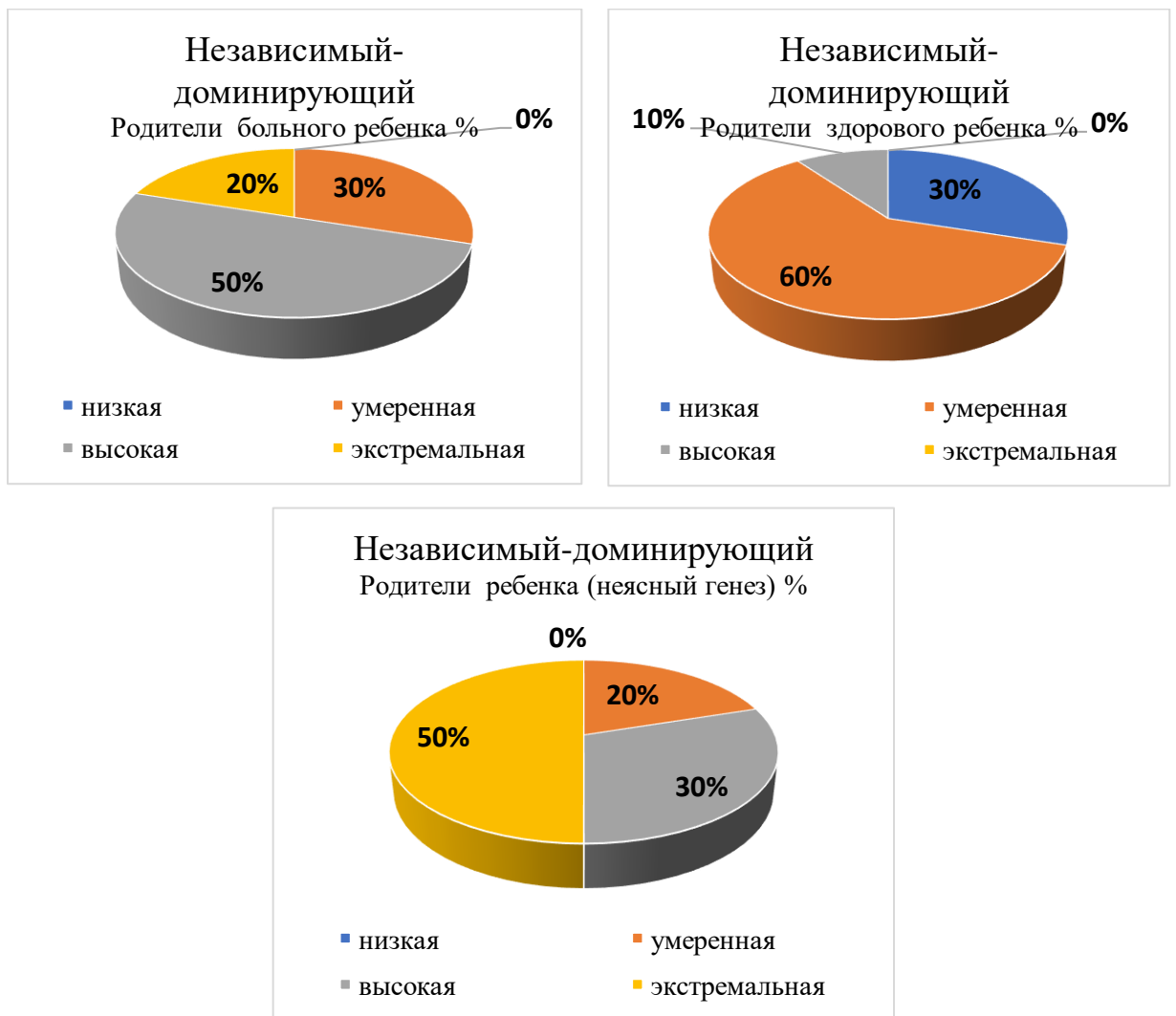


Рисунок 13. Круговые диаграммы сравнения полученных данных родителей здорового ребенка, родителей больного ребенка, родителей детей с

психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен) в процентных значениях по параметру «Независимо-доминирующий» методики Т. Лири.

Данная позиция подтверждается также «независимый-доминирующий» показателем у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, присутствует экстремально высокие 50%. Им важно доминировать, как в отношениях к супругам, так и в отношениях с ребенком. Они редко прислушиваются к потребностям, которые декларирует ребенок. В связи с знанием полученными из интернета, «материнских чатов» они проявляют полную независимость и уверены в том, что лучше знают, как нужно заботится о своем ребенке. Как правило, эта независимость проявляется в том, что лишь они ухаживают за ребенком, а не оставляют его с близкими родственниками, стремятся полностью доминировать и не прислушиваться к тому, что говорят окружающие.



Рисунок 14. Круговые диаграммы сравнения полученных данных родителей здорового ребенка, родителей больного ребенка, родителей детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен) в процентных значениях по параметру «Покорный-застенчивый» методики Т. Лири.

Несогласование с предыдущими показателями межличностных отношений такого показателя, как «покорный-застенчивый». Мы связываем с тем, что покорность и застенчивость, а также склонность к самоуничтожению, приписывание себе вины, пассивность, стремление найти опору в более сильном, связано с наличием у ребенка заболевания неясного генеза. Женщины склонны винить себя в возникновении этого заболевания в связи с тем, что возможно не выполнили рекомендации врачей в период беременности и родов, присутствуют наследственные заболевания. Она осуждает себя, что не берегла свое здоровье до определенного возраста до беременности или не запланировала беременность. В этом заключается наличие покорно-застенчивого типа, то есть это слабовольность, связана с фактом появления у ребенка психосоматического заболевания. Также у 30% женщин с ясным генезом присутствует проявление покорно-застенчивого типа и опять же это согласуется с тем, что женщины склонны винить себя, что они являются источником возникновения заболевания у ребенка.

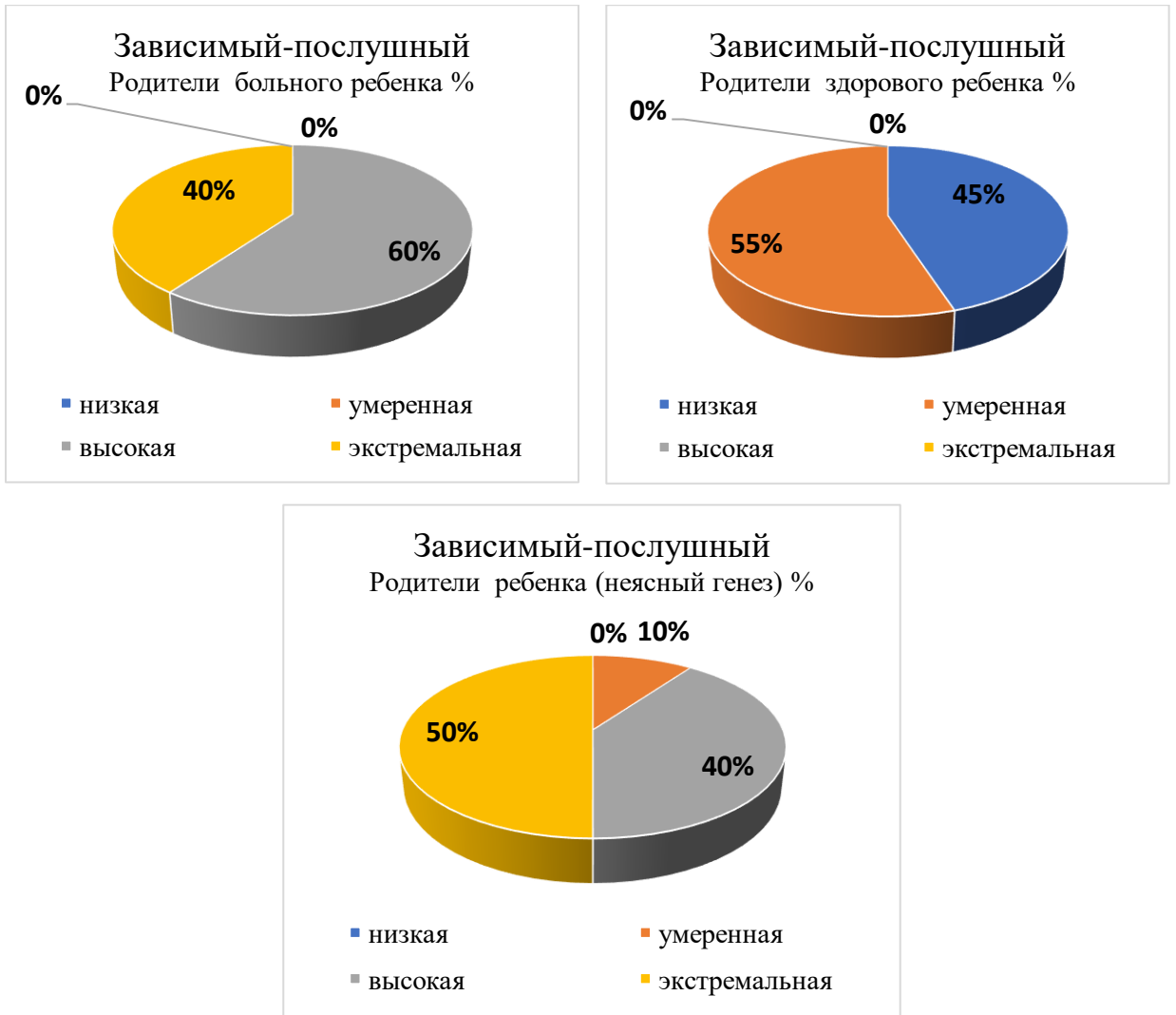


Рисунок 15. Круговые диаграммы сравнения полученных данных родителей здорового ребенка, родителей больного ребенка, родителей детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен) в процентных значениях по параметру «Зависимый-послушный» методики Т. Лири.

У 40 % женщин, дети, которых имеют заболевание ясного генеза, присутствует «зависимый-послушный» показатель экстремального значения и у 50 % в группе женщин, дети которых болеют заболеванием неясного генеза. Это характеризует данных женщин тем, что они имеют навязчивые страхи, опасения, тревожатся по поводу наличия заболеванием. Излишняя социальная активность, которую они проявляют, возможно, в интернете и во взаимодействии с мамочками, подтверждает их опасения и гипертрофируется по любому поводу. Поэтому часто возникает зависимость от мнения других. Женщины склонным

прислушиваться к советам, склонны посещать разные специальности врачей для того, чтобы справиться с наличием заболеванием у ребенка. Как правило, зависимость от чужого мнения формируют у них сверхкомфортность, которая проявляется во взаимодействии с окружающими. Данная тенденция отсутствует в группе женщин здоровых детей так, как они не столько склонно прислушиваться к мнению окружающих, при этом готовы принимать помощь и советы относительно ухода за ребенком, а также проявляют мягкость в межличностных отношениях.

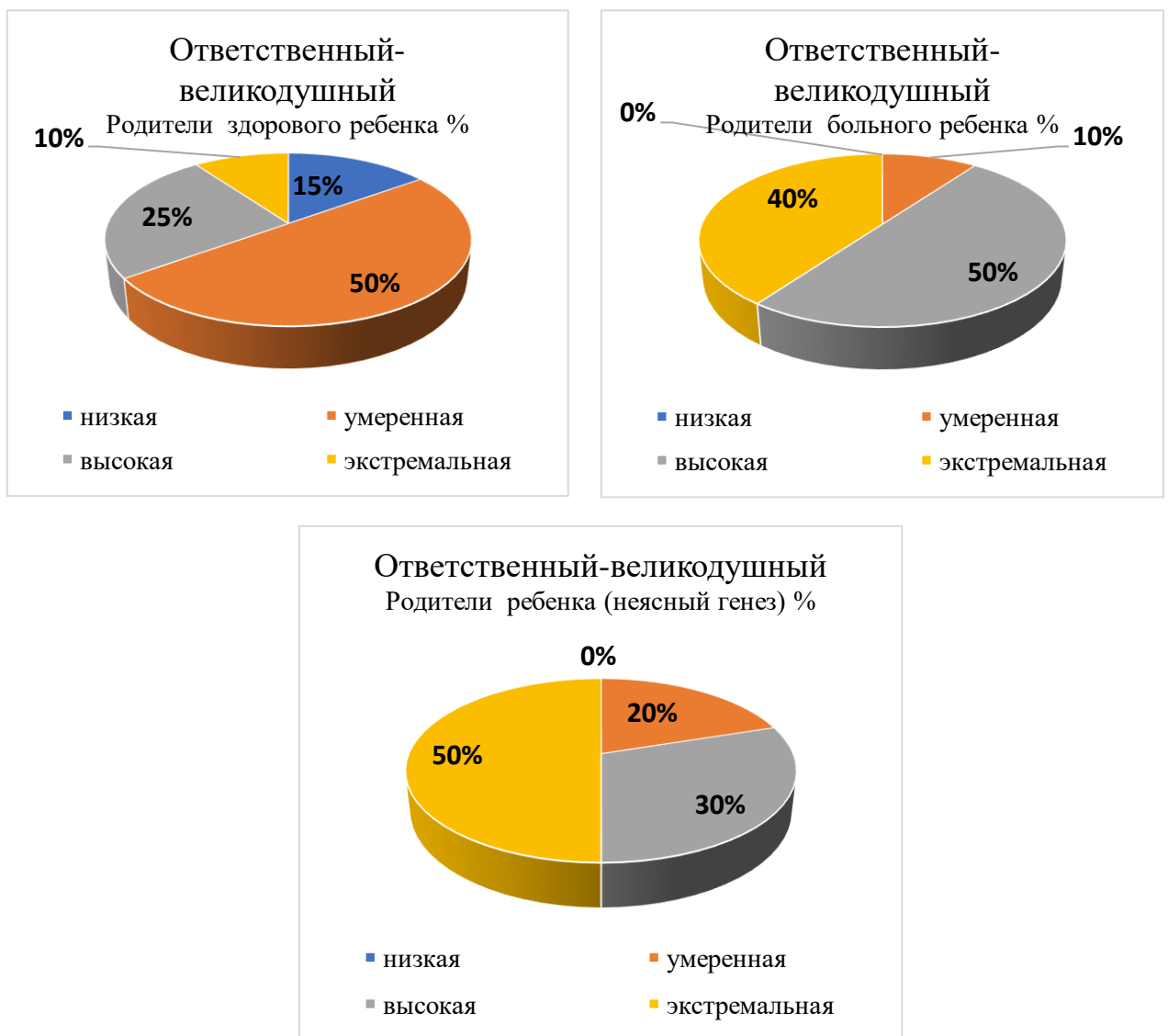


Рисунок 16. Круговые диаграммы сравнения полученных данных родителей здорового ребенка, родителей больного ребенка, родителей детей с

психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен) в процентных значениях по параметру «Ответственный-великодушный» методики Т. Лири.

Характеризуя, «Ответственный-великодушный» или альтруистической тип отношения к окружающим мы так же наблюдаем у женщин, дети которых болеют заболеванием неясного генеза, в 50% случаев экстремальный показатель. Это говорит о том, что они гиперответственные, но при этом слишком активны по отношению к окружающим и готовы брать на себя ответственность за других. Как правило, стремятся к излишней деятельности, которая связана со взаимодействием с окружающими, при этом присутствует склонность к идеализации межличностных отношений. То есть характеризуя себя и представляя себя в роли матери, они предъявляют к себе идеальные требования, им нужно быть идеальным во всем и наличие психосоматического заболевания у ребенка, как правило, подрывает этот авторитет по отношению к идеальности и заостряет их альтруистические тенденции.

Для исследования взглядов на некоторые семейные проблемы мы использовали опросник «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна.

Таблица 6. Сравнительный анализ в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным опросника «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Неконструктивные установки на брак	0,000	43,100	60,300	73,900	16,163	10,954	10,928
Депрессия	0,001	34,250	57,400	66,300	12,216	11,558	7,242
Протективные механизмы	0,002	62,450	50,500	44,700	10,425	9,846	12,702
Дефензивные механизмы	0,000	74,000	57,400	46,400	11,078	11,207	13,841
Агрессия	0,024	39,950	52,100	62,000	8,152	6,297	7,180
Соматизация тревоги	0,031	41,750	54,400	64,700	6,389	6,586	7,196
Фиксация на психотравме	0,000	41,000	53,600	65,000	9,926	12,473	8,485

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметрам «неконструктивные установки на брак» (p-level=0,000), «депрессия» (p-level=0,000), «протективные механизмы» (p-level=0,002), «дефензивные механизмы» (p-level=0,000) и «фиксация на психотравме» (p-level=0,000) в экспериментальных и контрольной группах.

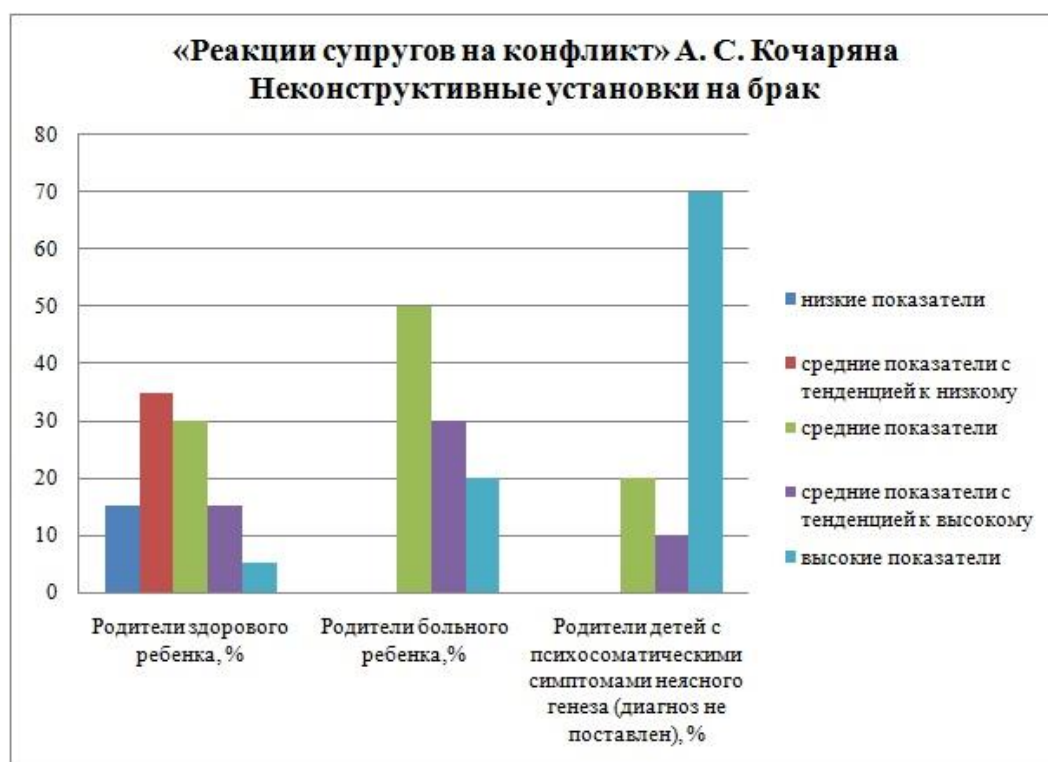


Рисунок 17. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Неконструктивные установки на брак».

Интерпретируя результат, мы отмечаем, что у 70% женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза, присутствует высокие неконструктивные установки на брак. Первая беременность, является стрессовой как для женщины, так и для мужчины, факт рождения ребенка, является ситуацией проверяющей личностные ресурсы и особенности взаимодействия в семье. Рождение ребенка с психосоматическим заболеванием, особенно неясного генеза, как правило, дезинтегрирует семейную структуру, у супругов обостряется конфликтные отношения, возникают обиды по отношению друг к другу, что накладывает отпечаток на характер взаимоотношения, наличие заболевания у ребенка, подрывает авторитет друг друга и нарушает взаимодействие в семье по конфликтному типу.

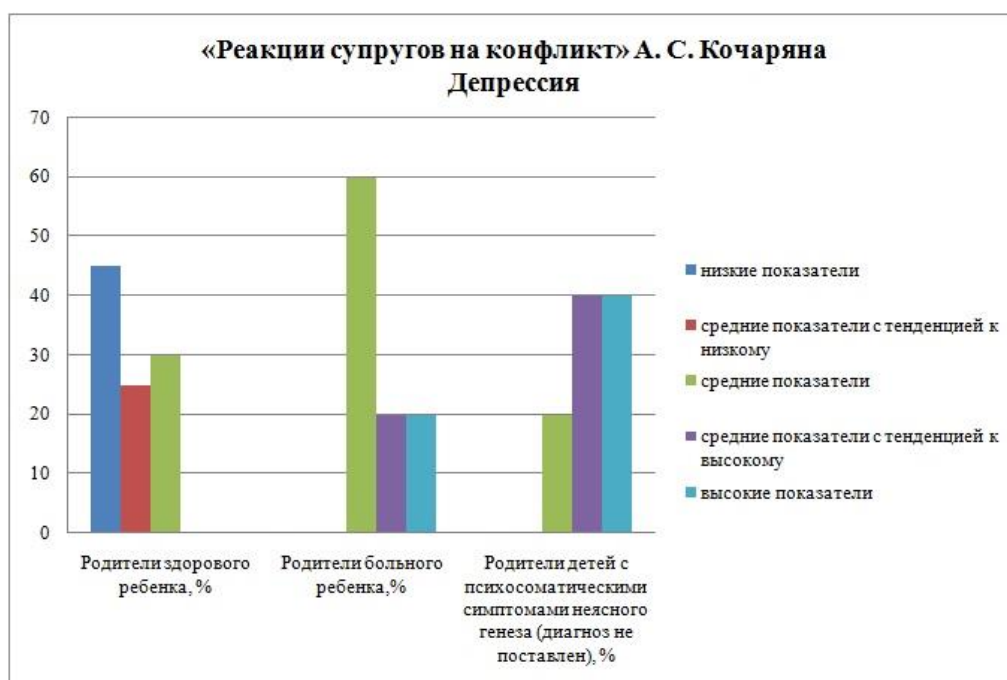


Рисунок 18. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Депрессия».

Присутствие симптомов депрессии у супруги отражается на взаимоотношениях и реакциях супругов на конфликт по депрессивному типу (у женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза, это 30% высокие показатели и с тенденцией к высоким у 40% женщин). Это подтверждается нашими показателями по шкале депрессии Бека, у женщин данной группы также присутствуют высокие показатели. В конфликтной ситуации снижаются интересы, а иногда возникает безразличие по отношению друг к другу у супругов. Также присутствует слабость реакции по отношению друг к другу, супруг становится не настолько значим, как прежде, а характер конфликта носит аффективную заряженность, после которого, как правило, наступает апатия и снижение интереса ко всему, в частности, к взаимоотношениям с супругом. Как правило, ухудшается характер сексуальных отношений, уходит из отношений прежняя привлекательность, заинтересованность, желание угодить супругу и все это откладывается отпечатком на характере взаимоотношений.

Характеризуя протективные механизмы у 30% женщин в конфликтной ситуации, дети которых не болеют психосоматическими заболеваниями

наблюдаются высокие показатели. Им свойственна высокая выраженность в сложных жизненных ситуациях прибегать к рациональным механизмам психологической защиты, присутствует возможности выработать в себе ресурсы совладания с конфликтными ситуациями, находясь во взрослой позиции.

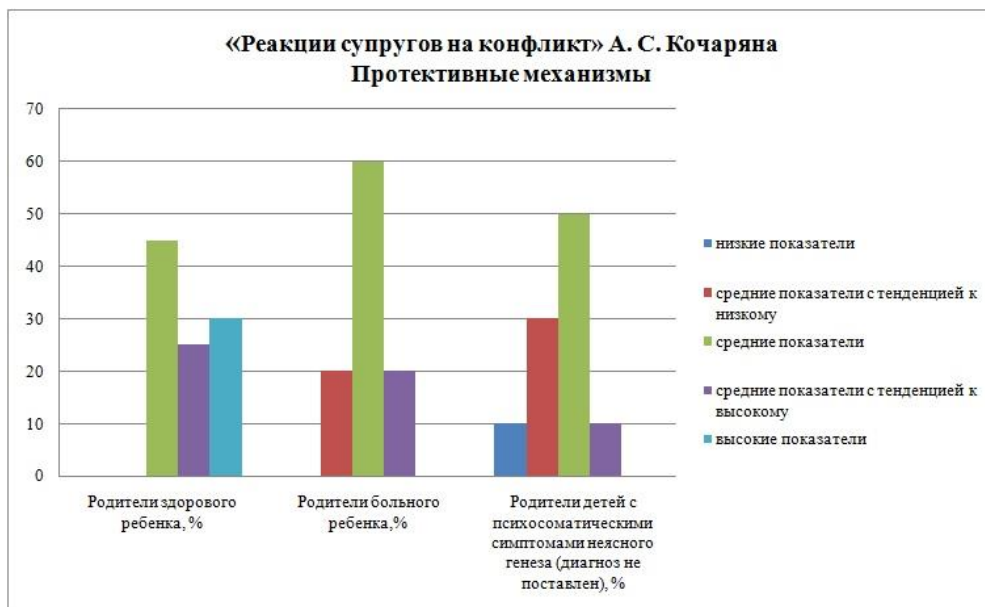


Рисунок 19. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Протективные механизмы».

В конфликтных ситуациях у 60% женщин у детей, которые наличествует психосоматическое заболевание ясного генеза и у 50%, наблюдаются средние показатели по параметру «Протективные механизмы». У женщин с заболеванием, дети которых болеют с неясным генезом, отсутствуют высокие показатели, как правило, преобладают средние показатели у 50% женщин и показатели с тенденцией к низким. Как правило, здоровые женщины допускают наличие механизмов психологической защиты и возможности выработать в себе ресурсы, чтобы в дальнейшем справиться с какими-то сложными заболеваниями, то женщины с наличием психосоматического заболевания, не допускают у себя наличие механизмов вытеснения, отрицание затруднений или же регрессия. Они, наоборот, находятся во взрослой позиции и вырабатывают все те стратегии, которые необходимы для того, чтобы совладать с этой ситуацией. Эти стратегии связаны с наличием сверхконтролем над ситуацией, связанные с проекцией, как механизмом психологической защиты с целью переложить ответственность за

свои эмоции на саму ситуацию заболевания, а так же сверхконтроль проекции, и применение интеллектуализации форм или же реактивного образования, форме поиска объяснения данной ситуации или же отреагирование на неё.

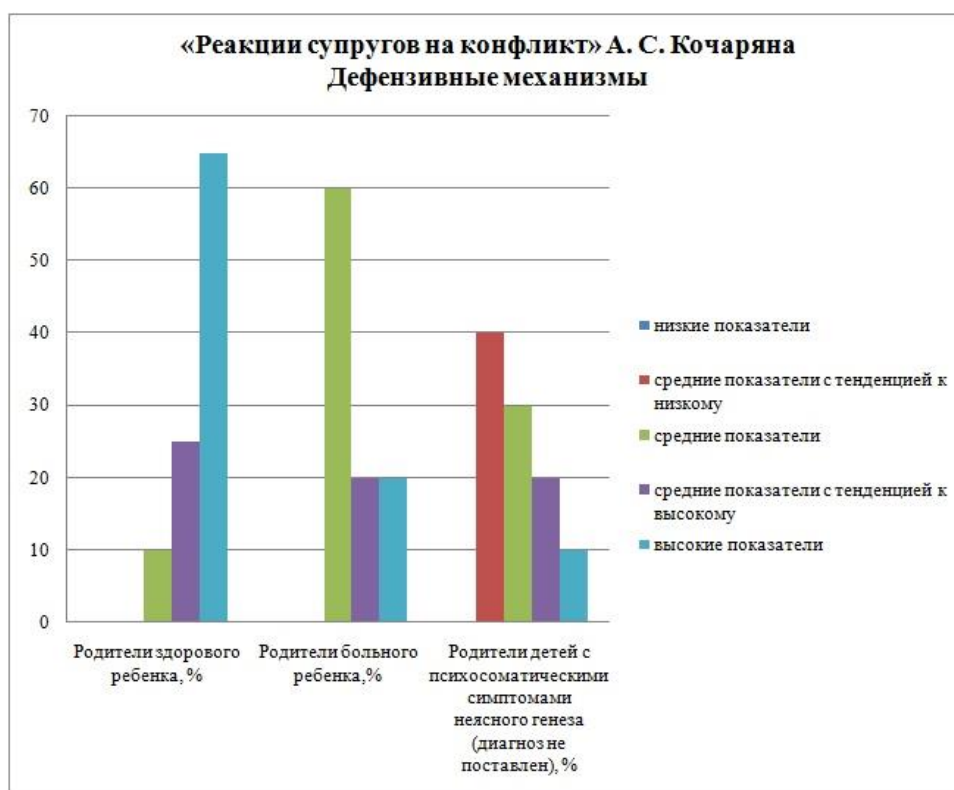


Рисунок 20. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Дефензивные механизмы».

Характеризуя параметр «Дефензивные механизмы» у 65% женщин со здоровыми детьми преобладают низкие показатели. У 60% женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием с ясным генезом, преобладают средние показатели. У женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием с неясным генезом, преобладают показатели с тенденцией к низким в 40% случаев, и лишь у 10% встречаются высокие показатели. Женщины у которых дети не болею психосоматическим заболеванием как правило, справляются с ситуацией конфликта во взаимоотношениях с супругом с помощью рационализации, интеллектуализации или возможности для изоляции, то есть у них есть возможность объяснить себе и партнеру источник возникновения проблем, а также выработать совместную стратегию для того, чтобы справиться, в отличие от женщин, у которых дети имеют заболевание неясного генеза. Наличие

психосоматического заболевания или же другие конфликтные ситуации, возникающие во взаимоотношениях с супругом, как правило, не интерпретируются с точки зрения рационализации или интеллектуализации. Женщина готова прибегать к более ярким аффективным реакциям таким, как реактивное образование или же компенсация. Во взаимоотношениях с супругом отсутствуют компромиссы, женщины, либо перекладывает ответственность на себя на конфликт, но чаще всего перекладывает ситуацию конфликта на супруга. Поэтому и декларирует низкий показатель по этому параметру.

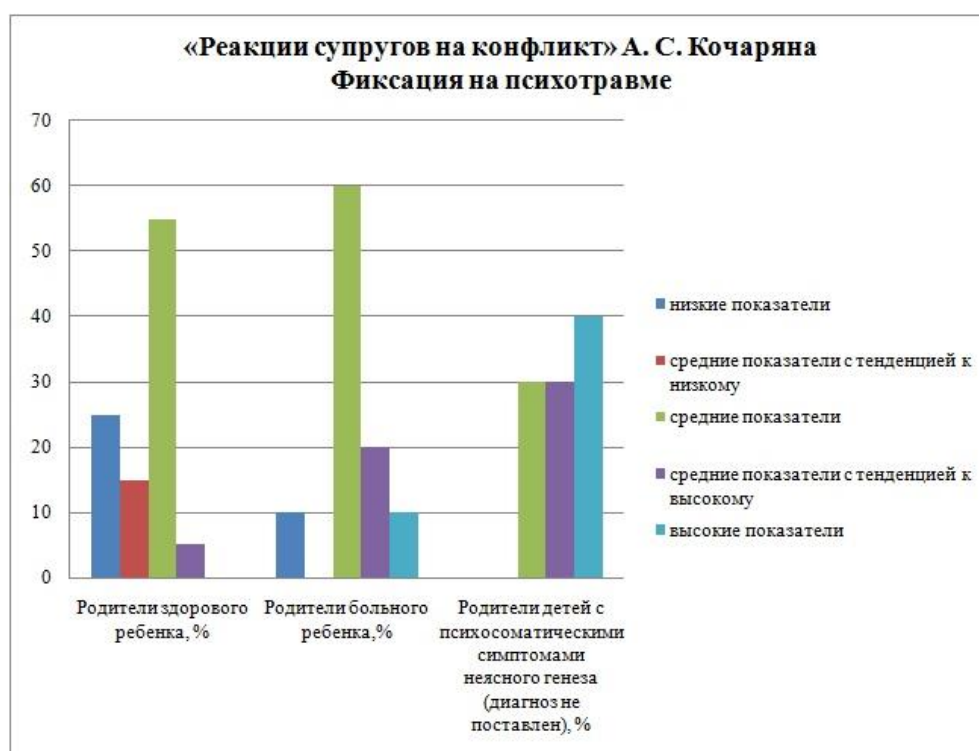


Рисунок 21. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Фиксация на психотравме».

По параметру «Фиксация на психотравме» для здоровых женщин и женщин дети, которые болеют психосоматическим заболеванием ясного генеза, характерны средние показатели в 55% случаев и 60% (соответственно). Это свидетельствует о том, что, женщины не всегда застревают на ситуации аффекта. При конфликтной ситуации, способны конструктивно обсудить сложившуюся ситуацию, выработать совместную супругам тактику поведения в этой ситуации и могут контролировать проявление своих негативных эмоций.

40% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевания неясного генеза, как правило, застревают на аффекте. Психотравмирующая ситуация связана как во взаимоотношениях супругов, также и сам факт наличия, возможно, психосоматического заболевания у ребенка заставляет их полностью погрузиться в собственные переживания, чаще всего отрицательные. Склонны обвинять супруга или же окружающую действительность в возникновении заболевания у ребенка. Проецировать на него негативные эмоции, что приводит к дальнейшим конфликтам и обострению внутрисемейных отношений.

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по параметрам «агрессия» ($p\text{-level}=0,024$) и «соматизация тревоги» ($p\text{-level}=0,031$) в экспериментальных и контрольной группах.

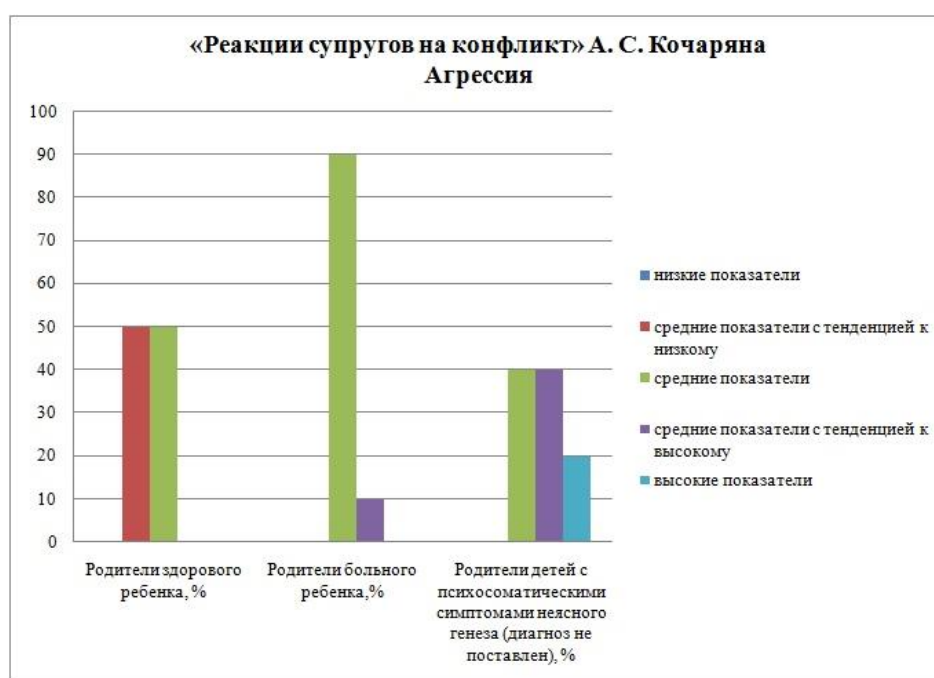


Рисунок 22. Гистограмма долевого распределения «агрессия».

По шкале «агрессия» у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание с неясным генезом, показатели распределились следующим образом: 40% средний показатель, 40% средний показатель с тенденцией к высокому и 20% высокий показатель. Данные показатели свидетельствуют о том, что супруги в конфликтных ситуациях проявляют физическую, вербальную и косвенную

агрессию. Это связано с тем, что супруги находятся в тяжелой эмоциональной ситуации из-за психосоматического здоровья ребенка, которая в свою очередь в конфликте вызывает агрессию. Средний показатель и средний показатель с тенденцией к высокому говорит о том, что конфликтная ситуация в большинстве случаев переходит на положительное разрешение. В 20% же процентах агрессия мешает продуктивному взаимодействию.

Средний показатель агрессии у 90% женщин, у которых дети с психосоматическим заболеванием с ясным генезом, и у 10% средние показатели с тенденцией к высокому. Данные результаты характеризуют взаимоотношения супругов в конфликте с проявлением агрессии, таким образом, что они имеют возможность контролировать взаимодействия в ситуации. Не смотря на наличие отрицательных эмоций по отношению к друг другу и ситуации в целом присутствует стремление к мирному урегулированию и конструктивному разрешению.

В группе женщин со здоровыми детьми наблюдаем 50% средний показатель с тенденцией к низкому и 50% средний показатель. Данный показатель свидетельствует о том, что в семье со здоровыми детьми агрессия выражается меньше, чем в других группах.



Рисунок 23. Гистограмма долевого распределения «соматизация тревоги».

По шкале «соматизация тревоги» у женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, 10% средний показатель, 60% средний показатель с тенденцией к высокому и 30% высокий показатель. Из этого следует, что данная группа имеет высокую склонность к соматизации тревоги. Женщин беспокоит головная боль, сердце, желудок и общая озадаченность здоровьем. Это связано с общим напряжением в семье, проблемы со здоровьем ребенка напрямую влияют на взаимодействие супругов, появляются конфликты. Переживания, стрессы, тревога сказываются на общем соматическом состоянии супругов.

У женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза, 60% средний показатель и 40% средний показатель с тенденцией к высокому. Данные показатели свидетельствуют о том, что вероятность соматизации тревоги средняя. У женщин со здоровыми детьми 30% средние показатели с тенденцией к низкому и 70% средний показатель. Здесь мы наблюдаем низкий уровень соматизации тревоги. Это связано с хорошими взаимоотношениями супругов, с низким уровнем тревоги, стрессов.

Для исследования семейных ценностей и желаемого распределения ролей между мужем и женой при реализации семейных функций мы использовали методику «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волкова.

Таблица 7. Сравнительный анализ в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волкова.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Интимно- сексуальная	0,026	6,600	3,700	2,800	1,635	1,766	1,316
Личностная идентификация с супругом	0,000	6,500	5,100	3,500	1,820	1,197	1,178
Хозяйственно- бытовая	0,000	13,400	7,900	5,400	3,393	1,911	2,065
Родительско- воспитательная	0,022	13,500	7,400	4,800	3,300	2,011	1,549
Социальная активность	0,015	13,000	10,500	9,200	3,111	4,249	2,347
Эмоционально- психотерапевтичес- кая	0,000	13,750	7,100	5,200	2,653	2,378	1,813

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметрам «личностная идентификация с супругом» ($p\text{-level}=0,000$), «хозяйственно-бытовая» ($p\text{-level}=0,000$), «эмоционально-психотерапевтическая» ($p\text{-level}=0,000$) в экспериментальных и контрольной группах.

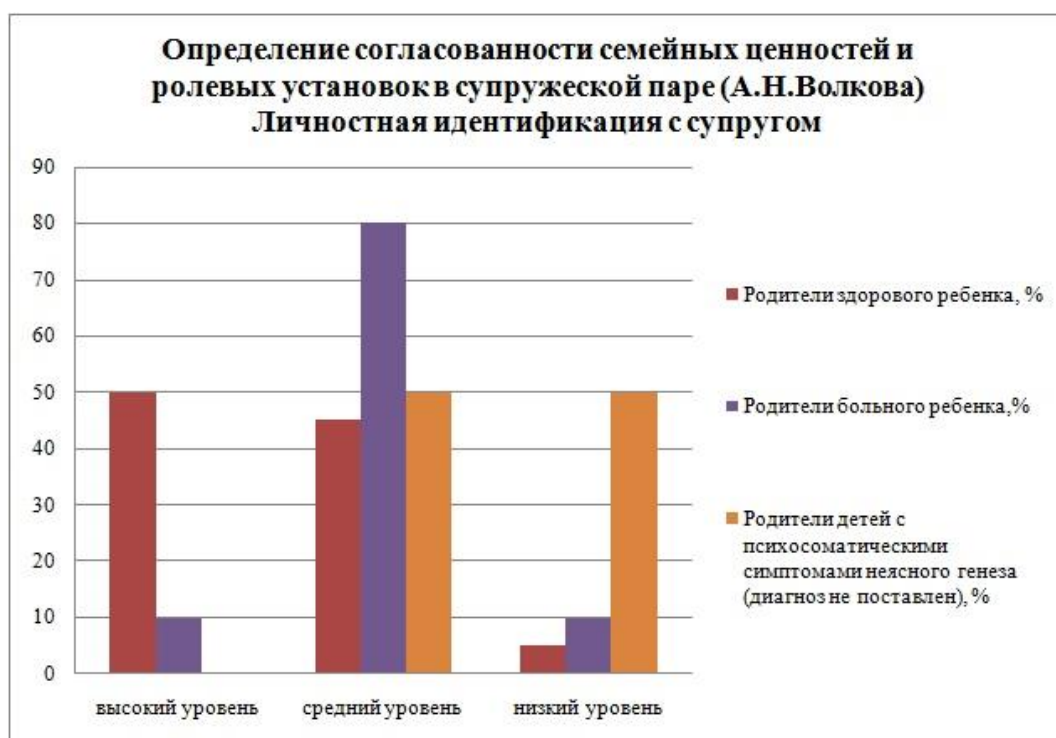


Рисунок 24. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Личностная идентификация с супругом».

Характеризуя параметр «Личностная идентификация с супругом» у женщин со здоровыми детьми в 50% присутствуют высокие показатели. У них преобладает общность интересов, потребности в общности ценностных ориентаций. Они считают себя парой, союзом, у них одинаковые ценностные ориентации на жизнь, одинаковые установки на времяпрепровождение и интересы.

У 50% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза, преобладает низкий уровень личностной идентификации с супругом, что предполагает личностную автономию, то есть они не зависимы, у них свои собственные интересы, досуг связан не со совместным времяпрепровождением. Разные дружеские компании, взгляд на жизнь и ценностные установки. Ориентация на партнерство отсутствует. Брак не воспринимается как союз.

У женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза, личностная идентификация с супругом преобладает на среднем уровне. Это можно интерпретировать таким образом, что женщины признают общность

интересов, ценностных ориентаций. Однако собственные потребности, а также стремление к личностной автономии преобладают над интересами семьи.

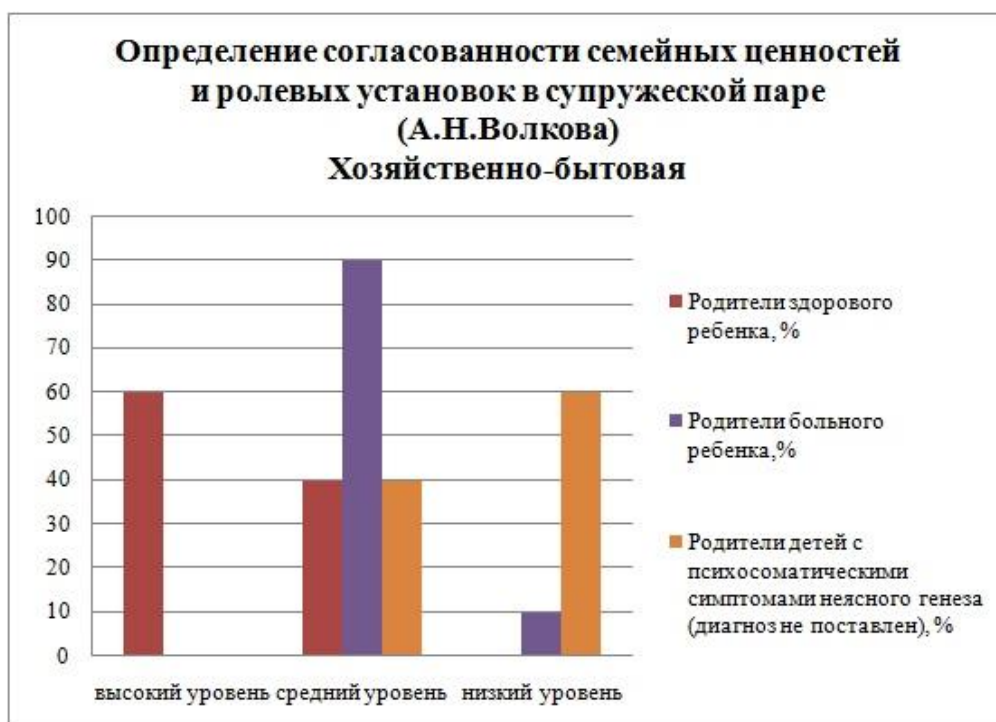


Рисунок 25. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Хозяйственно-бытовая».

В хозяйственно-бытовой сфере у 60% женщин со здоровыми детьми присутствует высокий уровень. Средний уровень преобладает у 90% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза. И низкий уровень у 60% женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза. Низкий уровень по хозяйственно-бытовой шкале у женщин характеризуется тем, что ролевые ожидания рассматриваются ни как степень активного выполнения бытовых вопросов. Нет четкого распределения по ролям и заниженные требования по отношению к супругу в организации быта. Отсутствует установка на собственное активное участие в домашнем хозяйстве, либо женщина не проявляет себя с точки зрения супруги и хозяйки, либо не ожидает от супруга именно доминирование мужской роли и мужской позиции. Отсутствует представление о ролях и функциях что в дальнейшем может приводить к рассогласованию. Женщина во взаимоотношениях с младенцем

может выступать и как со стороны матери, также со стороны отца. Отец не привлекается для совместных прогулок, совместного ухода за младенцем.

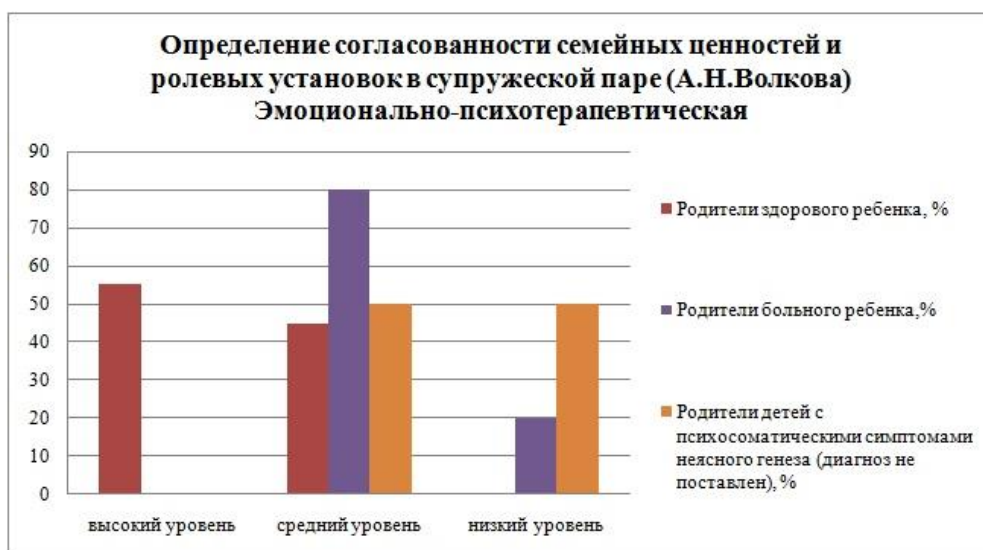


Рисунок 26. Гистограмма сравнение полученных данных в процентных значениях по параметру «Эмоционально-психотерапевтическая».

Значимость эмоционально-психотерапевтической функции брака у женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза, снижена у 50% и у 50% присутствуют средние показатели, в отличие от здоровы, у которых в 55% случаях высокий уровень. Это свидетельствует о том, что женщина не ориентирована на то, что супруг возьмет на себя роль эмоционального лидера в семье. Как правило, она не ожидает от него моральной и эмоциональной поддержки, психотерапевтическая атмосфера не создается в семье. В случае если женщина не получает со стороны супруга эмоциональную и моральную поддержку, а также сама не готова прилагать усилия для гармонизации отношений брак не воспринимается той средой, где присутствует стабилизация, поддержка и гармония. Наличие психосоматического заболевания у ребенка осложняет восприятие союз данных супругов, как среды, где можно отдохнуть. В результате супруг, возможно, будет стремиться отдыхать в компании друзей, а супруга будет психотерапевтическую среду или функцию брака восполнять взаимоотношениям собственной матери или подругами.

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по

параметрам «интимно-сексуальная» ($p\text{-level}=0,025$), «родительско-воспитательная» ($p\text{-level}=0,021$), «социальная активность» ($p\text{-level}=0,015$) в экспериментальных и контрольной группах.

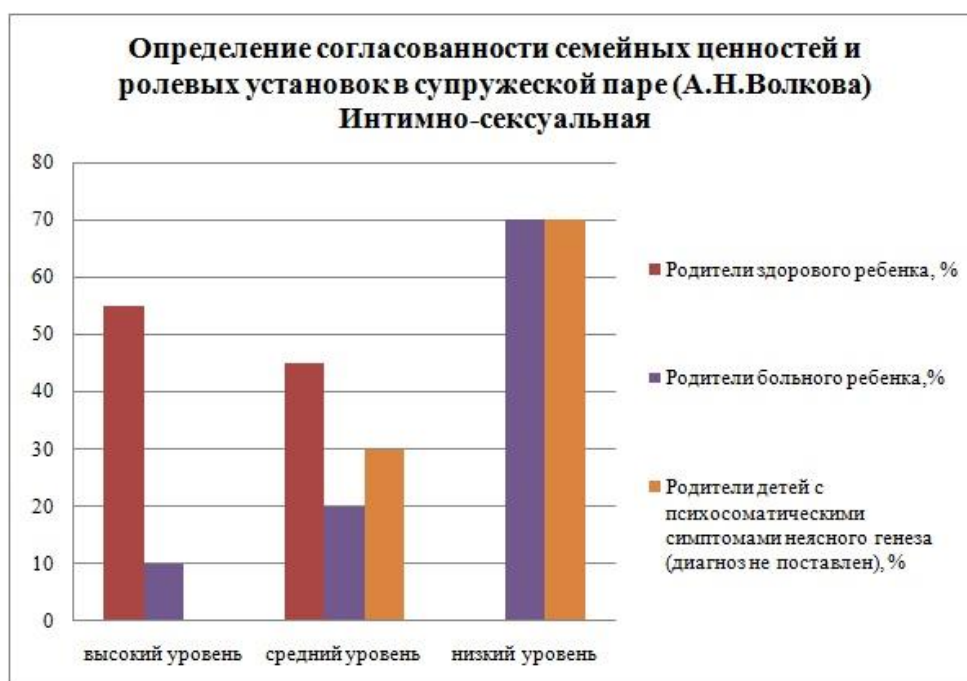


Рисунок 27. Гистограмма долевого распределения шкалы «интимно-сексуальная».

По результатам шкалы «интимно-сексуальная» у женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза и ясного генеза низкий уровень по данной шкале наблюдается у 70%. Данный показатель характеризует недооценку сексуальных отношений в браке. Женщины погружены в переживания за здоровье младенца. Они не могут переключить внимание на супруга, в связи с этим снижается влечение друг к другу.

У женщин со здоровыми детьми 55% высокий уровень и 45% средний уровень. Данные показатели говорят о том, что супруга считает сексуальную гармонию важным условием супружеского счастья. Прежняя увлеченность супругами сохраняется.

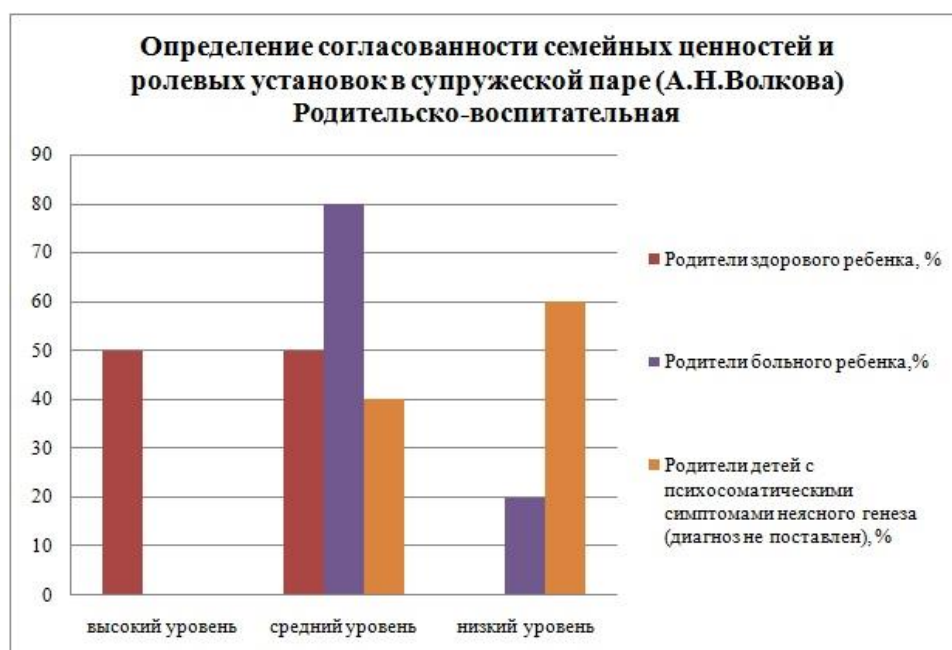


Рисунок 28. Гистограмма долевого распределения «родительско-воспитательная».

По результатам шкалы «родительско-воспитательная» у женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза, 40% средний и 60% низкий уровень. Женщины на данный момент не задумываются о разных аспектах духовного воспитания, всю сосредоточенность вызывает физическое здоровье, большая значимость придается удовлетворению физических потребностей ребенка, нежели особенностям взаимодействия с ребенком и внутри семьи. У женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием ясного генеза, 80% средний уровень и 20% низкий уровень.

У 50% женщин со здоровыми детьми отмечается высокий уровень и в 50% случаев средний уровень. Женщины придают большое значение роли матери. Воспитательная функция семьи заключается в необходимости удовлетворения потребностей детей, в позициях отцовства и материнства, в контактах с детьми, в передаче и знаний и опыта, в возможности родителей «реализоваться» в детях. В свою очередь, эта функция удовлетворяет потребность детей в любви и заботе, в социализации и подготовке подрастающего поколения к жизни в обществе.

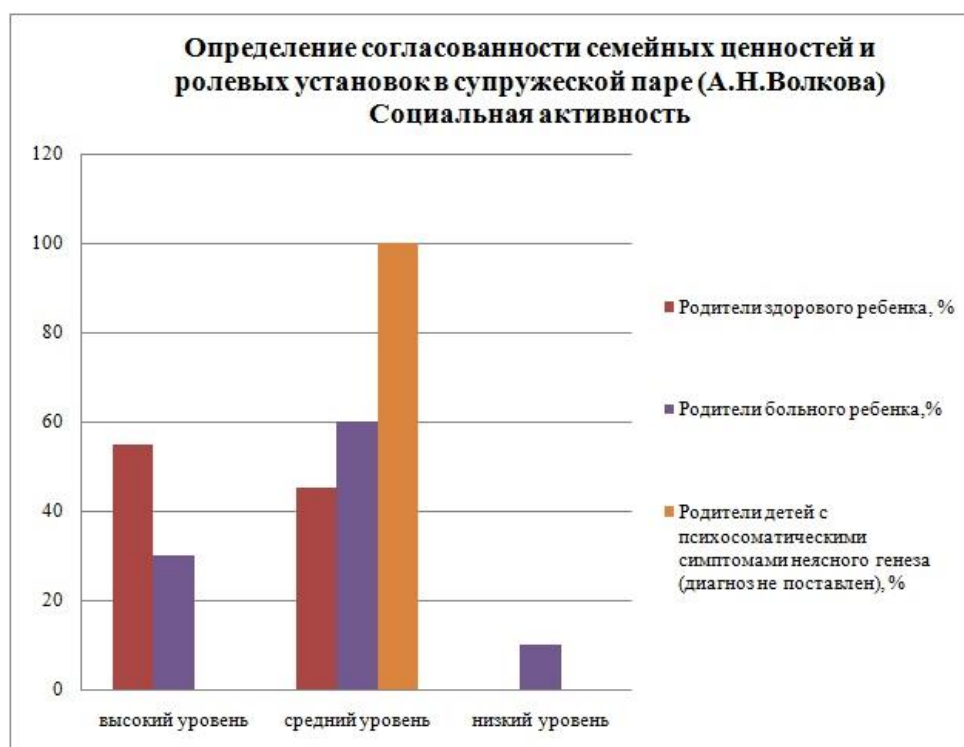


Рисунок 29. Гистограмма долевого распределения «социальная активность».

По результатам шкалы «социальная активность» у женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием неясного генеза, 100% средний уровень. Характеризуется тем, что женщине не принципиально важно, чтобы партнер имел серьезные профессиональные интересы или играл активную общественную роль. Это связано с тем, что женщина хочет, чтобы супруг посвятил больше времени семье, помогал ей. У женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием ясного генеза, 30% высокий уровень, 60% средний уровень и 10% низкий уровень. Здесь наблюдаем, что помимо тревоги за здоровье ребёнка и желания помощи со стороны супруга, присутствует стремление к социальной активности. У женщин со здоровыми детьми 55% высокий уровень и 45% средний уровень. В межличностных отношениях супругов преобладает показатель значимости в несемейных интересах, то есть у каждого из партнеров присутствует профессиональная или общественная занятость, которая интересна именно ему. Это даёт супругам свободы, способность восстановить ресурсы и отдохнувшими, заряженными позитивными эмоциями правильно распределить ролевые установки.

Для исследования состояния человека, который испытывает стресс, применили методику «Шкала психологического стресса RSM-25».

Таблица 8. Сравнительный анализ стрессового состояния в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Шкала психологического стресса RSM-25».

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Шкала психологического стресса	0,014	53,800	112,400	153,400	18,633	8,771	21,303

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по параметру «шкала психологического стресса» ($p\text{-level}=0,014$) в экспериментальных и контрольной группах.

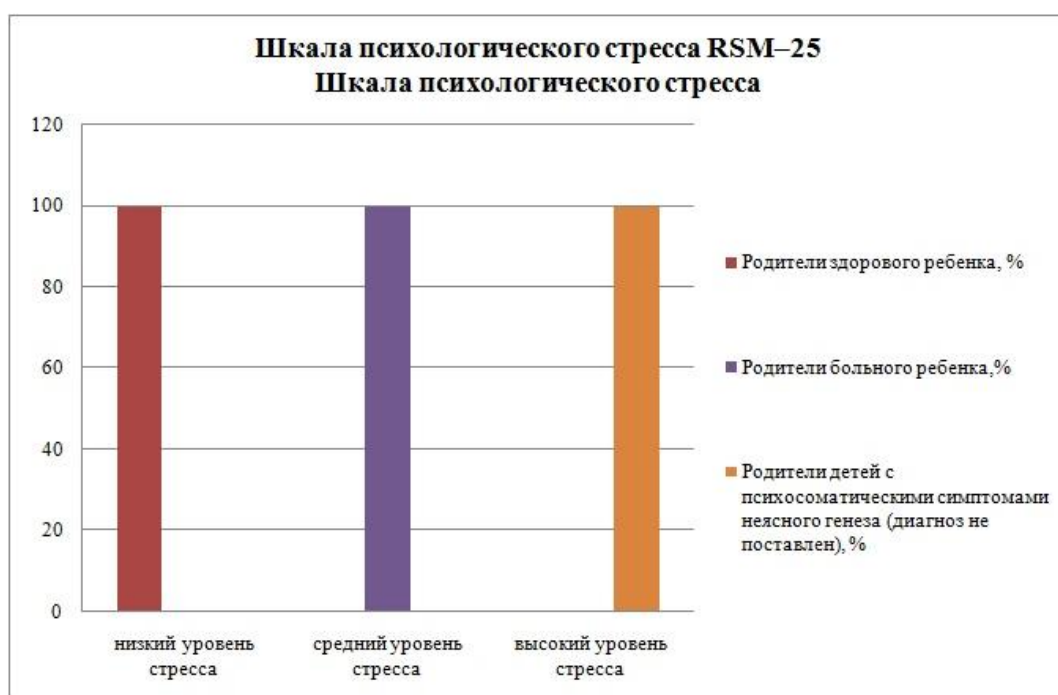


Рисунок 30. Гистограмма долевого распределения «шкала психологического стресса».

При анализе шкалы мы наблюдаем, что у 100% женщин, у которых дети с психосоматическим заболеванием неясного генеза, высокий уровень стресса. Это связано с тем, что женщина находится в постоянном стрессе из-за здоровья ребенка. Она переживает о причине происхождения заболевания, о том, как протекает болезнь и что будет дальше, что свидетельствует о состоянии дезадаптации и постоянном присутствии психического дискомфорта. У 100% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза, имеют средний уровень стресса. В связи с этим матери переживают за состояние ребенка в процессе болезни, но они знают способ борьбы с ней, в отличие от предыдущей группы, этот параметр снижает стресс. Низкий уровень стресса выявлен у 100% женщин со здоровыми детьми. Данный показатель связан с тем, что у женщин тревога и переживание за здоровье ребенка выражены в меньшей степени, следовательно и стресс испытывают меньше.

Для исследования психологического фактора, который будет характеризовать определённый тип личности мы использовали методику «Исследования локуса контроля» Дж. Роттера.

Таблица 9. Сравнительный анализ определенного типа личности в экспериментальных и контрольной группах испытуемых по данным методики «Исследования локуса контроля» Дж. Роттера.

Показатель	p-level	Mean (среднее) Родители здорового ребенка	Mean (среднее) Родители больного ребенка	Mean (среднее) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)	SD (СКО) Родители здорового ребенка	SD (СКО) Родители больного ребенка	SD (СКО) Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен)
Экстернальность	0,033	6,600	13,600	17,400	3,545	2,756	4,742
Интернальность	0,041	16,400	9,400	5,800	3,545	2,756	4,802

В результате проведенного анализа были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по параметрам «экстернальность» ($p\text{-level}=0,033$) и «интернальность» ($p\text{-level}=0,041$) в экспериментальных и контрольной группах.

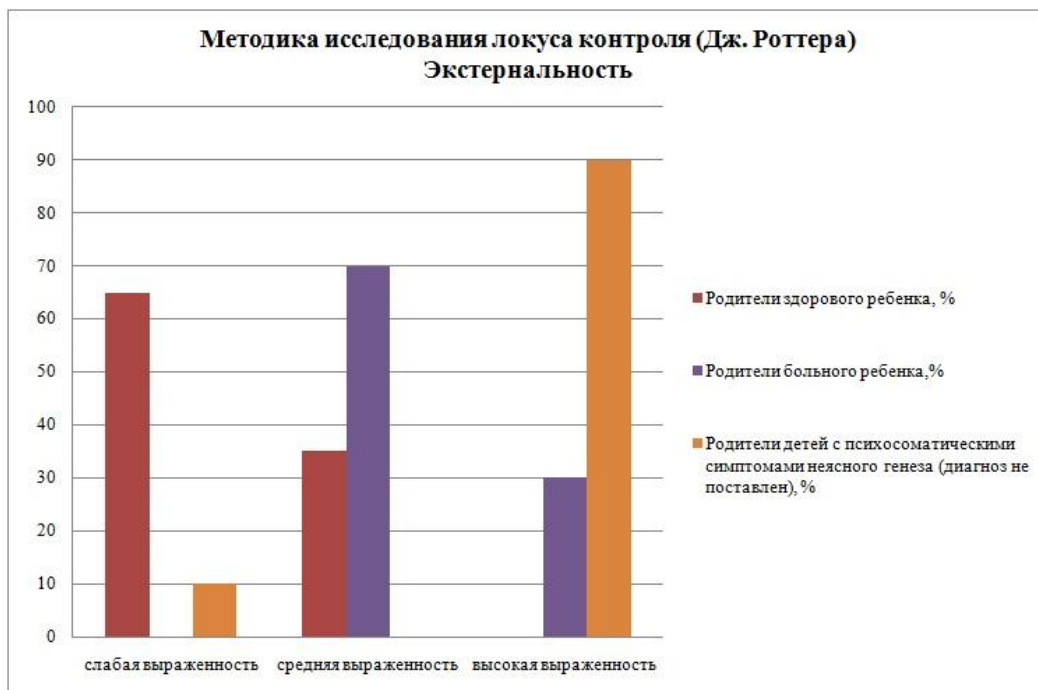


Рисунок 31. Гистограмма долевого распределения «экстернальность».

Высокая выраженность экстернальности характерна для женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза. Это свидетельствует о том, что женщинам свойственно перекладывать ответственность за то, что происходит в их жизни на окружающих, на какие-то

внешние силы. Они не готовы брать на себя ответственность за ситуацию, которая с ними происходит, чувство самостоятельности отсутствует. Они постоянно ищут помощь и поддержку, чтобы эта ситуация разрешилась извне. В отличие от женщин, дети которых здоровы, у 65% низкая выраженность экстернальности. За свои поступки и за всё, что происходит ответственность несут самостоятельно. Готовы справляться и не перекладывать ответственность.

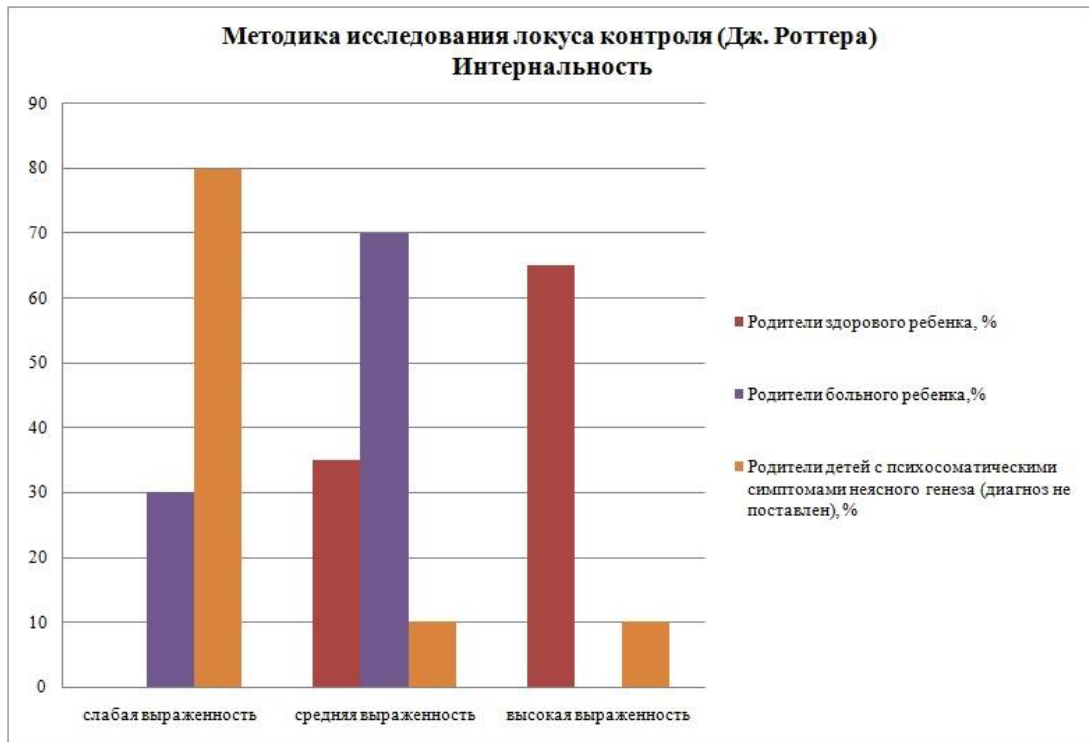


Рисунок 32. Гистограмма долевого распределения «интернальность».

Преобладание высокого уровня интернальности характерно для женщин у детей, которых отсутствует психосоматическое заболевание (65%). Они не склонны приписывать случайным обстоятельствам причины своих неудач, обладают целеустремленностью в разрешении сложных жизненных ситуаций, характерна стрессоустойчивость, основой которой является их глубокая обработка информации ситуации и постановки все возрастающих по своей сложности задач. У 80% женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание неясного генеза наблюдается низкий уровень интернальности. Средняя выраженность исследуемого показателя характерна для женщин, дети которых имеют психосоматическое заболевание ясного генеза (70%).

2.3. Выводы по результатам эмпирического исследования

Нами был проведен теоретико-методологический анализ оснований исследования психосоматического здоровья ребенка, характеристик взаимоотношений в супружеской паре. На основании выводов, полученных в результате анализа, нами была разработана модель, отражающая основные аспекты исследуемой проблемы. В рамках подготовки к проведению экспериментального исследования нами был сформулирован перечень задач, на основании которых выстраивались направления проводимого анализа. По результатам проведенного эмпирического исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Нами было проведено исследование степени конфликтности в супружеской паре, имеющей ребенка младенческого возраста. Полученные результаты, свидетельствуют о том, что в супружеской паре, имеющих ребенка с психосоматическим заболеванием наиболее характерно несоответствие идеальных представлений супругов о семейных ценностях, ролевых установок мужа и жены и их реализацию. Наиболее высокий уровень конфликтности проявляется у супругов в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза. Обозначая значимость для совместной жизни общности интересов, потребностей, взглядов и представлений в большей степени ориентируются на индивидуальный стиль межличностного взаимодействия в семье, что является серьезным конфликтогенным фактором и предпосылкой для возникновения конфликтных ситуаций. Ввиду воздействия фрустрирующих факторов, заменяют решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, они более уязвимы и нуждаются в поддержке.

2. Нами было проведено исследование эмоционального состояния женщин, состоящих в супружеских отношениях и имеющих ребенка младенческого возраста. У женщин, дети которых болеют психосоматическим

заболеванием, присутствует фиксация на факте заболевания ребенка, вызывающая эмоциональную нестабильность с нарастанием тревоги и беспокойства. Заболевание ребенка воспринимают как угрозу к изменению прежней насыщенности жизни, что способствует возникновению чувства беспомощности, будущее представляется суженным, неопределенным, присутствует центрированность на своём стоянии. При наличии у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза ситуация неопределенности воспринимается как кризисная и неразрешимая и сопровождается депрессивными характеристиками с остротой и навязчивостью эмоциональных переживаний, угнетенностью, требовательностью, прямолинейностью.

3. Особенности супружеских взаимоотношений влияют на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста. В ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза в семейных отношениях присутствует склонность к избеганию выражения своих эмоций, открытого обсуждения конфликтов; слабая способность менять правила взаимодействия в ситуации изменяющихся обстоятельств, ригидность взаимоотношений. Наличие у ребенка психосоматического заболевания ясного генеза воспринимается семейной системой как предпосылка к сверхвключенности обоих родителей в жизненные проблемы ребенка, что способствует рассогласованию ожиданий и притязаний по отношению друг к другу и приводит к возрастанию конфликтов в семье. Не смотря на наличие отрицательных эмоций по отношению друг к другу и ситуации в целом присутствует стремление к мирному урегулированию и конструктивному разрешению.

4. По результатам проведённого исследования мы разработали программу клинико-психологического сопровождения женщин, имеющих, у ребенка психосоматическое заболевание не ясного генеза. Основными мишенями воздействия в программе является саморегуляция, психологические ресурсы женщин и эмоциональное отношение матерей к болезни ребенка.

Глава III. Психологическое сопровождение женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза

Разработка программы психологического сопровождения женщин, имеющих детей с психосоматическими заболеваниями неясного генеза обусловлена необходимостью оказания психологической помощи и поддержки, как женщинам, так и всей семье в целом. По результатам проведенного нами эмпирического исследования мы установили взаимосвязь между особенностями взаимоотношений супругов и наличием у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза.

Ранний детский возраст является одним из периодов накопления протективных факторов и факторов уязвимости психосоматического здоровья. Характер взаимоотношений между супругами оказывает влияние на формирование других взаимоотношений в семье, в том числе на установление контакта ребенка с родителями как в рамках первичной диады, так и в рамках функциональной триады. Эмоциональное состояние матери находится во взаимосвязи с характером супружеских взаимоотношений и сказывается на состоянии здоровья ребенка.

В младенческом возрасте довольно часто встречаются психосоматические расстройства, поскольку в данном возрастном периоде реакция на стрессовые события осуществляется на уровне органов и систем тела. Наблюдается неполная сформированность механизмов личности, способных ответить на стрессы психопатологическими симптомами.

В младенческом возрасте в качестве психосоматических расстройств выделяются метеоризм, колики, срыгивания, жвачка, остановка развития, яктация, функциональный мегаколон, анорексия в грудном возрасте, ожирение, нейродермиты, приступы нарушений дыхания, ранняя бронхиальная астма, спастический плач, различные нарушения сна.

Следует обратить внимание на отношение каждого из супругов на заболевание ребенка и как они при этом взаимодействуют между собой. Это позволит лучше разобраться в возникновении болезни так, как проявление

психосоматического заболевания у ребенка является реакцией на эмоциональное состояние родителей, особенно матери.

Анализируя информацию, полученную анамнестическими, клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами, клинический психолог формирует представление об эмоциональной сфере женщины.

Концептуальной основой программы является идея восстановления адаптационного потенциала матери, у которой ребенок болеет психосоматическим заболеванием неясного генеза, путем выработки способов саморегуляции, посредством осознания и актуализации психологических ресурсов женщин, а также оптимизации эмоционального отношения матерей к болезни ребенка.

Первые несколько занятий направлены на создание доверительной атмосферы между участниками группы, а так же на выработку основных навыков взаимодействия с супругом, с социумом и с собственным внутренним миром. Последующие встречи посвящены углублению и совершенствованию ранее приобретенных навыков, а так же коррекции и восстановлению адаптационного потенциала каждого из участников.

Цель программы: является создание условий для оптимизации психологического состояния женщин имеющих детей с психосоматическим заболеванием неясного генеза.

Задачи программы:

1. Развитие способности к пониманию собственных переживаний. Обучение участников адекватному способу выражения своих чувств; снижение эмоционального напряжения и тревоги.
2. Осознания и актуализации психологических ресурсов женщин.
3. Оптимизация эмоционального отношения матерей к болезни ребенка.
4. Выработка эффективных способов конструктивного взаимодействия с супругом и с социумом; нормализация семейных взаимоотношений между супругами.

Основные блоки программы:

1. Диагностический
 2. Установочный
 3. Коррекционный
1. Диагностический блок

Цель: выявить психологические особенности женщин и определить мишени воздействия в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза.

Методы:

- наблюдение за действиями участников во время диагностической беседы (сбора анамнеза);
- беседы с участниками об их собственных переживаниях;
- беседы с участниками об их отношении к заболеванию ребенка;
- беседы с участниками об их собственном поведении в домашних условиях, об особенностях взаимодействия с супругом.

2. Установочный блок

Цель: создать установку у участников на активный психокоррекционный процесс и активировать мотивационные механизмы.

Методы:

- обсуждение основных направлений работы в группе участников;
- индивидуальные беседы с участниками группы с целью определения запроса коррекции;
- индивидуальные беседы с участниками группы с целью создания установок на активный психокоррекционный процесс;
- индивидуальные беседы с участниками группы с целью активации мотивационных механизмов направленных на психокоррекционный процесс.

3. Коррекционный блок

Цель: поэтапное устранение психологических блоков, осознание и актуализации психологических ресурсов женщин, оптимизация эмоционального отношения матерей к болезни ребенка, оптимизация внутрисемейных отношений.

Методы:

- формирование и повышение групповой сплоченности посредством участия в тренинговой программе;
- использование специальных психотерапевтических методов и приёмов (саморегуляция, релаксация, тренинг и др.);
- изменение отношения женщин к себе, к психосоматическому заболеванию ребенка/взаимоотношениям с супругом.

Программа психологического сопровождения женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза представлена в приложении.

Заключение

Нами был проведен теоретико-методологический анализ оснований исследования психосоматического здоровья ребенка, характеристик взаимоотношений в супружеской паре. На основании выводов, полученных в результате анализа, нами была разработана модель, отражающая основные аспекты исследуемой проблемы. В основе концептуальной модели лежит предположение о влиянии такой характеристики супружеских отношений как степень конфликтности в паре на эмоциональное состояние женщины, что в совокупности сказывается на психосоматическом здоровье ребенка.

В рамках подготовки к проведению экспериментального исследования нами был сформулирован перечень задач, на основании которых выстраивались направления проводимого анализа.

Нами было проведено исследование степени конфликтности в супружеской паре, имеющей ребенка младенческого возраста. Полученные результаты, свидетельствуют о том, что в супружеской паре, имеющих ребенка с психосоматическим заболеванием наиболее характерно несоответствие идеальных представлений супругов о семейных ценностях, ролевых установок мужа и жены и их реализацию. Наиболее высокий уровень конфликтности проявляется у супругов в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза. Обозначая значимость для совместной жизни общности интересов, потребностей, взглядов и представлений в большей степени ориентируются на индивидуальный стиль межличностного взаимодействия в семье, что является серьезным конфликтогенным фактором и предпосылкой для возникновения конфликтных ситуаций. Ввиду воздействия фрустрирующих факторов, заменяют решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, они более уязвимы и нуждаются в поддержке.

Нами было проведено исследование эмоционального состояния женщин, состоящих в супружеских отношениях и имеющих ребенка младенческого возраста. У женщин, дети которых болеют психосоматическим заболеванием,

присутствует фиксация на факте заболевания ребенка, вызывающая эмоциональную нестабильность с нарастанием тревоги и беспокойства. Заболевание ребенка воспринимают как угрозу к изменению прежней насыщенности жизни, что способствует возникновению чувства беспомощности, будущее представляется суженным, неопределенным, присутствует центрированность на своём стоянии. При наличии у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза ситуация неопределенности воспринимается как кризисная и неразрешимая и сопровождается депрессивными характеристиками с остротой и навязчивостью эмоциональных переживаний, угнетенностью, требовательностью, прямолинейностью.

Особенности супружеских взаимоотношений влияют на психосоматическое здоровье ребенка младенческого возраста. В ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза в семейных отношениях присутствует склонность к избеганию выражения своих эмоций, открытого обсуждения конфликтов; слабая способность менять правила взаимодействия в ситуации изменяющихся обстоятельств, ригидность взаимоотношений. Наличие у ребенка психосоматического заболевания ясного генеза воспринимается семейной системой как предпосылка к сверхвключенности обоих родителей в жизненные проблемы ребенка, что способствует рассогласованию ожиданий и притязаний по отношению друг к другу и приводит к возрастанию конфликтов в семье. Не смотря на наличие отрицательных эмоций по отношению друг к другу и ситуации в целом присутствует стремление к мирному урегулированию и конструктивному разрешению.

По результатам проведённого исследования мы разработали программу клинико-психологического сопровождения женщин, имеющих, у ребенка психосоматическое заболевание не ясного генеза. Основными мишенями воздействия в программе является саморегуляция, психологические ресурсы женщин и эмоциональное отношение матерей к болезни ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо, А. Д. Общая аллергология / А. Д. Адо. — 2-е, переработанное и дополненное. — М.: Медицина, 1978. — 464 с. — Текст: электронный. URL: <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=biol&author=ado-ad&book=1978> (дата обращения: 17.06.2020).
2. Алёхин, А. Н. Психогенные факторы семейного воспитания в развитии нарушений здоровья у старших дошкольников / А. Н. Алёхин, Е. Ю. Войнова, Е. А. Трифонова. — Текст: непосредственный // Научная конференция «Психологическое сопровождение лечебного процесса», Курск. — 2010. — Т. 12. — № 1. — С. 9-20.
3. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. — СПб: Речь, 2000. — 239 с. — Текст: непосредственный.
4. Антропов, Ю. Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. — СПб: Речь, 2002. — 556 с. — Текст: непосредственный.
5. Баранов, А. А. Материнско-детское эмоциональное взаимодействие как фактор формирования психосоматических расстройств у детей раннего возраста / А. А. Баранов, Р. К. Махмутова, Т. В. Шрейбер. — Текст: непосредственный // Вестник Марийского государственного университета. — 2018. — № 1. — С. 128-134.
6. Басюк, В. С. Особенности детских психосоматических расстройств / В. С. Басюк, А. Б. Серых, А. А. Лифинцева. — Текст: непосредственный // Развитие личности. — 2010. — № 3. — С. 59-70.
7. Березанцев, А. Ю. Семья, социальная экология и психосоматическое здоровье детей и подростков / А. Ю. Березанцев, В. Г. Булыгина, Л. В. Абольян. — Текст: непосредственный // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — № 4. — С. 7-11.
8. Билецкая, М. П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ) / М. П. Билецкая. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с. — Текст: непосредственный.

9. Боткина, А. С. Атопический дерматит у детей: современная тактика и лечение / А. С. Боткина. — Текст: непосредственный // Трудный пациент. — 2007. — № 10. — С. 1-6.
10. Боулби, Дж. Привязанность / Дж. Боулби. — М.: Гардарики, 2003. — 480 с. — Текст: непосредственный.
11. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — / Перевод с немецкого Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисловие В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с. — Текст: непосредственный.
12. Брызгунов, И. П. Психосоматика у детей / И. П. Брызгунов. — М.: Психотерапия, 2009. — 480 с. — Текст: непосредственный.
13. Булыгина, В. Г. Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков / В. Г. Булыгина, М. Ю. Белякова, Л. В. Абольян. — Текст: непосредственный // Педиатрическая фармакология. — 2013. — № Т. 10. — № 3. — С. 50-55.
14. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс / А. Я. Варга, Т. С. Драбкина. — СПб. : Речь, 2001. — 144 с. — Текст: непосредственный.
15. Семья и психосоматическое здоровье ребенка / Т. Д. Василенко [и др.]. — Текст: непосредственный // ВЕСТНИК РФФИ. Гуманитарные и общественные науки. — 2017. — № 1. — С. 112-121.
16. Василенко, Т. Д. Ранние эмоциональные дефициты и психосоматическое здоровье младенца / Т. Д. Василенко, И. Н. Земзюлина. — Текст: непосредственный // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2016. — № 3. — С. 117-124.
17. Винникотт, Д. В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникотт. — М.: Класс, 1998. — 123 с. — Текст: непосредственный.
18. Герхардт, С. Как любовь формирует мозг ребенка / С. Герхардт. — перевод с английского Ю.В. Рыковской. — М.: «Этерна», 2012. — 320 с. — Текст: непосредственный.

19. Гордеева, Т. О. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT) / Т. О. Гордеева, О. А. Сычев, Е. Н. Осин. — Текст: непосредственный // Психологическая диагностика. — 2010. — № 2. — С. 36-64.
20. Дусказиева, Ж. Г. Влияние родительского отношения на развитие психосоматической патологии у детей / Ж. Г. Дусказиева. — Текст: электронный // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2010. — № 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 05.09.2020).
21. Елисеев, О. П. Практикум по психологии личности: учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / О. П. Елисеев. — М. Юрайт, 2017. — 455 с. — Текст: непосредственный.
22. Задорова, Ю. А. Влияние привязанности близких взрослых на привязанность ребенка / Ю. А. Задорова. — Текст: непосредственный // Психологические новообразования личности в эпоху социальных трансформаций. — 2015. — № . — С. 126-129.
23. Зобнина, Т. В. Проявление родительского отношения в особенностях эмоционального взаимодействия матерей и их детей раннего возраста / Т. В. Зобнина, Н. В. Моторина. — Текст: непосредственный // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. — 2017. — № 1. — С. 52-55.
24. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с. — Текст: непосредственный.
25. Коростылева, Л.А. Психология самореализации личности: брачносемейные отношения / Л. А. Коростылева. — СПб. : Издательство Санкт-Петербургского университета, 2000. — 289 с. — Текст: непосредственный.
26. Короткий, В. И. Основы семейной психопедагогике (курс лекций) / В. И. Короткий. — Архангельск: Март, 2003. — 178 с. — Текст: непосредственный.

27. Короткова, Н. А. Стресс после родов – последствия для матери и ребенка / Н. А. Короткова, Т. А. Федорова. — Текст: непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т. XVII. — № 4. — С. 139-141.

28. Кравцова, Н. А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Кравцова Наталья Александровна; Томский государственный университет. — Владивосток, 2009. — 44 с. — Текст: непосредственный.

29. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств / Н. А. Кравцова [и др.]. — Текст: непосредственный // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2013. — № 4. — С. 48-55.

30. Кравцова, Н. А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков / Н. А. Кравцова. — Текст: непосредственный // Сибирский психологический журнал. — 2005. — № 22. — С. 13-18.

31. Кукушкин, Д. В. Факторы риска и структура задержек нервно-психического развития детей раннего возраста: возможности и перспектива диагностики на педиатрическом участке / Д. В. Кукушкин, Т. А. Кузнецова, Т. М. Нечаева. — Текст: непосредственный // Педиатрическая фармакология. — 2008. — № 6. — С. 26-29.

32. Кулаков, С. А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств / С. А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2007. — 294 с. — Текст: непосредственный.

33. Кулаков, С. А. Психосоматика // С. А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2010. — 320 с. — Текст: непосредственный.

34. Лидерс, А. Г. Психологическое обследование семьи: учебное пособие / А. Г. Лидерс. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 432 с. — Текст: непосредственный.

35. Лифинцева, А. А. Психосоциальные факторы психосоматических нарушений у детей и подростков: специальность 19.00.13, 19.00.04 «Психология развития, акмеология; Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Лифинцева Алла Александровна; Московский государственный психолого-педагогический институт. — Москва, 2015. — 52 с. — Текст: непосредственный.
36. Малкина-Пых, И. Г. Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда / И. Г. Малкина-Пых. — М. Эксмо, 2007. — 190 с. — Текст: непосредственный.
37. Малкина-Пых, И. Г. Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда / И. Г. Малкина-Пых. — М. Эксмо, 2008. — 1024 с. — Текст: непосредственный.
38. Морено, Я. Психодрама / Я. Морено. — перевод с английского Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. — М.: Апрель-Пресс, 2001. — 528 с. — Текст: непосредственный.
39. Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. / Р. Ж. Мухамедрахимов. — СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2001. — 288 с. — Текст: непосредственный.
40. Николаева, В. В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В. В. Николаева, А. Г. Арина. — Текст: непосредственный // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24. — № 1. — С. 119-126.
41. Никольская, И. М. Клиническая психология семьи: основные положения / И. М. Никольская. — Текст: электронный // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2010. — № 4. — С. 119-126. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 26.08.2020).
42. Овчарова, Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. — М.: Издательство Института психотерапии, 2003. — 319 с. — Текст: непосредственный.
43. Олифирович, Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. — СПб.: Речь, 2006. — 360 с. — Текст: непосредственный.

44. Осин, Е. Н. Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS / Е. Н. Осин. — Текст: непосредственный // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2012. — Т.9. — № 4. — С. 91-110.
45. Селиванова, Е. А. Семья как фактор психосоматических заболеваний у детей / Е. А. Селиванова. — Текст: непосредственный // Метеор-Сити. — 2016. — № 3. — С. 41-45.
46. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети: [перевод с английского] / М. Селигман, Р. Дарлинг. — М. Теревинф, 2007. — 368 с. — Текст: непосредственный.
47. Сидоров, П. И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным / П. И. Сидоров, И. А. Новикова. — Текст: непосредственный // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2010. — № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 26.08.2020).
48. Цимприх, В. Функциональные системы отношений ребенка в семье как фактор его психосоматического здоровья / В. Цимприх, А. В. Локтионова, И. А. Симоненко, А. В. Шевченко. — Текст: непосредственный // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2018. — № 4. — С. 35-42.
49. Симоненко, И. А. Психосоматические расстройства у детей: Учебное пособие / И. А. Симоненко, А. В. Шевченко. — Курск: КГМУ, 2018. — 216 с. — Текст: непосредственный.
50. Симоненко, И. А. Взаимосвязь качества контакта матери и младенца 3-4 месяцев с ранними психосоматическими нарушениями / И. А. Симоненко. — Текст: непосредственный // Здоровье семьи 21 век (электронный журнал). — 2012. — № 4. — С. 1-13.
51. Симоненко, И. А. Взаимосвязь межличностных отношений супругов с процессом принятия социальной роли родителей на этапе беременности и трех месяцев ребенка / И. А. Симоненко, А. В. Темерева. — Текст: непосредственный

// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Гуманитарные науки. — 2014. — № 20 (191). — С. 232-240.

52. Симоненко, И. А. Психологические особенности отношения отца к ребенку с психосоматическим расстройством / И. А. Симоненко, А. В. Шевченко. — Текст: непосредственный // Университетский научный журнал. — 2014. — № 7. — С. 198-206.

53. Симоненко, И. А. Психологические особенности системы семейных отношений ребенка с психосоматическим расстройством / И. А. Симоненко. — Текст: непосредственный // Перспективы науки. — 2015. — № 2 (65). — С. 52-56.

54. Симоненко, И. А. Психотерапия привязанности в диаде мать – ребенок в детском возрасте / И. А. Симоненко. — Текст: непосредственный // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2017. — № 6. — С. 53-60.

55. Симоненко, И. А. Системно-генетическая модель психотерапии ребенка с психосоматическим расстройством: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Симоненко Ирина Алексеевна; Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена. — Санкт-Петербург, 2016. — 38 с. — Текст: непосредственный.

56. Смирнова, С. В. Психологические предикторы психосоматической патологии в детском возрасте (на примере бронхиальной астмы) / С. В. Смирнова. — Текст: непосредственный // Психологические науки. — 2012. — № 5. — С. 115-117.

57. Смирнова, С. В. Нарушения семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей / С. В. Смирнова, Е. А. Сергодеева. — Текст: непосредственный // Теория и практика общественного развития. — 2013. — № 6. — С. 67-69.

58. Лекции по психосоматике. — Под редакцией академика РАН А.Б. Смулевича. — М : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 352 с. — Текст: непосредственный.

59. Собчик, Л. Н. Диагностика межличностных отношений: Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири: Методическое руководство / Л. Н. Собчик. — М : Б. и., 1990. — 46 с. — Текст: непосредственный.
60. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 287 с. — Текст: непосредственный.
61. Филиппова, Г. Г. Психология материнства: учебное пособие / Н. Г. Филиппова. — М.: Издательство Института психотерапии, 2002. — 238 с. — Текст: непосредственный.
62. Филиппова, Г. Г. Психосоматические особенности ребенка в раннем онтогенезе / Г. Г. Филиппова. — Текст: электронный // Перинатальная психология и психология родительства. — 2004. — № 2. URL: <http://childpsy.ru/lib/articles/id/10044.php> (дата обращения: 14.09.2020).
63. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия/ Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М.Никольская. — СПб.: Речь, 2006. — 352 с. — Текст: непосредственный.
64. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — 4-е изд. — СПб. : Питер, 2008. — 672 с. — Текст: непосредственный.
65. Эйнсворт, М. Привязанности за порогом младенчества / М. Эйнсворт. — Текст: непосредственный // Детство идеальное и настоящее. — 1994. — С. 110-130.
66. Cummings, E. M. The Guilford series on social and emotional development. Marital conflict and children: An emotional security perspective / E. M. Cummings, Davies, T. P. — Guilford Press, 2010. — 320 p. — Текст : непосредственный.
67. DiPietro, J. A. The Role of Prenatal Maternal Stress in Child Development / J. A. DiPietro. — Текст: электронный // Current Directions in Psychological Science. — 2004. — Vol. 13. — № 2. — P. 71. URL:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.0963-7214.2004.00277.x> (дата обращения: 11.07.2020).

68. Eisenberg, L. *The Biosocial Roots of Mind and Brain* / L. Eisenberg. — Текст : непосредственный // 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). — Berlin, 2004.

69. Eminson, M. *Somatising in Children and adolescents. Clinical presentations and. etiological factors* / M. Eminson. — Текст : непосредственный // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2001. — Vol. 7. — P. 388-398.

70. Engel, G. L. *The concept of psychosomatic disorder* / G. L. Engel. — Текст : непосредственный // *Journal of Psychosomatic Research*. — 1967. — № 11. — P. 3-9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6049028/> (дата обращения: 02.08.2020).

71. Fowles, E. R. *Nutrition and mental health in early pregnancy: a pilot study* / E. R. Fowles, C. Murphey. — Текст: непосредственный // *Womens Health*. — 2009. — № 54 (1). — P. 73–77.

72. Galler, J. R. *Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination* / J. R. Galler, F. C. Ramsey, R. H. Harrison. — Текст: непосредственный // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. — 2004. — № 54 (1). — Vol. 45. — P. 1064-1075.

73. Goodman, J. H. *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health* / J. H. Goodman. — Текст : непосредственный // *Journal of Advanced Nursing*. — 2004. — Vol. 45. — № 1. — P. 26-35.

74. Harlow, H. F. «*Love in Infant Monkeys*» / H. F. Harlow. — Текст : электронный // *Scientific American*. — 1959. — Vol. 200. — № 6. — P. 68-74. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1961-06051-001> (дата обращения: 02.08.2020).

75. *Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study* / S. Jankovic [и др.]. — Текст : непосредственный // *ActaDermatoVenerologia*. — 2009. — Vol. 89. — P. 364-368.

76. Kudinova, E. G. Demonstration features of somatic mothers diseases who have daughters with broken menstrual functions / E. G. Kudinova. — Текст : непосредственный // European journal of natural history. — 2007. — Vol 2. — P. 65–66.
77. Neumann, I. D. Maternal Stress and Coping: From Pregnancy to Lactation / I. D. Neumann. — Текст : непосредственный // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA. — 2004.
78. Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum / E. Nissen [и др.]. — Текст : непосредственный // Breastfeed Med. — 2009. — № 4(2). — P. 71-82.
79. Schulte, I. E. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? / I. E. Schulte, F. Petermann. — Текст : непосредственный // Journal of Psychosomatic Research. — 2010. — № 70. — P. 218-228
80. Roosta, N. Skin disease and stigma in emerging adulthood: impact on healthy development / N. Roosta, D. S. Black, D. Peng, L. W. Riley. — Текст : непосредственный // Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. — 2010. — Vol. 14. — №. 6. — P. 285-290.
81. Sutter-Dallay, A. L. Anxiety Disorders During Pregnancy and Postnatal Depression at 6 Weeks Postpartum / A. L. Sutter-Dallay, V. Giaconne-Marcésche, E. Glatigny-Dallay, H. Verdoux — Текст : непосредственный // 2nd World Congress on Women's Mental Health. Washington, DC, USA. — 2004.
82. Swain, K. The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies / K. Swain, R. Whitley, G. J. McHugo, R. E. Drake. — Текст : непосредственный // Community Ment Health Journal. — 2010. — № 46(2). — P. 119–129.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра: общей и клинической психологии

Факультет: Клинической психологии

Специальность: 37.05.01 «Клиническая психология»

Квалификация: Клинический психолог

Специализация: Психология здоровья и спорта

Приложение к выпускной квалификационной работе:

**«ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СУПРУГОВ НА
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА»**

Дипломная работа
студентки 6 курса 3 группы
факультет клинической психологии
Быкова Наталия Николаевна

Научный руководитель:
зав.кафедрой общей
и клинической психологии,
д.пс.н., профессор
Василенко Татьяна Дмитриевна

Дипломная работа допущена
к защите зав. кафедрой общей и
клинической психологии, д.пс.н., профессор
_____ Т.Д. Василенко

Работа защищена на заседании
Государственной Экзаменационной комиссии
с оценкой _____

Председатель ГЭК
д.м.н, профессор А.Н. Алёхин _____

Курск – 2021 г.

Приложение 1. Программа психологического сопровождения женщин в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза

Структура занятия.

Часть 1. Вводная.

Цель – предоставить информацию о будущем психокоррекционном взаимодействии, настроить группу на совместную работу, установить благоприятную эмоциональную атмосферу внутри группы. Основные процедуры – приветствие, рассказ о себе, подвижные игры.

Часть 2. Рабочая.

Эта часть несет в себе основную смысловую нагрузку занятий, в структуру которых входят упражнения, подвижные игры, направленные на релаксацию и саморегуляцию.

Часть 3 Завершающая.

Цель – создание у каждого участника чувства собственной уникальности, чувства принадлежности к группе и закрепление положительных эмоций от проведенной на занятии работы. В данном случае предусматривается проведение коллективной деятельности, например, создание общей картины здоровья. Каждое занятие обязательно включает в себя процедуры разминки, релаксации и саморегуляции, а именно:

- упражнения арт-терапии;
- мышечная релаксация (снятие мышечного напряжения);
- двигательные упражнения.

В каждом занятии, помимо получения новой информации, имеются повторения некоторых упражнений, с целью достижения и закрепления необходимого эффекта. Приветствие и прощание внутри группы носит ритуальный характер, установленный и согласованный тренером и группой.

Во время занятий участники сидят в кругу – это, прежде всего, возможность доверительного, неформального взаимодействия и открытого общения. Такая форма, создает атмосферу спокойствия в отношениях между участниками,

позволяет им ощутить собственную важность, приобщиться к группе людей со схожими проблемами, облегчает взаимопонимание и взаимодействие.

Занятия проводятся в форме полноценного тренинга, в котором принимают участие от 6 до 12 человек. Комплектование группы проводится по принципу наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза для сопровождения женщин в этой ситуации. Коррекционную работу целесообразно проводить в шести направлениях:

- развитие способности к пониманию собственных переживаний. Обучение участников адекватному способу выражения своих чувств; снижение эмоционального напряжения и тревоги;

- обучение актуализации психологических ресурсов женщин;

- оптимизация эмоционального отношения матерей к болезни ребенка;

- формирование нормализации семейных взаимоотношений между супругами;

- формирование эффективных способов конструктивного взаимодействия с супругом и с социумом;

- закрепление полученных умений и навыков на завершающих занятиях психотерапевтического тренинга.

Для того, чтобы результат работы с участниками группы был эффективен, необходимо, чтобы коррекция носила системный, предусматривающий проработку возникших трудностей и отработку полученных навыков, характер взаимодействия. В противном случае эффект от проведенной коррекционной работы будет неустойчив.

Требования к участникам группы: женщины в ситуации наличия у ребенка психосоматического заболевания неясного генеза в возрасте от 18 до 30 лет.

Требования к личности ведущего (тренера): наличие психологического образования, владения навыками и техниками групповой психокоррекции, опыт работы в данной сфере деятельности.

Временные сроки реализации: занятия проводятся 2 раза в неделю в течение двух месяцев. Всего 10 занятий, их продолжительность составляет – 1-1,5 часа.

Занятие 1. «Знакомство».

Цель: установление контакта с группой, сближение участников группы.

Начальный шерринг. Приветствие и знакомство с группой. Установление правил взаимодействия.

Рассказ о себе в группе. Участники берут в руки игрушку, или какой – либо предмет и рассказывают о себе (увлечения, работа, жизнь).

Упражнение «Австралийский дождь».

Цель: преодоление дистанции и скованности между участниками группы.

Тренер предлагает участникам встать с мест и попробовать, вместе с ним, продемонстрировать шум дождя, для этого он использует следующую инструкцию:

«В Австралии поднялся ветер. (Ведущий трет ладони).

Начинает капать дождь. (Клацание пальцами).

Дождь усиливается. (Поочередные хлопки ладонями по груди).

Начинается настоящий ливень. (Хлопки по бедрам).

А вот и град – настоящая буря. (Топот ногами).

Но что это? Буря стихает. (Хлопки по бедрам).

Дождь утихает. (Хлопки ладонями по груди).

Редкие капли падают на землю. (Клацание пальцами).

Тихий шелест ветра. (Потираание ладоней).

Солнце! (Руки вверх)»

Упражнение «Большая стройка!».

Цель: формирование позитивной установки на совместную деятельность, применение творческих способностей и привлечение женщин к большему взаимодействию.

Задача участников изобразить дом, в котором они все вместе находятся, при этом каждая из женщин принимает активное участие, т.е. желание и идеи каждого из участника реализуются на ватмане.

Упражнение «Дружеская встреча».

Цель: преодоление коммуникативного барьера между участниками группы, эмоциональная разгрузка пациентов.

Задача участников разбиться на пары и рассказать друг другу о переживаниях, о настроении в настоящий момент, об увлечениях и т.д.

Рефлексия.

Участники делятся эмоциями, настроением, пожеланиями. При необходимости возможно применение техники «коробочка». Участники представляют коробку, в которую помещают негативные эмоции, плохое настроение и т.д.

Завершающий шерринг с использованием дополнительного ритуала пожеланий.

Занятие 2. «Знакомство с собственным телом».

Цель: Развитие положительной мотивации на психотерапевтическую работу в группе и выхода из ситуации.

Начальный шерринг. Рассказ о чувствах, настроении, о том, что произошло за время до второй встречи.

Ритуал приветствия.

Цель: преодоление коммуникативного барьера между участниками группы, эмоциональная разгрузка пациентов.

Каждый из участников должен поздороваться с группой, продемонстрировав невербальное приветствие. Это может быть как бесконтактное, так и контактное действие. Можно использовать приветствия, характерные для разных этнических и социальных групп.

Упражнение «Рецепт хорошего настроения».

Цель: создание положительного настроения на работу в группе, а так же возможность творчески проявить себя.

Участники разбиваются на подгруппы по 3 человека, каждой из подгрупп методом жеребьевки достается одна из частей рецепта. Задача участников, применить эту часть рецепта так, чтобы у команды получился полноценный рецепт «хорошего настроения». Например: часть рецепта «счастье», задача участника придумать предложение или словосочетание с этим словом «...и приправить блюдо щепоткой счастья» и т.д.

После выполнения упражнения, каждый участник презентует рецепт остальным участникам группового занятия.

Упражнение «Работа с тревогой».

Цель: осознание способов совладения с тревогой.

Данное упражнение направленно на выявление истинных причин тревоги каждого из участников и способов преодоления или совладения с этим состоянием. Ведущий задает вопросы группе, задача группы включиться в обсуждение и ответить на эти вопросы лично для себя.

Вопросы:

1. Что значит для вас слово «тревога»?
2. Как часто вы испытываете это чувство?
3. Опишите ситуации, в которых вы испытываете это чувство?
4. Вы принимаете свою тревогу или пытаетесь её подавить?
5. Опишите ситуацию, в которой тревога вам мешала?
6. Опишите ситуацию, в которой тревога вам помогала?
7. Как вы справляетесь с тревогой?

По окончании упражнения все участники обсуждают эмоции, чувства, вызванные упражнением и полученный опыт.

Упражнение «Мышечная гимнастика».

Цель: получение навыка мышечного расслабления, для достижения состояния уравновешенности.

Задача участников слушать указания тренера и выполнять легкие, расслабляющие упражнения на разные группы мышц.

Инструкция.

1. Лицо: поднимите брови максимально и держите их в этом состоянии до полного изнеможения, остальные мышцы свободны. Далее сильно зажмурьте глаза, затем резко расслабьте их.

Рот: широкая улыбка, губы трубочкой, нижняя челюсть максимально «брошена» вниз. Последовательность «напряжение-расслабление» делается последовательно по каждому заданию.

2. Плечи: дотянитесь плечом до мочки уха, голова неподвижна. Расслабьтесь. То же самое повторите со вторым плечом. Появилось ощущение тяжести в плечах. Повторяйте действие до полной усталости.

3. Руки: обе кисти крепко сожмите в кулаки. Задержитесь в таком положении, затем расслабьтесь. Должны появиться покалывание и теплота в пальцах.

4. Бедра и живот: сидя на стуле, вытяните и поднимите ноги перед собой. Напряжение в бедрах до усталости. Расслабьтесь. Противоположная группа мышц напрягается зарыванием ступней в землю. Зарывайте настойчивее. Расслабьтесь - расслабление чувствуется в верхней части ног, сосредоточьтесь на этом.

5. Ступни: ноги плотно стоят на полу, упражнение выполняется сидя на стуле или на любой твердой поверхности. Поднимите пятки высоко вверх. Должно появиться напряжение в икрах и ступнях. Расслабьтесь. Поднимите носки ног. Напряжение в ступне и передней части ног. Расслабьтесь. При выполнении всего упражнения, начиная с лица, необходимо держать внимание на ощущениях в мышцах.

Следующий этап: попробовать напрячь одновременно все группы мышц, задержаться в этом положении, а затем резко расслабиться и выдохнуть.

Рефлексия.

Завершающий шерринг с использованием дополнительного ритуала пожеланий.

Занятие 3. «Телесное равновесие»

Цель: овладение навыками расслабления и снятия телесного напряжения.

Начальный шерринг. Рассказ о чувствах, настроении, о том, что произошло за время до второй встречи.

Ритуал приветствия.

Упражнение «Четыре стихии».

Цель: поднятие настроения, укрепление процессов коммуникации между участниками.

Ведущий кидает мячик любому участнику и дает одну из четырех позиций: огонь, вода, воздух или земля. Например, при позиции «земля» участник, должен назвать любое растение или животное; при команде «воздух»-птицу; при команде «вода»-рыбу; при команде «огонь»-нужно назвать любимый лес для растопки. Далее мяч кидается следующему участнику.

Повторять слова, которые уже были названы, нельзя. Участник, который ошибся или замешкался, выбывает из игры. В итоге остаются самые внимательные и находчивые участники.

Упражнение «Телесное равновесие».

Цель: достижение эффекта расслабления, снятие телесного напряжения.

Инструкция. Расслабьтесь, руки положите на колени, ноги расставьте так, чтобы было удобно. Закройте глаза. Три раза медленно и глубоко вдохните и выдохните, обращая внимание на прохождение воздуха в легкие, до диафрагмы и обратно. Теперь вытяните правую руку, крепко сожмите ее в кулак. Почувствуйте напряжение в кулаке, когда сжимаете его. После 10 секунд концентрации на напряжении расслабьте руку. Разожмите кулак и заметьте, как напряжение отступает, а его место занимает ощущение расслабленности и комфорта. Сосредоточьтесь на различиях между напряжением и релаксацией. Примерно через 15 секунд снова сожмите руку в кулак, 10 секунд изучайте напряжение, затем расслабьте руку. Почувствуйте расслабленность и тепло. Через 15 секунд повторите процедуру с левой рукой.

Обязательно сосредоточивайтесь только на группах мышц, которые напрягаете и расслабляете, и старайтесь в это время не напрягать остальные мышцы. Отведите время для проведения тех же циклов «напряжение-расслабление» для разных частей тела для того, чтобы расслабить соответствующие группы мышц:

- руки, сгибая каждую для напряжения бицепсов;
- руки, выпрямляя каждую для напряжения трицепсов;
- плечи, сгорбив их;
- шею, наклоняя голову вперед и упираясь подбородком в грудь;
- рот, открывая его как можно шире;
- язык, прижимая его к небу;
- глаза, зажмуривая их;
- лоб, как можно шире поднимая брови;
- спину, прогибая ее и выпячивая грудь вперед (будьте осторожны если у вас есть проблемы со спиной);
- ягодицы, сокращая мышцы;
- живот, втягивая его к позвоночнику;
- бедра, вытягивая ноги и приподнимая их на несколько сантиметров над полом;
- икры, прижимая пальцы ног к верху ботинок.

Завершите упражнение, сделав два-три глубоких вдоха и почувствовав, как расслабленность «растекается» по вашему телу от рук через плечи, грудь, живот к ногам. Когда почувствуете себя готовым открыть глаза, медленно сосчитайте в обратном порядке от 10 до 1. С каждой цифрой чувствуйте себя все более и более свежим, бодрым.

Упражнение «Я сплю».

Цель: снятие эмоционального напряжения участников.

Инструкция. Покажите, как вы обычно спите, исходя из наблюдений ваших родственников, или вас самих, остальным участникам. Можете храпеть, разговаривать во сне, подергивать ногами и т.д.

Рефлексия.

Завершающий шерринг с использованием дополнительного ритуала пожеланий.

Занятие 4. Познание самого себя.

Цель: осознание и актуализация психологических ресурсов женщин.

Начальный шерринг.

Упражнение «Приветствие в парах»

Цель: выравнивание эмоционального состояния, для последующего эффективного взаимодействия в группе.

Задача участников разбиться на пары и поприветствовать друг друга, поделиться, как идут дела, поделиться эмоциями и пожеланиями.

Упражнение. «Поиск ресурса. Список моих ресурсов».

Цель: создание позитивного образа «Я», активизация внутренних ресурсов: положительного самовосприятия, самораскрытия.

Инструкция: «Возьмите лист бумаги и ответьте на вопросы, напишите все свои сильные стороны – то, что вы любите, цените, принимаете в себе, что дает вам чувство внутренней уверенности и доверия к себе в разных ситуациях, отметьте то, что является точкой опоры в различные моменты жизни».

1. Напишите, что у Вас получается лучше всего. В любых сферах.
2. Напишите, о чем говорят другие люди, когда говорят, что у Вас в этом настоящий талант. По каким вопросам, чаще всего обращаются?
3. Напишите, в чем у Вас есть хороший опыт, образование и навыки.
4. В чем Вы могли бы теоретически стать номер один в мире?
5. Проанализируйте и выпишите, топ 10 пунктов, что Вы действительно умеете делать лучше всего, что реально хорошо получается, в чем Вы сильны по настоящему.
6. Составить список из 10 вещей/занятий/событий/др., которые возвращают вас в ресурсное состояние.

7. Вспомните событие из вашей жизни, которое негативно повлияло на вас. Для начала возьмите событие из не очень далекого прошлого. Найдите в нем позитивные интерпретации.

Позитивная интерпретация помогает открыть те ценности и возможности, которые пока «скрыты во тьме» или «находятся в тени» - они так же необходимы человеку, как и привычные ценности и способы мышления, используемые и «видимые при свете дня».

1. Какие позитивные функции это событие выполняет в твоей жизни? (Что в нем позитивного?)

2. Чем эта ситуация оказалась для меня полезной?

3. Какой важный и полезный урок я из нее извлек? От чего он тебя оберегает?

4. Какие твои способности развивает?

5. О каких возможностях, еще нереализованных тобой, ты задумываешься благодаря этой ситуации? В чем эта ситуация тебя усиливает?

Рефлексия.

Что было трудного в этом упражнении?

Что удалось? Почему не удалось?

Упражнение «Закончи предложение»

Цель: повышение уверенности в себе, в своих силах.

Психолог: Вы все такие замечательные! Очень хочется узнать о вас побольше. Пусть каждый по очереди закончит такие предложения о себе: «Я хочу...», «Я умею...», «Я смогу...», «Я добьюсь...».

Рефлексия.

Упражнение. Визуализация «Место покоя»

Цель: формирование чувства внутренней уверенности, устойчивости и доверия к себе.

Инструкция. «Сядьте удобно, закройте глаза.. Пусть каждый сосредоточит свое внимание только на том, что слышит, сконцентрируется на себе, своих

ощущениях, создавайте внутренние образы. Почувствуйте, как воздух входит и выходит через ноздри и губы, как движутся грудная клетка и живот при каждом вдохе и выдохе (1 минута)... А теперь представьте, что в самом центре вашего существа есть маленькая частица, которая спокойна и счастлива (пауза). Не затронутая всеми страхами и заботами о будущем, она пребывает там в полнейшем мире, в силе и счастье. До нее нельзя добраться, к ней нельзя прикоснуться. Если вы пожелаете, ее можно представить в виде образа - язычка пламени, драгоценного камня, спокойного озера и т. д. Преисполненная глубоким умиротворением и радостью, спокойствием, эта драгоценная частица находится в полной безопасности. Она там – глубоко в нас. Представьте теперь, что это пламя, этот драгоценный камень или озеро, находящееся глубоко, в самом центре, в самом ядре вас, - вы сами (пауза 20 сек.) Запомните это ощущение. Что бы ни происходило, внутри вас живет спокойствие. Вы можете черпать в нем силы, помня, что эти силы мы даем себе сами...

Откройте глаза, запомнив свой образ. К нему можно обращаться тогда, когда нужно».

Рефлексия.

Что удалось? Почему не удалось?

Какие чувства, ощущения вызвало это упражнение?

Какой образ представили?

Завершающий шерринг с использованием дополнительного ритуала пожеланий.

Занятие 5. «Эмоции-болезнь».

Цель: оптимизация эмоционального отношения матерей к болезни ребенка.

Начальный шерринг.

Ритуал приветствия.

Упражнение «Назови эмоцию»

Цель: упражнение позволит осознать эмоции и проявить.

Инструкция. Участники встают в круг, бросают мяч друг другу, называя положительные эмоции, затем отрицательные. Убеждаются, что отрицательных эмоций намного больше и делают соответствующий вывод.

Как приятно видеть Вас в хорошем настроении. Успех всегда повышает настроение, но Вам необходимо постоянно регулировать своё настроение. Снятию стресса помогают как смех, так и слёзы.

Рефлексия. Небольшое обсуждение эмоционального состояния на данный момент времени.

Упражнение «Способы избавления от отрицательных эмоций»

Цель: преодоление отрицательных эмоций.

Инструкция. Перед вами лежат два листочка: один желтого цвета, а другой серого цвета. Напишите на черном листочке те эмоции, которые вам мешают общаться (страх, гнев, тревога, ярость, обида, презрение, грусть).

На желтом листе, те эмоции, которые вам наоборот помогают общаться (радость, восторг, удивление, спокойствие, удовольствие). По очереди называют сначала те эмоции, которые им мешают, а потом те, которые им помогают. Цвет может влиять на наши эмоции и на наше настроение. А теперь я предлагаю разорвать наши серые листы с отрицательными эмоциями и таким образом избавиться от них.

Как еще можно побороть своих внутренних врагов?

Побороть отрицательные эмоции может музыка. Можно ли сказать что, музыка влияет на наше настроение, на наши эмоции? Конечно (если грустно можно включить веселую музыку, если в гнев - спокойную, медленную).

Можно использовать различные естественные приёмы саморегуляции: смех, улыбку, юмор; размышления о хорошем, приятном; расслабление мышц; общение с природой; музыку, танцы; мысленное обращение к высшим силам.

Рефлексия

Упражнение «Дыхание»

Цель: совершенствования навыков управления своими эмоциями.

Инструкция. Управление дыханием – это эффективное средство влияния на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание (с участием мышц живота) понижает возбудимость нервных центров, способствует мышечному расслаблению. Частое (грудное) дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма, поддерживает нервно-психическую напряженность.

Способ 1

Представьте, что перед вашим носом на расстоянии 10-15 см висит пушинка. Дышите только носом и так плавно, чтобы пушинка не колыхалась.

Способ 2

Поскольку в ситуации раздражения или гнева мы забываем делать нормальный выдох,

- глубоко выдохните;
- задержите дыхание так надолго, как сможете;
- сделайте несколько глубоких вдохов;
- снова задержите дыхание.

Рефлексия

Завершающий шерринг с использованием дополнительного ритуала пожеланий.

Занятие 6. «Договоримся вести себя, как будто...»

Цель: формирование опорных пунктов социальной адаптации, приобретение навыка планирования будущего, рефлексия трудностей и барьеров в процессе восстановления адаптационного потенциала личности.

Начальный шерринг.

Ритуал приветствия.

Упражнение. Вереница впечатлений.

Цель: формирование навыка принятия критики и конструктивной обратной связи.

Инструкция. В предстоящем задании, каждый из участников встречается абсолютно со всеми людьми из круга. При встрече, по команде психолога, члены группы выполняют следующее действие:

1. Обмен рабочими тетрадями.
2. В тетради партнера написать кратко, в одном предложении, впечатление о нем. Важно отразить в отзыве: а) что является сильной стороной данного участника; б) что является слабой стороной, что не нравится (конструктивно, необходимо напомнить правило взаимного уважения в группе).
3. Снова обмен рабочими тетрадями.
4. Совершение перехода для встречи с другим участником.

Таким образом, каждый из команды набирает в «копилку» мнения о себе, исходя из предыдущего опыта взаимодействия.

Упражнение выполняется без звука, молча. Все отзывы выполняются в краткой форме, не подписываются и не обозначаются, то есть – анонимно. Важно писать то, что первое приходит на ум при мысли о сидящем рядом человеке. В данном случае участники обратят внимание, что каждый человек видит нас по-разному, что имеется спектр мнений, порой неожиданных, приятных, или неприятных.

Два правила обязательны к выполнению:

1. Не смотреть чужие записи, думать самостоятельно.
2. Выполнение передачи тетради совершается только по команде тренера.

Рефлексия. Обсуждение упражнения, выражение чувств и эмоций.

Упражнение. «Пресс-конференция, спустя пять лет»

Цель: формирование опорных пунктов социальной адаптации, приобретение навыка планирования будущего, определение и разрешение возникших трудностей.

Инструкция. В процессе игры участникам предлагается выбрать ту сферу деятельности, в которой они когда-то хотели или хотят реализоваться. Важно выбирать ту сферу, которая нравится на данный момент времени. Психолог

предлагает список хобби и деятельности, который пациент самостоятельно может дополнить и выбрать одну из них. Сделав выбор, каждый участник изучает её особенности, представляет себя состоятельным и успешным в данной сфере и делает небольшую презентацию, то, как видит себя через 5 лет. В презентации обязательно должны присутствовать пункты: удачи, неудачи, плюсы и минусы выбранной сферы, а так же собственные достижения и изменения личности (два, три качества, которые приобрели).

Слушатели должны будут войти в роль журналистов и задавать дополнительные вопросы (не более одного).

Игровая форма выполнения задания способствует включению механизмов творческой адаптивности личности в процессе построения индивидуального плана профессионального и жизненного развития каждого участника игры.

Рефлексия.

Упражнение. Поговорим о достижениях.

Цель: закрепление полученных в ходе тренинга навыков.

Инструкция. Участникам дается небольшое количество времени (5-10 минут), для того, чтобы составить табличку достижений за нынешний и предыдущие дни тренинга. Затем каждый делится собственными достижениями, которые считает основными и обозначает высказывание чувством (можно одним), которое возникает при переживании опыта успеха в данный момент времени.

Завершающий шерринг. Ритуал пожеланий.

Занятие 7. Я в команде!

Цель: мобилизация приобретенных ресурсов взаимодействия, сплочение команды на более высоком уровне, закрепление навыка ведения диалога и выражения собственного мнения.

Начальный шерринг.

Ритуал приветствия.

Упражнение 1. Зачем люди приобретают вредные привычки?

Цель: мобилизация навыков коммуникации, преодоление трудностей во взаимодействии с социумом.

Инструкция. Тренер предлагает свободно высказываться по поводу причин, побуждающих человека к развитию пагубных привычек. Высказываться должен каждый, причем стараться говорить то, что первое приходит на ум. Один из участников делает пометки и записи, важно выполнять упражнение быстро, методом мозгового штурма. В данном случае для пациентов предлагается время для высказывания, задача других участников активно слушать, не перебивая. Затем, вторым этапом задания как раз будет являться метод мозгового штурма, как попытка «ускорения» собственного сознания и переключения с болезненных переживаний на актуальные темы.

В конце упражнения подводится итог и делается обобщение, тот, кто записывает, представляет самые яркие варианты ответа.

Рефлексия. Каждый участник должен отметить, что для него было трудным, или новым для восприятия. В ходе обсуждения целесообразно обратить внимание на то, какие человеческие потребности удовлетворяются с помощью вредных привычек и есть ли другие способы достичь того же эффекта. Например, человек употребляет алкоголь, чтобы снять нервное напряжение. Этого же можно достичь при помощи других инструментов: физических упражнений, прогулок на свежем воздухе, посещения культурных мероприятий, общения с друзьями и близкими и т.д.

Упражнение 2. «Будь, что будет».

Цель: снижение общей тревожности участников тренинга.

Инструкция. Участники рассаживаются в круг и занимают удобное положение. Первый участник признается в страхах и опасениях, которые его беспокоят. Группа не должна критиковать, или порицать рассказывающего. Тот, в ком отзывается высказанное опасение, может дать отклик о том, что он так же переживает эту проблему, например: «Я делаю так-то, так-то, ну а дальше пусть будет то, что будет». То есть человек говорит о собственных методах, позволяющих ему справиться с проблемой.

Ведущий так же может принять участие в дискуссии, но при этом важно отмечать, что необходимо проявлять смелость и не погружаться в переживания на все сто процентов.

Рефлексия.

Упражнение 3. Страх в пространстве.

Цель: снятие психоэмоционального напряжения

Инструкция. Тренер предлагает взять лист бумаги и выбрать цвет того, чаще негативного, фактора или феномена (к примеру, страх), которое участник группы желает оставить, чтобы возвращаться в разбор только в процессе психотерапии или группового тренинга. Задание выполняется без диалога, в абсолютной тишине. Все рисунки сдаются психологу как анонимные.

Завершающий шерринг. Ритуал пожеланий.

Занятие 8. Я и супруг.

Цель: выработка эффективных способов конструктивного взаимодействия с супругом и с социумом; нормализация семейных взаимоотношений между супругами.

Начальный шерринг.

Ритуал приветствия.

Упражнение. «Диалог: взаимные претензии»

Цель: научиться высказывать проблемы.

Инструкция: «Перед вами два стула. Один для того, чтобы высказать вслух ваши претензии к мужу (жене), а другой - претензии к вам. Воспринимайте слова не как претензию, а как проблему, требующую обязательного, совместного разрешения.

Рефлексия.

Упражнение. Пантомима «Разговор через стекло»

Цель: научиться выражать слова и чувства через мимику, для улучшения контакта с супругом.

Инструкция: участники разбиваются на пары и становятся друг против друга. Психолог дает установку: необходимо представить, что между ними находится звуконепроницаемое стекло, поэтому на вербальном уровне они не могут передать никакой информации. Общение возможно лишь с помощью мимики и жестов. Затем обсуждаются результаты переданной и принятой информации. Темы общения даются психологом.

Рефлексия.

Упражнение. Зарядка позитивного мышления «ИМЕННО СЕГОДНЯ»

Цель: научиться стимулировать себя на позитивную деятельность, взаимоотношения.

Инструкция: Каждое утро проговаривайте себе этот текст. Стимулируйте себя к действию! Успехов Вам!

1. ИМЕННО СЕГОДНЯ у меня будет спокойный день, и я буду счастлива. Счастье - это внутреннее состояние каждого человека. Счастье не зависит от внешних обстоятельств. Мое счастье заключено внутри меня. Каждый человек счастлив настолько, насколько он хочет быть счастливым.

2. ИМЕННО СЕГОДНЯ я включусь в жизнь, которая меня окружает. Я приму обстоятельства моей жизни - моего ребенка, мою семью, мою работу - такими, какие они есть, и постараюсь полностью им соответствовать.

3. ИМЕННО СЕГОДНЯ я позабочусь о своем здоровье. Я сделаю зарядку, буду ухаживать за своим телом, избегать вредных для здоровья привычек и мыслей.

4. ИМЕННО СЕГОДНЯ я уделю внимание своему общему развитию. Я займусь полезным делом. Я заставлю работать свой ум.

5. ИМЕННО СЕГОДНЯ я продолжу свое нравственное самосовершенствование. Я буду полезной и нужной своему ребенку, своей семье, самой себе.

6. ИМЕННО СЕГОДНЯ я буду доброжелательна ко всем. Я буду любезной и щедрой на похвалы. Я не буду придираюсь к людям и пытаться их исправить.

7. ИМЕННО СЕГОДНЯ я буду жить проблемами только нынешнего дня. Я не буду стремиться решать сразу все проблемы и проблемы здоровья моего ребенка.

8. ИМЕННО СЕГОДНЯ я намечу программу своих дел, которые я хочу осуществить. Эта программа избавит меня от спешки и нерешительности, даже в том случае, если я не смогу ее точно выполнить.

9. ИМЕННО СЕГОДНЯ я проведу полчаса в покое и одиночестве, полностью расслабившись.

10. ИМЕННО СЕГОДНЯ я не буду бояться жизни и буду верить в возможность собственного счастья.

Рефлексия.

Завершающий шерринг. Ритуал пожеланий.

Занятие 9. Мое пространство.

Цель: выработка необходимых для пациентов копинг-стратегий и умение справляться с психотравмирующими ситуациями посредством техник саморелаксации и визуализации.

Начальный шерринг.

Ритуал приветствия.

Упражнение. Моё комфортное пространство.

Цель: фокусировка на собственных желаниях и представлениях об идеальном, комфортном пространстве, выражение чувств посредством создания образа.

Инструкция. Тренер раздает бумагу формата А4, цветные карандаши и фломастеры. Задача участников изобразить символично свое комфортное пространство, причем использовать только желаемые цвета, первые, что пришли в голову. Затем, изображения передаются тренеру, который, в свою очередь, перемешивает их между собой и показывает группе. Задача участников описать увиденное, посредством чувств и ассоциаций, возникших от образа.

Рефлексия.

Упражнение. Диван мечты.

Цель: снятие психоэмоционального напряжения, подготовка к основному релаксационному упражнению.

Инструкция. Задача участников сесть удобно, закрыть глаза, выровнять дыхание посредством счета тренера до 20 и представить себе диван, который на взгляд каждого из членов группы самый комфортный, на нем хочется отдыхать и в каком месте находится этот предмет интерьера. Не обязательно это может быть дом, или квартира.

Далее психолог дает инструкцию:

«— Закройте глаза. Сейчас самое время отдыха. Вы расслаблены и отдыхаете. Ваше тело отдыхает. Каждая клеточка организма отдыхает. Ваше дыхание становится ровным и спокойным. Оно медленное и спокойное. Тело постепенно расслабляется, начиная со стоп, заканчивая головой. Каждая мышца расслаблена. Вы чувствуете, как у вас тяжелеют руки... ноги... Ваши мысли текут плавно. А теперь представьте диван, диван своей мечты. Это такой диван, который лучше всего вам бы позволил расслабляться. Из какого материала он сделан? Какой формы? Какого размера? Что находится вокруг дивана? Что вам помогает расслабиться лучше всего. Представьте каждую деталь. А теперь я буду подходить к каждому по очереди и класть ему руку на плечо. Этот человек пусть нам немного расскажет о диване своей мечты. Нам ведь тоже интересно. Итак, первый человек...»

В конце упражнения участники встают, потягиваются. Ведущий приглашает сделать несколько энергичных движений (например утренняя зарядка, или элементы танца, прыжков и т.д.).

Рефлексия.

Упражнение. Элементы.

Цель: выработка навыка саморелаксации, достижение состояния внутреннего спокойствия, возникающее у субъекта вследствие снятия напряжения после сильных переживаний или физических усилий.

Инструкция. Данное упражнение проводится в несколько этапов.

Этап 1. Дыхательная практика.

Тренер предлагает всем участникам занять удобную позицию в пространстве, закрыть глаза, выровнять дыхание и внимательно слушать его инструкции.

1. Вдохните, медленно выдохните, затем также медленно сделайте глубокий вдох.
2. Задержите дыхание на четыре секунды.
3. Вновь медленно выдохните и медленно сделайте глубокий вдох.
4. Задержите дыхание на четыре секунды и выдохните.
5. Повторите эту процедуру шесть раз, и вы убедитесь, что стали спокойнее и невозмутимее.

Этап 2. Задуй свечу.

1. Сделайте глубокий спокойный вдох, набирая в легкие как можно больше воздуха.
2. Вытянув губы трубочкой, медленно выдохните, как бы дую на свечу, при этом длительно произносите звук «у-у-у».

Этап 3. Ленивец.

1. Поднимите руки вверх, затем вытяните вперед, потянитесь, как кошечка. Почувствуйте, как тянется тело.
2. Затем резко опустите руки вниз, одновременно на выдохе произнося звук «а!».

Также повторите упражнение несколько раз.

Рефлексия.

Завершающий шерринг (наиболее детальный, с обсуждением чувств, пожеланий, эмоций и т.д.). Ритуал пожеланий.

Занятие 10. Привет мир, а вот и я такой, каким ты видишь меня.

Цель: закрепление полученных навыков в ходе участия в тренинге, обсуждение будущей перспективы необходимости поддерживающей психотерапии, продуктивное завершение программы тренинга.

Начальный шерринг.**Ритуал приветствия.****Упражнение «Мышечная гимнастика».**

Цель: получение навыка мышечного расслабления, для достижения состояния уравновешенности.

Задача участников слушать указания тренера и выполнять легкие, расслабляющие упражнения на разные группы мышц.

Инструкция.

1. Лицо: поднимите брови максимально и держите их в этом состоянии до полного изнеможения, остальные мышцы свободны. Далее сильно зажмурьте глаза, затем резко расслабьте их.

Рот: широкая улыбка, губы трубочкой, нижняя челюсть максимально «брошена» вниз. Последовательность «напряжение-расслабление» делаются последовательно по каждому заданию.

2. Плечи: дотянитесь плечом до мочки уха, голова неподвижна. Расслабьтесь. То же самое повторите со вторым плечом. Появилось ощущение тяжести в плечах. Повторяйте действие до полной усталости.

3. Руки: обе кисти крепко сожмите в кулаки. Задержитесь в таком положении, затем расслабьтесь. Должны появиться покалывание и теплота в пальцах.

4. Бедра и живот: сидя на стуле, вытяните и поднимите ноги перед собой. Напряжение в бедрах до усталости. Расслабьтесь. Противоположная группа мышц напрягается зарыванием ступней в землю. Зарывайте настойчивее. Расслабьтесь - расслабление чувствуется в верхней части ног, сосредоточьтесь на этом.

5. Ступни: ноги плотно стоят на полу, упражнение выполняется сидя на стуле или на любой твердой поверхности. Поднимите пятки высоко вверх.

Должно появиться напряжение в икрах и ступнях. Расслабьтесь. Поднимите носки ног. Напряжение в ступне и передней части ног. Расслабьтесь. При выполнении всего упражнения, начиная с лица, необходимо держать внимание на ощущениях в мышцах.

Следующий этап: попробовать напрячь одновременно все группы мышц, задержаться в этом положении, а затем резко расслабиться и выдохнуть.

Рефлексия.

Упражнение. Плюсы и минусы «болячки».

Цель: приобретение навыка саморефлексии.

Инструкция: Участникам дается задание написать на листе бумаги плюсы и минусы заболевания. Участник должен понять, что ему дал опыт заболевания и чего лишил, что возможно восстановить, а что можно компенсировать.

Задача тренера помочь сформировать участникам позитивную установку и найти больше плюсов.

Упражнение. Диалог в парах.

Цель: Данное упражнение направлено на снижение тревожности, возникновение которой связано с межличностным общением и дает возможность практики в коммуникации.

Инструкция. Группа разбивается по парам. На первом этапе выполнения задания, участнику необходимо задавать только открытые вопросы, дающие возможность ответить на них более полно. Например: «вы живете в городе Курске?» – это закрытый вопрос с уточнением. «Где вы живете?» - открытый вопрос, без уточнения. Задача другого участника ответить на вопрос развернуто, не односложно. Например: «Я живу в городе Курске, одном из самых старейших городов России и т.д.». Затем участники меняются местами. Важно, чтобы каждый из них «вошел в роль».

На втором этапе участник из пары начинает описывать личный опыт и давать добровольную, свободную информацию о том, о чем хотел бы поговорить кроме болезненных переживаний. Рекомендуется делать акцент на важные сферы жизни – работа, семья, личность. Второй участник должен поддержать разговор и развить тему. Таким образом, вырабатываются навыки активного слушания и конструктивной коммуникации.

Рефлексия.

Упражнение «Большая стройка!».

Цель: формирование позитивной установки на совместную деятельность, применение творческих способностей и привлечение пациентов к большому взаимодействию.

Задача участников изобразить дом, в котором они все вместе находятся, при этом каждый из пациентов принимает активное участие, т.е. желание и идеи каждого из участника реализуются на ватмане.

Завершающий шерринг.

Ритуал пожеланий предложено провести в видоизмененной форме.

Приложение 2. Сводная таблица эмпирических данных

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методике «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман).

№ исп.	Здоровье ребенка	Шкалы							
		Проблемы отношений с родственниками и друзьями	Вопросы, связанные с воспитанием детей	Проявление стремления к автономии	Нарушение ролевых ожиданий	Расхожасование норм поведения	Проявление доминирования одним из супругов	Проявление ревности	Расхождения в отношении к деньгам
1.	Родители здорового ребенка	13	9	13	13	14	10	17	13
2.	Родители здорового ребенка	14	11	17	16	13	13	4	14
3.	Родители здорового ребенка	17	17	14	14	10	12	9	10
4.	Родители здорового ребенка	16	13	10	17	16	11	10	11
5.	Родители здорового ребенка	15	16	11	15	17	10	12	16
6.	Родители здорового ребенка	13	15	12	10	15	15	15	17
7.	Родители здорового ребенка	14	10	15	11	11	16	11	11
8.	Родители здорового ребенка	16	14	16	14	12	11	5	9
9.	Родители здорового ребенка	9	17	9	13	15	14	2	10
10.	Родители здорового ребенка	10	13	8	9	16	8	3	11
11.	Родители здорового ребенка	11	10	10	15	17	7	9	15
12.	Родители здорового ребенка	16	9	8	16	10	13	7	12
13.	Родители здорового ребенка	17	8	14	17	13	15	8	10
14.	Родители здорового ребенка	13	16	17	8	9	12	10	15
15.	Родители здорового ребенка	15	14	13	13	8	11	16	17
16.	Родители здорового ребенка	14	15	6	10	14	17	14	10
17.	Родители здорового ребенка	10	12	8	11	13	14	2	11
18.	Родители здорового ребенка	9	14	10	15	15	10	5	8
19.	Родители здорового ребенка	11	16	11	14	6	16	7	4
20.	Родители здорового ребенка	13	10	13	12	13	13	9	6
21.	Родители больного ребенка	5	9	5	8	13	12	8	10
22.	Родители больного ребенка	4	10	8	7	12	11	1	11
23.	Родители больного ребенка	3	13	10	13	10	7	14	5
24.	Родители больного ребенка	3	14	12	14	12	9	11	4
25.	Родители больного ребенка	15	17	15	15	6	6	8	8
26.	Родители больного ребенка	6	6	10	10	8	4	9	7
27.	Родители больного ребенка	13	8	11	11	11	5	3	3
28.	Родители больного ребенка	9	5	3	7	5	9	15	1
29.	Родители больного ребенка	5	7	4	6	4	7	16	5
30.	Родители больного ребенка	4	13	2	9	6	11	4	10
31.	Родители детей с	3	3	6	6	3	7	2	9

	психосоматическими симптомами неясного генеза								
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	1	1	7	5	2	8	7	5
33.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	5	2	1	4	4	4	8	6
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	2	8	2	3	5	5	2	4
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	1	4	5	1	3	2	3	3
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4	2	3	1	2	1	1	7
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	2	9	4	2	1	5	9	8
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	3	5	9	6	1	7	8	11
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	6	12	5	6	2	6	6	10
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	5	6	2	7	7	2	2	4

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методике «Базовые потребности личности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко.

№ исп.	Здоровье ребенка	шкалы		
		Автономия	Компетентность	Связанность
1.	Родители здорового ребенка	5,8	5,3	5,5
2.	Родители здорового ребенка	7,3	6,2	4,5
3.	Родители здорового ребенка	5,1	7,2	3,8
4.	Родители здорового ребенка	6,2	4,1	6,5
5.	Родители здорового ребенка	7,3	5,8	6,4
6.	Родители здорового ребенка	5,4	3,3	4,4
7.	Родители здорового ребенка	7,4	3,6	5,7
8.	Родители здорового ребенка	8,2	8,8	4,2
9.	Родители здорового ребенка	9,5	7,1	7,5
10.	Родители здорового ребенка	8,1	6	6
11.	Родители здорового ребенка	8,5	4,3	3,7
12.	Родители здорового ребенка	5,5	7,7	4,5
13.	Родители здорового ребенка	8,6	4	8,7

14.	Родители здорового ребенка	8,7	4,3	4,3
15.	Родители здорового ребенка	4,3	8,5	8,4
16.	Родители здорового ребенка	7,5	5,6	7,5
17.	Родители здорового ребенка	4,8	5,3	9
18.	Родители здорового ребенка	8,2	6,7	5,7
19.	Родители здорового ребенка	6	7	4,8
20.	Родители здорового ребенка	5,3	4,3	3,7
21.	Родители больного ребенка	5,1	3,8	4,5
22.	Родители больного ребенка	3,4	3,2	5,7
23.	Родители больного ребенка	6,5	4,4	3,3
24.	Родители больного ребенка	5	4,3	6,2
25.	Родители больного ребенка	5,6	4,7	3,4
26.	Родители больного ребенка	6	5,4	5
27.	Родители больного ребенка	6,8	6,6	4,4
28.	Родители больного ребенка	5,2	7,5	5,7
29.	Родители больного ребенка	5,3	5,8	4,6
30.	Родители больного ребенка	3,8	5,1	6,1
31.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,6	6,3	4,7
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,5	3,7	5,3
33.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,2	5,7	3,7
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	6,7	3,6	5
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,2	4,9	5,2
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,2	4,7	4,7
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,3	4,8	4,6
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	3,8	5,3	5,4
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,2	3,8	4,3
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4,1	4,7	4,4

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методикам шкала депрессии Бека, методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS, шкала психологического стресса RSM–25 (в адаптации Н.Е. Водопьяновой), методика исследования локуса контроля (Дж. Роттера).

№ исп.	Здоровье ребенка	шкала депрессии Бека	методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА)		шкала психологического стресса RSM-25	методика исследования локуса контроля	
		Шкала депрессии	ПА	НА	шкала психологического о стресса	Экстернальность	Интернальность
1.	Родители здорового ребенка	9	49	10	55	2	21
2.	Родители здорового ребенка	2	50	15	75	4	19
3.	Родители здорового ребенка	3	44	14	36	7	16
4.	Родители здорового ребенка	5	31	13	44	5	18
5.	Родители здорового ребенка	7	21	16	79	9	14
6.	Родители здорового ребенка	6	26	18	40	6	17
7.	Родители здорового ребенка	11	34	14	65	3	20
8.	Родители здорового ребенка	9	39	13	86	10	13
9.	Родители здорового ребенка	8	25	15	48	7	16
10.	Родители здорового ребенка	10	46	13	47	5	18
11.	Родители здорового ребенка	6	39	19	57	2	21
12.	Родители здорового ребенка	7	38	22	68	8	15
13.	Родители здорового ребенка	8	49	26	71	4	19
14.	Родители здорового ребенка	4	46	14	69	2	21
15.	Родители здорового ребенка	6	40	25	29	9	14
16.	Родители здорового ребенка	9	41	13	74	6	17
17.	Родители здорового ребенка	4	36	10	26	5	18
18.	Родители здорового ребенка	6	45	11	44	14	9
19.	Родители здорового ребенка	9	38	18	36	11	12
20.	Родители здорового ребенка	7	47	11	27	13	10
21.	Родители больного ребенка	15	15	23	111	15	8
22.	Родители больного ребенка	17	31	29	113	14	9
23.	Родители больного ребенка	16	18	34	100	16	7
24.	Родители больного ребенка	25	14	21	125	10	13
25.	Родители больного ребенка	18	16	28	116	9	14
26.	Родители больного ребенка	17	22	19	118	11	12
27.	Родители больного ребенка	19	27	15	114	17	6
28.	Родители больного ребенка	14	30	16	123	15	8
29.	Родители больного ребенка	16	24	18	101	13	10
30.	Родители больного ребенка	19	26	29	103	16	7
31.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	25	28	35	126	18	5
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	24	15	36	129	19	4
33.	Родители детей с психосоматическими	28	12	49	145	17	8

	симптомами неясного генеза						
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	36	14	48	170	20	3
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	39	15	36	169	21	2
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	45	19	37	174	22	1
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	37	10	46	186	17	6
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	55	11	28	145	5	18
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	48	13	33	130	16	7
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	28	14	34	160	19	4

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методике «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири).

№ исп.	Здоровье ребенка	Шкалы							
		Властный-лидирующий	Независимый-доминирующий	Прямойнейший-агрессивный	Недоверчивый-скептический	Покорный-застенчивый	Зависимый-послушный	Сотрудничающий-конвенционный	Ответственный-великодушный
1.	Родители здорового ребенка	7	6	5	10	7	10	11	4
2.	Родители здорового ребенка	5	3	7	11	9	9	12	8
3.	Родители здорового ребенка	6	4	4	13	4	11	8	7
4.	Родители здорового ребенка	8	2	6	9	3	6	9	10
5.	Родители здорового ребенка	2	6	11	8	5	12	10	9
6.	Родители здорового ребенка	3	7	4	14	9	9	13	6
7.	Родители здорового ребенка	4	5	8	8	3	10	12	7
8.	Родители здорового ребенка	11	10	9	13	11	8	8	6
9.	Родители здорового ребенка	4	7	10	7	9	12	6	5
10.	Родители здорового ребенка	6	5	11	15	8	11	4	4
11.	Родители здорового ребенка	3	6	14	10	4	9	8	10
12.	Родители здорового ребенка	7	6	8	11	6	8	9	13
13.	Родители здорового ребенка	6	7	9	14	7	7	7	7
14.	Родители здорового ребенка	10	8	7	10	2	6	8	9
15.	Родители здорового ребенка	4	3	14	5	5	6	9	6
16.	Родители здорового ребенка	5	9	5	7	8	9	14	5
17.	Родители здорового ребенка	3	4	15	13	3	10	13	12
18.	Родители здорового ребенка	4	7	4	8	4	8	9	3
19.	Родители здорового ребенка	5	3	9	6	10	6	10	5
20.	Родители здорового ребенка	6	6	14	7	11	7	11	14
21.	Родители больного ребенка	10	5	13	12	4	10	9	8

22.	Родители больного ребенка	8	11	8	7	8	11	11	9
23.	Родители больного ребенка	11	14	9	9	9	12	7	11
24.	Родители больного ребенка	10	12	4	5	7	13	13	12
25.	Родители больного ребенка	12	9	13	10	13	14	11	15
26.	Родители больного ребенка	3	8	16	11	11	10	12	13
27.	Родители больного ребенка	14	13	8	9	15	11	9	10
28.	Родители больного ребенка	5	11	9	16	13	9	10	9
29.	Родители больного ребенка	8	10	14	4	8	13	8	14
30.	Родители больного ребенка	7	7	11	6	9	15	7	15
31.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	7	12	14	9	14	14	9	12
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	9	13	10	10	13	10	14	11
33.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	12	14	8	15	15	13	5	16
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	11	10	9	16	8	14	16	14
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	10	14	12	10	14	13	10	15
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	8	8	11	11	13	9	9	13
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	9	7	7	9	16	8	13	8
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	6	14	9	7	9	14	10	10
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	13	11	14	11	14	9	11	8
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	14	15	13	10	14	10	8	14

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методике «Опросник «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна».

№ исп.	Здоровье ребенка	Шкалы							
		Неконструктивные установки на брак	Депрессия	Протективные механизмы	Дефензивные механизмы	Агрессия	Соматизация тревоги	Фиксация на психотравме	Контрольная шкала
1.	Родители здорового ребенка	25	29	58	75	47	34	47	1
2.	Родители здорового ребенка	31	24	71	90	33	40	29	4
3.	Родители здорового ребенка	47	33	76	80	40	45	53	5
4.	Родители здорового ребенка	58	42	62	66	37	40	65	1
5.	Родители здорового ребенка	63	20	75	70	30	34	35	2
6.	Родители здорового ребенка	31	50	54	85	44	50	29	3
7.	Родители здорового ребенка	36	29	49	61	51	34	41	1
8.	Родители здорового ребенка	47	33	67	75	33	40	47	5
9.	Родители здорового ребенка	41	24	76	90	30	45	29	5
10.	Родители здорового ребенка	25	37	45	66	37	50	47	4
11.	Родители здорового ребенка	31	50	58	59	51	40	35	3
12.	Родители здорового ребенка	63	20	54	66	40	34	41	2
13.	Родители здорового ребенка	79	24	67	80	33	45	29	2
14.	Родители здорового ребенка	52	33	75	51	37	50	53	1
15.	Родители здорового ребенка	31	46	76	90	30	34	41	2
16.	Родители здорового ребенка	47	55	62	75	44	51	41	3
17.	Родители здорового ребенка	68	59	67	70	47	34	29	3
18.	Родители здорового ребенка	31	20	45	80	51	40	47	1
19.	Родители здорового ребенка	25	33	58	85	54	45	35	1
20.	Родители здорового ребенка	31	24	54	66	30	50	47	4
21.	Родители больного ребенка	63	42	62	59	54	51	59	4
22.	Родители больного ребенка	52	50	58	51	58	60	53	5
23.	Родители больного ребенка	58	46	45	46	61	66	65	2
24.	Родители больного ребенка	74	62	54	41	47	51	53	3
25.	Родители больного ребенка	58	76	36	70	54	50	47	4
26.	Родители больного ребенка	63	58	58	61	58	45	29	3
27.	Родители больного ребенка	79	75	45	66	51	60	71	3
28.	Родители больного ребенка	63	62	49	59	40	50	65	2
29.	Родители больного ребенка	52	54	62	46	47	51	53	5
30.	Родители больного ребенка	41	49	36	75	51	60	41	3
31.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	58	58	54	70	72	66	47	3
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	79	62	27	36	61	60	59	4

33.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	84	71	31	41	58	71	65	3
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	74	67	36	51	65	76	71	2
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	90	75	46	31	68	60	77	5
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	80	76	41	61	61	66	65	1
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	63	54	51	36	58	60	71	3
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	74	62	59	31	54	51	59	5
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	79	71	66	46	51	71	65	2
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	58	67	36	61	72	66	71	3

Сводная таблица результатов экспериментальной и контрольной группы испытуемых по методике «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре (А.Н.Волкова)».

№ исп.	Здоровье ребенка	Шкалы						
		Интимно-сексуальная	Личностная идентификация с супругом	Хозяйственно-бытовая	Родительско-воспитательная	Социальная активность	Эмоционально-психотерапевтическая	Внешняя привлекательность
1.	Родители здорового ребенка	7	9	14	13	14	12	16
2.	Родители здорового ребенка	8	6	16	18	16	13	18
3.	Родители здорового ребенка	9	7	18	16	18	14	14
4.	Родители здорового ребенка	6	5	17	17	13	18	13
5.	Родители здорового ребенка	7	9	16	12	14	16	10
6.	Родители здорового ребенка	4	8	15	16	10	9	9
7.	Родители здорового ребенка	5	7	13	14	11	11	18
8.	Родители здорового ребенка	6	9	14	13	12	15	14
9.	Родители здорового ребенка	9	4	15	18	9	13	17
10.	Родители здорового ребенка	7	6	16	14	14	10	13
11.	Родители здорового ребенка	8	7	17	8	7	9	12
12.	Родители здорового ребенка	4	5	16	10	13	15	11

13.	Родители здорового ребенка	6	3	15	16	9	16	10
14.	Родители здорового ребенка	9	7	10	11	14	17	9
15.	Родители здорового ребенка	7	5	13	17	16	14	17
16.	Родители здорового ребенка	4	6	7	12	17	13	15
17.	Родители здорового ребенка	6	8	8	13	15	12	17
18.	Родители здорового ребенка	5	9	11	16	8	17	14
19.	Родители здорового ребенка	8	4	9	7	14	16	15
20.	Родители здорового ребенка	7	6	8	9	16	15	13
21.	Родители больного ребенка	3	4	8	10	9	11	10
22.	Родители больного ребенка	2	5	6	7	10	10	5
23.	Родители больного ребенка	3	3	10	6	6	9	3
24.	Родители больного ребенка	2	6	7	8	7	6	11
25.	Родители больного ребенка	2	5	9	10	5	3	13
26.	Родители больного ребенка	5	6	11	9	17	7	14
27.	Родители больного ребенка	6	6	8	5	16	5	12
28.	Родители больного ребенка	3	4	6	4	14	6	8
29.	Родители больного ребенка	4	7	9	7	13	7	7
30.	Родители больного ребенка	7	5	5	8	8	7	4
31.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	2	4	5	6	7	5	4
32.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	3	3	8	5	10	7	10
33.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	1	2	4	5	9	8	6
34.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4	6	6	7	6	5	6
35.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	3	2	5	3	13	6	4
36.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	3	4	3	4	9	6	3
37.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	2	3	9	6	10	4	3
38.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	5	4	4	6	6	3	2
39.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	4	4	7	2	12	2	4
40.	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза	1	3	3	4	10	6	5

Методика	Шкалы		Родители здорового ребенка, %	Родители больного ребенка,%	Родители детей с психосоматическими симптомами неясного генеза (диагноз не поставлен), %
«Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман)	Проблемы отношений с родственниками и друзьями	активная позиция позитивная реакция	35	10	0
		активная позиция негативная реакция	0	20	60
		нейтральная позиция	30	20	10
		пассивная позиция позитивная реакция	35	10	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	40	30
	Вопросы, связанные с воспитанием детей	активная позиция позитивная реакция	35	0	0
		активная позиция негативная реакция	0	10	40
		нейтральная позиция	40	50	40
		пассивная позиция позитивная реакция	25	30	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	10	20
	Проявление стремления к автономии	активная позиция позитивная реакция	25	10	0
		активная позиция негативная реакция	0	20	40
		нейтральная позиция	50	50	30
		пассивная позиция позитивная реакция	25	0	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	20	30

	Нарушение ролевых ожиданий	активная позиция позитивная реакция	35	10	0
		активная позиция негативная реакция	0	0	40
		нейтральная позиция	35	70	40
		пассивная позиция позитивная реакция	30	20	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	0	20
	Рассогласование норм поведения	активная позиция позитивная реакция	35	0	0
		активная позиция негативная реакция	0	0	70
		нейтральная позиция	35	70	10
		пассивная позиция позитивная реакция	30	10	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	20	20
	Проявление доминирования одним из супругов	активная позиция позитивная реакция	25	0	0
		активная позиция негативная реакция	0	0	30
		нейтральная позиция	50	80	40
		пассивная позиция позитивная реакция	25	0	0
		пассивная позиция негативная реакция	0	20	30
Расхождения в отношении к деньгам	активная позиция позитивная реакция	25	0	0	
	активная позиция негативная реакция	0	0	0	
	нейтральная позиция	60	50	60	

		пассивная позиция			
		позитивная реакция	10	20	10
		пассивная позиция			
		негативная реакция	5	30	30
«Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна	Неконструктивные установки на брак	низкие показатели	15	0	0
		средние показатели с тенденцией к низкому	35	0	0
		средние показатели	30	50	20
		средние показатели с тенденцией к высокому	15	30	10
		высокие показатели	5	20	70
	Депрессия	низкие показатели	45	0	0
		средние показатели с тенденцией к низкому	25	0	0
		средние показатели	30	60	20
		средние показатели с тенденцией к высокому	0	20	40
		высокие показатели	0	20	40
	Протективные механизмы	низкие показатели	0	0	10
		средние показатели с тенденцией к низкому	0	20	30
		средние показатели	45	60	50
		средние показатели с тенденцией к высокому	25	20	10
		высокие показатели	30	0	0
	Дефензивные механизмы	низкие показатели	0	0	0
		средние показатели с тенденцией к низкому	0	0	40
		средние показатели	10	60	30
		средние показатели с тенденцией к высокому	25	20	20

		высокие показатели	65	20	10
	Агрессия	низкие показатели	0	0	0
		средние показатели с тенденцией к низкому	50	0	0
		средние показатели	50	90	40
		средние показатели с тенденцией к высокому	0	10	40
		высокие показатели	0	0	20
		Соматизация тревоги	низкие показатели	0	0
	средние показатели с тенденцией к низкому		30	0	0
	средние показатели		70	60	10
	средние показатели с тенденцией к высокому		0	40	60
	высокие показатели		0	0	30
	Фиксация на психотравме	низкие показатели	25	10	0
		средние показатели с тенденцией к низкому	15	0	0
		средние показатели	55	60	30
		средние показатели с тенденцией к высокому	5	20	30
		высокие показатели	0	10	40
Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре (А.Н.Волкова)	Интимно-сексуальная	высокий уровень	55	10	0
		средний уровень	45	20	30
		низкий уровень	0	70	70
	Личностная идентификация с супругом	высокий уровень	50	10	0
		средний уровень	45	80	50
		низкий уровень	5	10	50
	Хозяйственно-бытовая	высокий уровень	60	0	0
		средний уровень	40	90	40

	Родительско-воспитательная	низкий уровень	0	10	60	
		высокий уровень	50	0	0	
		средний уровень	50	80	40	
		низкий уровень	0	20	60	
	Социальная активность	высокий уровень	55	30	0	
		средний уровень	45	60	100	
		низкий уровень	0	10	0	
	Эмоционально-психотерапевтическая	высокий уровень	55	0	0	
		средний уровень	45	80	50	
		низкий уровень	0	20	50	
	«Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири)	Властный-лидирующий	низкая	40	10	0
			умеренная	50	40	30
высокая			10	50	50	
экстремальная			0	0	20	
Независимый-доминирующий		низкая	30	0	0	
		умеренная	60	30	20	
		высокая	10	50	30	
		экстремальная	0	20	50	
Покорный-застенчивый		низкая	35	10	0	
		умеренная	35	30	10	
		высокая	30	30	10	
		экстремальная	0	30	80	
Зависимый-послушный		низкая	45	0	0	
		умеренная	55	0	10	
		высокая	0	60	40	
		экстремальная	0	40	50	
Ответственный-великодушный		низкая	15	0	0	
		умеренная	50	10	20	
		высокая	25	50	30	

		экстремальная	10	40	50
Шкала депрессии Бека	Шкала депрессии	нормальное состояние	90	0	0
		умеренная депрессия	10	70	0
		выраженная депрессия	0	30	40
		тяжелая депрессия	0	0	60
Шкала психологического стресса RSM-25	Шкала психологического стресса	низкий уровень стресса	100	0	0
		средний уровень стресса	0	100	0
		высокий уровень стресса	0	0	100
Методика исследования локуса контроля (Дж. Роттера)	Экстернальность	слабая выраженность	65	0	10
		средняя выраженность	35	70	0
		высокая выраженность	0	30	90
	Интернальность	слабая выраженность	0	30	80
		средняя выраженность	35	70	10
		высокая выраженность	65	0	10
«Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райна в адаптации Т.Д. Василенко	Автономия	ниже нормы	20	40	90
		норма	80	60	10
Методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS	ПА	ПА	100	50	10
	НА	НА	0	50	90

Приложение 3. Психологические методики, используемые в исследовании

Методика «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман)

Инструкция. В отношениях между супругами довольно часто бывают недоразумения, противоречия, столкновения интересов. Ниже приводятся достаточно типичные ситуации; такие (или почти такие же) возникают в каждой семье. Бывали они, наверное, и у вас. Пожалуйста, выберите тот вариант из предлагаемых ответов, который в наибольшей степени близок к тому, как вы себя ведете в подобных ситуациях. Не стоит слишком долго задумываться над выбором ответа, так как в данном случае не может быть ответов «правильных» и «неправильных». Отметьте на ответном листе номер того варианта, который показался вам наиболее подходящим, и переходите к следующей ситуации. Все ответы будут сохранены в тайне.

Мужской вариант

1. Вы пригласили своих родственников в гости. Жена, зная об этом, неожиданно поздно вернулась домой. Вас это огорчило и после ухода гостей вы демонстрируете жене свое огорчение, а она не может понять причины недовольства. Вы...

2. Жена давно обещала сделать кое-что по дому и опять ничего не сделала. Вы...

3. Вы долго стояли в очереди в магазине. Продавщица все время отвлекалась, грубила покупателям. Когда подошла ваша очередь, жена, на ваш взгляд, слишком резко стала говорить с ней. Вы неприятно удивлены ее тоном. Вы...

4. Уже поздно, ребенку пора ложиться спать, но ему не хочется, а жена все-таки пытается отправить его в постель. Вы вмешиваетесь и разрешаете ребенку поиграть еще, говоря, что завтра выходной. Жена настаивает на своем. Вы...

5. Вы договорились выходной провести дома, но неожиданно вам позвонили родители и позвали к себе. Вы сразу же стали собираться. Жена осталась недовольна тем, что нарушились ваши совместные планы. Вы...

6. У жены плохое настроение. Вы догадываетесь, что у нее неприятности на работе, хотя она ничего не говорит. Вы пытаетесь вызвать ее на разговор, но она уходит от беседы. Вы...

7. Вы с женой приглашены на день рождения друга, денег на подарок недостаточно. Вам кажется, что именно жена в этом месяце потратила слишком много денег. Вы...

8. Ваш друг делится с вами и вашей женой своими проблемами и переживаниями. Одно из замечаний вашей жены, на ваш взгляд, выпадает из общего тона разговора и обидно для собеседника. Вы...

9. Вам обоим нужно задержаться на работе, и некому побыть с ребенком. Вы считаете, что ваши дела важнее и жена должна сделать это, но она не соглашается. Вы...

10. Вы начали ремонт квартиры. Неожиданно оказалось, что эта затея обойдется дороже, чем вы предполагали. Жена с самого начала скептически относилась к вашим планам, а теперь очень сердита на вас за непредвиденные расходы. Вы...

11. У вас есть любимое занятие, жена советует приобщить к этому ребенка. Вы же считаете, что ребенок будет вам мешать, а жена продолжает настаивать на своем. Вы...

12. Вы собираетесь уйти из дома по делам, а жена хочет с вами поговорить и недовольна, что вы отказываетесь задержаться хотя бы на несколько минут. Вы...

13. С юности у вас осталось множество друзей-женщин. Вы с удовольствием общаетесь с ними, они заходят к вам в гости. У жены эти визиты вызывают недовольство. Вы...

14. Вы зашли к жене на работу. Ее не оказалось на месте, и, пока вы ее ждали, вам явно удалось завоевать симпатии ее коллег-женщин. Вас удивила негативная реакция жены. Вы...

15. Вам кажется, что жена периодически не на то тратит деньги, вот она купила ненужную, на ваш взгляд, вещь, но жена считает, что она необходима в доме. Вы...

16. Вы просите жену помочь ребенку подготовить уроки, потому что сами хуже знакомы с этим предметом, а она продолжает заниматься своим делом и отсылает ребенка к вам, говоря, что ей некогда. Вы...

17. В последнее время на работе вы много общаетесь с одной из ваших сотрудниц. Вы часто звоните друг другу, упоминаете о ней в разговорах с женой. Ей это явно неприятно. Вы...

18. Вы случайно встретились со своим старым приятелем, разговорились с ним, и он уговорил вас зайти к нему. Вы пробыли с ним весь вечер и поздно вернулись домой. Жена беспокоилась и, когда вы вернулись, выразила вам свое недовольство. Вы...

19. За несколько дней до зарплаты опять возник разговор о том, что денег не хватает. Жена считает, что вы недостаточно делаете для обеспечения семьи. Вы...

20. Вы провели вечер с новыми друзьями, которые нравятся жене, но вам не очень симпатичны. На ваш взгляд, с ними было скучновато, но вы пытались этого не показывать. По дороге домой жена неожиданно высказала свое недовольство тем, как вы вели себя с ее друзьями. Вы...

21. Ваша жена собирается к своим старым друзьям в гости. Вам хотелось бы пойти с ней, но она не предлагает этого. Вы...

22. У вас есть любимое увлечение, которому вы уделяете свободное время, жена не разделяет этого интереса, даже выражает открытое недовольство. Вы...

23. Жена наказала ребенка, но вам кажется, что проступок не столь серьезен, и вы начинаете играть с ребенком. Жена недовольна этим. Вы...

24. В гостях вас познакомили с интересным мужчиной. Ваша жена в течение всего вечера сидела рядом с ним, танцевала только с ним и о чем-то оживленно беседовала. Вас это задело. Вы...

25. Вы собираетесь провести воскресенье дома, но оказывается, что жена обещала друзьям навестить их. Вам очень не хочется идти. Вы...

26. Вы рассказали другу о ваших семейных проблемах, жена узнала об этом и была очень недовольна, так как считает, что не стоит рассказывать всем и каждому о подобных вещах. Вы...

27. Жена давно просила вас починить утюг. Сегодня она хотела им воспользоваться, но он оказался непочиненным. Она высказала вам свое недовольство, несмотря на то что знает, что вам было некогда. Вы...

28. Знакомая вашей семьи уже не в первый раз подвела вас, и вы считаете, что ей необходимо высказать свое недовольство открыто. Жена говорит, что не стоит придавать этому большого значения. Вы...

29. У вас плохое настроение, и вам хочется поговорить с женой и поделиться своими переживаниями и сомнениями с ней, но она не замечает вашего состояния и отвечает, что поговорить можно позже, а сейчас ей некогда. Вы...

30. Приятельница жены позвонила и попросила вас передать жене кое-что, как только та вернется домой. У вас было много дел, и вы вспомнили об этом только поздно вечером. Жена была очень недовольна и резко сказала, что ваша необязательность ставит ее в неловкое положение уже не в первый раз. Вы...

31. Вечером вы собираетесь вместе с женой смотреть телевизор, однако ваши интересы пересекаются: вам хочется смотреть передачи по разным программам. Каждый из вас настаивает на своем. Вы...

32. Вы обсуждаете планы совместного отдыха с друзьями, и жена неожиданно начинает резко выступать против любого вашего предложения. Вы...

Женский вариант

1. Вы пригласили своих родственников в гости. Муж, зная об этом, неожиданно поздно вернулся домой. Вас это огорчило, и после ухода гостей вы демонстрируете мужу свое огорчение, а он не может понять причины недовольства. Вы...

2. Муж уже много раз обещал сделать вам кое-что по дому, но по-прежнему им ничего не сделано. Вы...

3. Вы долго стояли в очереди в магазине. Продавщица все время отвлекалась, грубила покупателям. Когда подошла ваша очередь, муж, на ваш взгляд, слишком резко начал говорить с ней. Вы неприятно удивлены его тоном. Вы...

4. Уже поздно, ребенку пора ложиться спать, но ему не хочется, а муж все-таки пытается отправить его в кровать. Вы вмешиваетесь и разрешаете ребенку еще немного поиграть, говоря, что завтра выходной. Муж настаивает. Вы...

5. Вы договорились выходной провести вместе дома. Но неожиданно вам позвонили родители и позвали к себе. Вы сразу же начали собираться. Муж недоволен, что нарушились ваши совместные планы. Вы...

6. У мужа плохое настроение. Вы догадываетесь, что у него неприятности на работе, хотя он ничего не говорит. Вы пытаетесь вызвать его на беседу, но он уходит от разговора. Вы...

7. Вы с мужем приглашены на день рождения друга, денег на подарок недостаточно. Вам кажется, что именно муж в этом месяце потратил их слишком много. Вы...

8. Ваша подруга делится с вами и вашим мужем своими проблемами и переживаниями. Одно из замечаний мужа, на ваш взгляд, выпадает из общего тона разговора и обидно для собеседницы. Вы...

9. Вам обоим нужно задержаться на работе, и некому побыть с ребенком. Вы считаете, что ваши дела важнее и это должен сделать муж, но он не соглашается. Вы...

10. Вы начали ремонт квартиры. Неожиданно оказалось, что эта затея обойдется дороже, чем вы предполагали. Муж с самого начала скептически относился к вашим планам, а теперь еще сердит на вас за непредвиденные расходы. Вы...

11. У вас есть любимое занятие. Муж советует приобщить к этому делу ребенка. Вы считаете, что ребенок будет вам мешать, а муж продолжает настаивать. Вы...

12. Вы собираетесь уйти из дома по делам, а муж хочет с вами поговорить и недоволен, что вы отказываетесь задержаться на несколько минут. Вы...

13. С юности у вас осталось много друзей-мужчин. Вы с удовольствием общаетесь с ними, они заходят к вам в гости. У мужа все эти визиты вызывают недовольство. Вы...

14. Вы зашли к мужу на работу. Его не оказалось на месте, и, пока вы его ждали, вам явно удалось завоевать симпатии его коллег-мужчин. Вас удивила негативная реакция мужа. Вы...

15. Вам кажется, что муж не на то тратит деньги. Вот он опять купил ненужную, на ваш взгляд, вещь, но муж считает, что она необходима в доме. Вы...

16. Вы просите мужа помочь ребенку приготовить уроки, потому что сами хуже знакомы с этим предметом, а муж продолжает заниматься своими делами, отсылает ребенка к вам, говоря, что ему некогда. Вы...

17. В последнее время на работе вы много общаетесь с одним из ваших коллег. Вы часто звоните друг другу, упоминаете о нем в разговорах с мужем. Мужу это не нравится. Вы...

18. Вы случайно встретили старую подругу, разговорились с ней, и она уговорила вас зайти к ней. Вы пробыли с ней весь вечер и поздно вернулись домой. Муж беспокоился и, когда вы вернулись, высказал вам свое недовольство. Вы...

19. За несколько дней до зарплаты опять возник разговор о том, что денег не хватает. Муж считает, что вы недостаточно делаете для обеспечения семьи. Вы...

20. Вы провели вечер с новыми друзьями, которые нравятся мужу, но вам не очень симпатичны. На ваш взгляд, с ними было скучновато, но вы пытались это не показать, а по дороге домой муж неожиданно высказал свое недовольство тем, как вы вели себя с его друзьями. Вы...

21. Ваш муж собирается к своим старым друзьям в гости. Вам хотелось бы пойти с ним, но он не предлагает этого. Вы...

22. У вас есть любимое увлечение, которому вы уделяете свободное время. Муж не разделяет этого интереса и даже выражает открытое недовольство. Вы...

23. Муж наказал ребенка, но вам кажется, что проступок не столь серьезен, и вы начинаете играть с ребенком. Муж недоволен этим. Вы...

24. В гостях у друзей вас познакомили с привлекательной женщиной. Ваш муж в течение всего вечера сидел рядом с ней, танцевал и о чем-то оживленно беседовал. Вас это задело. Вы...

25. Вы собирались провести воскресенье дома, но оказалось, что муж обещал друзьям навестить их. Вам очень не хочется идти. Вы...

26. Вы рассказали подруге о своих семейных проблемах. Муж узнал об этом и был очень недоволен, так как считает, что не стоит рассказывать всем и каждому о подобных вещах. Вы...

27. Муж давно просил зашить ему брюки. Сегодня он хотел бы их надеть, но они остались незашитыми. Он высказывает свое недовольство, несмотря на то что знает, что вам было некогда. Вы...

28. Знакомый вашей семьи уже не в первый раз подвел вас, и вы считаете, что необходимо высказать свое недовольство. Муж говорит, что не стоит придавать этому большого значения. Вы...

29. У вас плохое настроение, и вам хочется поделиться с мужем своими переживаниями, сомнениями. Вы пытаетесь заговорить с ним, но он не замечает вашего состояния и отвечает, что поговорить можно позже, а сейчас ему некогда. Вы...

30. Приятель мужа позвонил и попросил вас передать кое-что мужу, как только тот вернется домой. У вас было много дел, и вы вспомнили об этом только

поздно вечером. Муж был очень недоволен и резко сказал, что ваша необязательность уже не в первый раз ставит его в неловкое положение. Вы...

31. Вечером вы собираетесь вместе с мужем посмотреть телевизор, однако ваши интересы пересекаются: вам хочется смотреть передачи по разным программам. Каждый из вас настаивает на своем. Вы...

32. Вы обсуждаете с друзьями планы совместного отдыха. Муж неожиданно начинает резко выступать против вашего предложения. Вы...

Вопросы/ответы	«Категорически не согласен (не согласна) с тем, что жена (муж) делает и говорит в ситуации, активно возражаю ей (ему) и настаиваю на своем» (-2).	«Не согласен (не согласна) с тем, что жена (муж) делает и говорит в данной ситуации, демонстрирую свое недовольство, но избегаю открытого обсуждения» (-1).	«Ничего не предпринимаю, не высказываю своего отношения, жду дальнейшего развития событий» (0).	«В целом согласен (согласна) с тем, что жена (муж) делает и говорит, но не считаю необходимым открыто выражать свое отношение» (+1).	«Полностью согласен (согласна) с тем, что жена (муж) делает и говорит в данной ситуации, активно поддерживаю и одобряю» (+2).
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					

Опросник «Реакции супругов на конфликт» А.С. Кочаряна.

Инструкция. Цель опросника — выяснить ваши взгляды относительно некоторых семейных проблем. Вам будет предложен ряд утверждений: если вы согласны с утверждением, то поставьте в опросном листе знак «+» против соответствующего номера утверждения; если же вы не согласны, поставьте знак «-». Избегайте ответов типа «затрудняюсь ответить». Вопросы слишком короткие, чтобы в них содержались все необходимые подробности. Поэтому представьте себе типичные ситуации, обычные для вас, не задумываясь над деталями. Не обдумывайте ответ долго — отвечайте первое, что приходит в голову. Не пропускайте вопросов, обязательно отвечайте подряд на каждый. Возможно, некоторые утверждения вам трудно будет отнести к себе, но попытайтесь представить себя в этой ситуации и дайте наиболее подходящий ответ. Помните, что «плохих» и «хороших» ответов быть не может. Не пытайтесь произвести своими ответами благоприятное впечатление. Попробуйте ответить как можно более искренне.

Текст опросника «Реакции супругов на конфликт»

1. Нельзя не считаться с настроением мужа/жены.
2. Я редко испытываю чувство вины.
3. Я часто задумываюсь над тем, чего ожидает от меня муж/жена: каких слов, дел и т.п.
4. В последнее время у меня часто что-либо болит.
5. После ссор я быстро прихожу в себя.
6. В последнее время у меня часто бывает такое чувство, будто голова стянута обручем.
7. Никогда не случилось, чтобы я нетактично поступила по отношению к преподавателю.
8. Редко случается так, что я упрекаю мужа/жену в прошлых ошибках.
9. У меня нет недостатков.
10. Я не могу быстро изменить линию своего поведения по отношению к мужу/жене в зависимости от требования ситуации.

11. Я почти никогда не ввязываюсь в ссоры в публичных местах (в очереди, автобусе, кинозале и т.п.).
12. В последнее время меня часто беспокоит желудок.
13. Меня стали раздражать знакомые, друзья, и я стала чаще с ними ссориться.
14. Лучше прибегать к обману или замалчиванию, чем принимать радикальное решение по семейным проблемам.
15. Я часто сам/а себе неприятн/а.
16. За зло, которое мне причиняет муж/жена, я плачу ему/ей тем же.
17. Я никогда не опаздывал/а на работу или на учебу.
18. Временами мне так и хочется выругаться.
19. У моего/моей мужа/жены практически нет достоинств.
20. Муж/жена часто намеренно хочет меня обидеть.
21. Я обычно очень тщательно, в деталях продумываю сложившуюся семейную ситуацию.
22. Если семейная жизнь не сложилась, то лучше сразу развестись.
23. У нас в семье все в порядке, и я не пойму, почему мой/моя муж/жена недоволен/а.
24. У меня редко бывает сниженное настроение.
25. Когда муж/жена меня очень обижает, я долго не могу этого забыть.
26. Вообще я неплохой человек, но муж/жена не достоин хорошего отношения к себе.
27. Мне часто жалко себя.
28. За последнее время состояние моего здоровья не ухудшилось.
29. Я не желаю обсуждать с мужем/женой свои недостатки: у него/неё хватает своих.
30. Почти не бывает, что я иронично, с сарказмом подшучиваю над мужем/женой.
31. Обычно я пытаюсь не думать о конфликте с мужем/женой, стараюсь не замечать его/её.

32. Меня многое интересует, я любознательный человек.
33. Порой у меня возникает такое чувство, что я больше не участник семейных ссор и конфликтов, я как бы их наблюдатель.
34. Никакие дела (работа, учеба и т. п.) не снижают моего внутреннего напряжения, не позволяют хоть на время забыть семейные проблемы.
35. В жизни не было ни одного случая, чтобы я нарушил/а обещание.
36. Я часто уступаю мужу/жене, чтобы улучшить наши отношения.
37. Часто бывает так, что я долго не разговариваю с мужем/женой.
38. Считают, что любые кардинальные решения семейной проблемы опасны и неэффективны: нужно лишь немного изменить ситуацию, чтобы стало возможно жить вместе.
39. Несколько раз в неделю меня стали беспокоить неприятные ощущения под ложечкой.
40. Все кажется мне каким-то серым, безликим и одинаковым.
41. Все, что происходит у меня в семье, ужасно неприятно, но я не одинока в своих проблемах (у многих так), и это меня несколько успокаивает.
42. Я могла/мог бы простить обиду, нанесенную мне мужем/женой, но не забыть ее.
43. У меня почти никогда не бывает желания крушить и ломать все вокруг.
44. Я часто задумываюсь, как на моем месте поступил бы другой человек.
45. В семейной жизни я всегда руководствуюсь благими намерениями, и странно, что муж этого не понимает.
46. Иногда я люблю немного прихвастнуть.
47. Я понимаю тех людей, которые отдают значительную часть времени семье.
48. Я часто думаю о том, что детский период моей жизни был самым лучшим, и мне хочется снова стать ребенком.
49. Современный брак не имеет никакой ценности: обычно люди вступают в брак лишь по необходимости.
50. Мои мысли и действия часто бывают замедленны.

51. Предпочитаю уклоняться от выяснения отношений с мужем/женой.
52. У меня редко возникают раздражение и гнев по отношению к мужу/жене.
53. Из-за постоянных ссор с мужем/женой я зла/зол на весь мир: могу выместить раздражение на всяком, кто «подвернется под руку».
54. Иногда в голову приходят такие мысли, в которых никому не хочется признаваться.
55. Современные мужчины/женщины не могут быть хорошими мужьями/женами.
56. В последнее время я стала часто «ощущать» свое сердце.
57. Обычно я не говорю мужу/жене, что мы очень разные по характеру, темпераменту, интересам.
58. Жизнь незамужних женщин/мужчин имеет значительные преимущества.
59. В последнее время я значительно больше стала интересоваться тем, как укрепить свое здоровье (диетой, бегом, йогой и т.п.).
60. Часто я ощущаю нереальность, неестественность своих отношений с мужем/женой.
61. Я редко грущу.
62. Сложившаяся семейная ситуация меня угнетает, но я считаю себя не в состоянии что-либо предпринять.
63. Обычно я заранее продумываю, как себя вести в сложной семейной ситуации.
64. Некоторые считают, что я бываю слишком строг/а к мнениям мужа/жены, но я уверен/а, что он/она этого заслуживает.
65. Я всегда пытаюсь понять мужа/жену, даже несмотря на то, что он/она таких попыток не предпринимает.
66. В последнее время я стал/а больше заботиться о своем здоровье.
67. Большинство проблем, возникающих в семейной жизни, не имеют однозначного решения.

68. Мне нравятся люди, с которыми мне приходилось встречаться, даже те, которым я не симпатична/не симпатичен.

69. Порой я могу причинять душевную или физическую боль мужу/жене.

70. В моей семье не все благополучно, но я верю, что все будет так, как суждено.

71. Ничего особенного не произошло: поскандалили, поссорились, в жизни всякое бывает.

72. Я почти всегда могу сдержаться и не наговорить лишнего, не сделать мужу/жене неприятное.

73. Когда я получаю от кого-нибудь письмо, то всегда отвечаю в тот же день.

74. В последнее время я часто и не за дело стала наказывать сына (дочь).

75. Я часто ощущаю свою бесполезность и бессилие.

76. На работе я почти никогда не ввязываюсь в ссоры и конфликты с сотрудниками и начальством.

77. Мне совсем не хочется, чтобы меня жалели, сочувствовали мне.

78. Мне почти никогда не хочется сказать или сделать что-либо приятное родителям моего/моей мужа/жены.

79. Иногда я люблю посмеяться, слушая неприличные шутки, остроты.

80. Я редко чувствую усталость.

81. Мои знакомые считают, что я не совсем правильно оцениваю семейную ситуацию: чрезвычайно упрощаю ее или, наоборот, усложняю.

82. Я часто злюсь на своих родителей и ссорюсь с ними.

83. Я ничего не могу сделать для улучшения семейной ситуации: это зависит не от меня, а является проявлением общей закономерности, характерной для современной семьи.

84. Хочется уехать, забыться.

85. Не собираюсь менять свои привычки, даже если они не нравятся мужу.

86. Иногда случается, что я говорю неправду.

87. Я способна многое сделать.

88. Мне часто говорят, что я неправильно понимаю своего/свою мужа/жену.
89. У меня часто бывает ощущение физической слабости.

Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре (А.Н. Волкова)

Инструкция.

Супругам предлагается самостоятельно ознакомиться с набором утверждений, соответствующих их полу, и со следующей письменной инструкцией: «На предложенных Вам карточках напечатаны различные утверждения о браке, семье, отношениях мужа и жены. Перед Вами лежат четыре карточки с напечатанными вариантами ответов: «Полностью согласен», «В общем это верно», «Это не совсем так», «Это неверно». Внимательно читая каждое утверждение, распределите все карточки соответственно этим четырем вариантам ответов.

- Если Вы полностью разделяете утверждение, положите его под карточкой «Полностью согласен».
- Если Вы считаете, что утверждение верно, но с небольшими оговорками и дополнениями, положите его под карточкой «В общем это верно».
- Если утверждение кажется Вам непригодным для Вас, но в нем есть что-то, с чем Вы согласны, положите его под карточкой «Это не совсем так».
- Если Вы категорически не согласны с утверждением, положите его под карточкой «Это неверно».

Распределяя карточки с утверждениями на четыре группы, постарайтесь выразить Ваше личное мнение, а не то, что принято среди Ваших близких и друзей.

Мужской вариант

1. Настроение и самочувствие человека зависит от удовлетворения его сексуальных потребностей
2. Счастье в браке зависит от сексуальной гармонии супругов.
3. Сексуальные отношения – главное в отношениях мужа и жены.
4. Главное в браке – чтобы у мужа и жены было много общих интересов.
5. Жена – это друг, который разделяет мои интересы, мнения, увлечения.

6. Жена – это, прежде всего друг, с которым можно поговорить о своих делах.
7. Самая главная забота жены – чтобы в семье все были накормлены и ухожены.
8. Женщина многое теряет в моих глазах, если она плохая хозяйка.
9. Женщина может гордиться собой, если она хорошая хозяйка своего дома.
10. Я хотел бы, чтобы моя жена любила детей и была им хорошей матерью.
11. Женщина, которая тяготится материнством, неполноценная женщина.
12. Для меня главное в женщине, чтобы она была хорошей матерью моим детям.
13. Мне нравятся деловые и энергичные женщины.
14. Я очень ценю женщин, всерьез увлеченных своим делом.
15. Для меня очень важно, как оценивают на работе деловые и профессиональные качества моей жены.
16. Жена должна, прежде всего, создавать и поддерживать теплую, доверительную атмосферу в семье.
17. Для меня главное – чтобы моя жена хорошо понимала меня и принимала таким, каков я есть.
18. Жена – это, прежде всего друг, который внимателен и заботлив к моим переживаниям, настроению, состоянию.
19. Мне очень нравится, когда моя жена красиво и модно одета.
20. Я очень ценю женщин, умеющих красиво одеваться.
21. Женщина должна выглядеть так, чтобы на нее обращали внимание.
22. Я всегда знаю, что нужно купить для нашего дома.
23. Я люблю заниматься домашними делами.
24. Я могу сделать ремонт и отделку квартиры, починку бытовой техники.
25. Дети любят играть со мной, охотно общаются, идут на руки.

26. Я очень люблю детей и умею с ними заниматься.
27. Я принимал бы активное участие в воспитании своего ребенка, даже если бы мы с женой решили расстаться.
28. Я стремлюсь добиться своего места в жизни.
29. Я хочу стать хорошим специалистом своего дела.

Женский вариант

1. Настроение и самочувствие человека зависит от удовлетворения его сексуальных потребностей.
2. Счастье в браке зависит от сексуальной гармонии супругов.
3. Сексуальные отношения – главное в отношениях мужа и жены.
4. Главное в браке – чтобы у мужа и жены было много общих интересов.
5. Муж – это друг, который разделяет мои интересы, мнения, увлечения.
6. Муж – это, прежде всего друг, с которым можно поговорить о своих делах.
7. Самая главная забота мужа – обеспечить материальный достаток и бытовой комфорт семьи.
8. Муж должен заниматься домашним хозяйством наравне с женой.
9. Муж должен уметь обслужить себя, а не ждать, что жена возьмет на себя все заботы о нем.
10. Муж должен заниматься детьми не меньше, чем жена.
11. Я хотела бы, чтобы мой муж любил детей.
12. О мужчине я сужу по тому, хороший или плохой он отец своим детям.
13. Мне нравятся энергичные, деловые мужчины.
14. Я очень ценю мужчин, серьезно увлеченных своим делом.
15. Для меня очень важно, как оценивают на работе деловые и профессиональные качества моего мужа.
16. Муж должен уметь создавать в семье теплую, доверительную атмосферу.

17. Для меня главное – чтобы мой муж хорошо понимал меня и принимал такой, какая я есть.
18. Муж – это, прежде всего друг, который внимателен и заботлив к моим переживаниям, настроению, состоянию.
19. Мне нравится, когда мой муж красиво и модно одет.
20. Мне нравятся видные, рослые мужчины.
21. Мужчина должен выглядеть так, чтобы на него было приятно посмотреть.
22. Самая главная забота женщины, чтобы в семье все были ухожены.
23. Я всегда знаю, что нужно купить для моей семьи.
24. Я собираю полезные советы хозяйке: как готовить вкусные блюда, консервировать овощи, фрукты.
25. Главную роль в воспитании ребенка всегда играет мать.
26. Я не боюсь трудностей, связанных с рождением и воспитанием ребенка.
27. Я люблю детей и с удовольствием занимаюсь с ними.
28. Я стремлюсь добиться своего места в жизни.
29. Я хочу стать хорошим специалистом своего дела.

Вопросы/ ответы	«Полностью согласен»	«В общем это верно»	«Это не совсем так»	«Это неверно»
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				

«Диагностики межличностных отношений» (Т. Лири)

Инструкция. Перед вами опросник, содержащий различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую и подумать, соответствует ли она Вашему представлению о себе. Отвечая на вопросы методики, выразите свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок «Да» или «Нет». Постарайтесь проявить максимальные внимательность и откровенность, чтобы избежать повторного обследования. Итак, какой Вы человек? (Каким человеком я хотел бы быть? Каков тот человек, которому Вы даете характеристику?)».

Я – человек, который: (или – он/она человек, который:)

1. Способный к сотрудничеству, взаимопомощи.
2. Уверен в себе.
3. Пользуется уважением у других.
4. Не терпит, чтобы им командовали.
5. Откровенный.
6. Жалобщик.
7. Часто прибегает к помощи других.
8. Ищущий одобрения.
9. Доверчив и стремится радовать других.
10. Любит ответственность.
11. Производит впечатление значительности.
12. Обладает чувством достоинства.
13. Ободряющий.
14. Благодарный.
15. Злой, жестокий.
16. Хвастливый.
17. Своекорыстный.
18. Способен признать свою неправоту.
19. Деспотичный.
20. Умеет настоять на своем.

21. Великодушен, терпим к недостаткам.
22. Начальственно-повелительный.
23. Стремится покровительствовать.
24. Способен вызвать восхищение.
25. Предоставляет другим принимать решения.
26. Прощает все.
27. Кроткий.
28. Может проявить безразличие.
29. Бескорыстный.
30. Любит давать советы.
31. Зависимый, несамостоятельный.
32. Самоуверен и напорист.
33. Ожидает восхищения от каждого.
34. Часто печален.
35. На него трудно произвести впечатление.
36. Общительный и уживчивый.
37. Открытый и прямолинейный.
38. Озлобленный.
39. Любит подчиняться.
40. Распоряжается другими.
41. Способен быть критичным к себе.
42. Щедрый.
43. Всегда любезен в обращении.
44. Уступчивый.
45. Застенчивый.
46. Любит заботиться о других.
47. Думает только о себе.
48. Покладистый.
49. Отзывчивый к призывам о помощи.
50. Умеет распоряжаться, приказывать.

51. Часто разочаровывается.
52. Неумолимый, но беспристрастный.
53. Часто гневлив.
54. Критичен к другим.
55. Всегда дружелюбен.
56. Сноб (судит о людях по рангу и достатку, а не по личным качествам).
57. Способен проявлять недоверие.
58. Очень почитает авторитеты.
59. Ревнивый.
60. Любит «поплакаться».
61. Робкий.
62. Обидчивый, щепетильный.
63. Часто бывает недружелюбен.
64. Властный.
65. Безынициативный.
66. Способен быть суровым.
67. Деликатный.
68. Всем симпатизирует.
69. Деловитый, практичный.
70. Переполнен чрезмерным сочувствием.
71. Внимательный и ласковый.
72. Хитрый и расчетливый.
73. Дорожит мнением окружающих.
74. Надменный и самодовольный.
75. Чрезмерно доверчив.
76. Готов довериться любому.
77. Легко смущается.
78. Независимый.
79. Эгоистичный.
80. Нежный, мягкосердечный.

81. Легко поддается влиянию других.
82. Уважительный.
83. Производит впечатление на окружающих.
84. Добросердечный.
85. Охотно принимает советы.
86. Обладает талантом руководителя.
87. Легко попадает впросак.
88. Долго помнит обиды.
89. Легко поддается влиянию друзей.
90. Проникнут духом противоречия.
91. Портит людей чрезмерной добротой.
92. Слишком снисходителен к окружающим.
93. Тщеславный.
94. Стремится снискать расположение каждого.
95. Восхищающийся, склонный к подражанию.
96. Охотно подчиняется.
97. Со всеми соглашается.
98. Заботится о других в ущерб себе.
99. Раздражительный.
100. Стыдливый.
101. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться.
102. Дружелюбный, доброжелательный.
103. Холодный, вселяющий уверенность.
104. Холодный, черствый.
105. Стремящийся к успеху.
106. Нетерпим к ошибкам других.
107. Благорасположенный ко всем без разбора.
108. Строгий, но справедливый.
109. Всех любит.
110. Любит, чтобы его опекали.

111. Почти никогда и никому не возражает.
112. Мягкотелый.
113. Другие думают о нем благосклонно.
114. Упрямый.
115. Стойкий и крутой, где надо.
116. Может быть искренним.
117. Скромный.
118. Способен сам позаботиться о себе.
119. Скептичен.
120. Язвительный, насмешливый.
121. Навязчивый.
122. Злопамятный.
123. Любит соревноваться.
124. Стремится ужиться с другими.
125. Неуверенный в себе.
126. Старается утешить каждого.
127. Самобичующий.
128. Бесчувственный, равнодушный.

«Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко
Инструкция.

Напротив номера вопроса поставьте, пожалуйста, цифру, соответствующую варианту Вашего ответа: 1 – абсолютно неверно; 2 – неверно; 3 – скорее неверно; 4 – не знаю; 5 – скорее верно; 6 – верно; 7 – совершенно верно. Не задумывайтесь подолгу над ответами. Помните, что правильных или неправильных ответов в данном случае быть не может.

Текст опросника/Бланк

1. Я чувствую, что свободен в принятии жизненно-важных решений;
2. Я общаюсь с теми людьми, которые мне нравятся;
3. В основном я чувствую себя недостаточно компетентным;
4. Я часто чувствую давление со стороны окружающих;
5. Люди, которые знают меня, говорят, что я хорошо справляюсь с тем, что я делаю;
6. Я умею ладить с окружающими;
7. Я зачастую держусь отстраненно и не стремлюсь к большому количеству социальных контактов;
8. Я обычно не стесняюсь выражать свои идеи и мнения;
9. Я считаю людей, с которыми я обычно общаюсь, своими друзьями;
10. Недавно я овладел новыми и интересными навыками;
11. В моей повседневной жизни, я часто должен делать то, что мне говорят;
12. Люди заботятся обо мне;
13. Обычно я испытываю чувство завершенности оттого, что я делаю;
14. Люди, с которыми я ежедневно общаюсь, внимательны к моим чувствам;
15. В большинстве случаев у меня нет возможности показать, то на что я способен;
16. У меня мало близких людей;
17. Я склонен быть самим собой в обычной жизни;

18. Люди, с которыми я обычно общаюсь, похоже, не так сильно меня любят;
19. Я часто чувствую себя не способным на что-либо;
20. У меня не так много возможностей решать самому, что мне делать;
21. Люди в основном дружелюбны ко мне.

**Методика «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта»
(ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS).**

Инструкция. Этот опросник состоит из перечня прилагательных, которые описывают различные чувства и эмоции. Прочитайте каждое прилагательное и отметьте рядом с ним, в какой мере Вы чувствовали себя так в течение прошедших нескольких недель. Используйте следующие варианты ответов:

Почти или совсем нет	Немного	Умеренно	Значительно	Очень сильно
1	2	3	4	5

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. _____ увлеченный | 11. _____ раздраженный |
| 2. _____ подавленный | 12. _____ сосредоточенный |
| 3. _____ радостный | 13. _____ стыдящийся |
| 4. _____ расстроенный | 14. _____ вдохновленный |
| 5. _____ полный сил | 15. _____ нервный |
| 6. _____ виноватый | 16. _____ решительный |
| 7. _____ испуганный | 17. _____ внимательный |
| 8. _____ злой | 18. _____ беспокойный |
| 9. _____ заинтересованный | 19. _____ бодрый |
| 10. _____ уверенный | 20. _____ тревожный |

Шкала депрессии Бека

Инструкция.

В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали **НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ**. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе.

№1

1. Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
2. Я расстроен.
3. Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
4. Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

№2

1. Я не тревожусь о своем будущем.
2. Я чувствую, что озадачен будущим.
3. Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
4. Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

№3

1. Я не чувствую себя неудачником.
2. Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
3. Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
4. Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

№4

1. Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
2. Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
3. Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
4. Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

№5

1. Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
2. Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
3. Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
4. Я постоянно испытываю чувство вины.

№6

1. Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
2. Я чувствую, что могу быть наказан.
3. Я ожидаю, что могу быть наказан.
4. Я чувствую себя уже наказанным.

№7

1. Я не разочаровался в себе.
2. Я разочаровался в себе.
3. Я себе противен.
4. Я себя ненавижу.

№8

1. Я знаю, что я не хуже других.
2. Я критикую себя за ошибки и слабости.
3. Я все время обвиняю себя за свои поступки.
4. Я виню себя во всем плохом, что происходит.

№9

1. Я никогда не думал покончить с собой.
2. Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

3. Я хотел бы покончить с собой.

4. Я бы убил себя, если бы представился случай.

№10

1. Я плачу не больше, чем обычно.
2. Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
3. Теперь я все время плачу.

4. Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

№11

1. Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
2. Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
3. Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
4. Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

№12

1. Я не утратил интереса к другим людям.
2. Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
3. Я почти потерял интерес к другим людям.
4. Я полностью утратил интерес к другим людям.

№13

1. Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
2. Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
3. Мне труднее принимать решения, чем раньше.
4. Я больше не могу принимать решения.

№14

1. Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
2. Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
3. Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
4. Я знаю, что выгляжу безобразно.

№15

1. Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
2. Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
3. Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
4. Я совсем не могу выполнять никакую работу.

№16

1. Я сплю так же хорошо, как и раньше.

2. Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
3. Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
4. Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

№17

1. Я устаю не больше, чем обычно.
2. Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
3. Я устаю почти от всего, что я делаю.
4. Я не могу ничего делать из-за усталости.

№18

1. Мой аппетит не хуже, чем обычно.
2. Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
3. Мой аппетит теперь значительно хуже.
4. У меня вообще нет аппетита.

№19

1. В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
2. За последнее время я потерял более 2 кг.
3. Я потерял более 5 кг.
4. Я потерял более 7 кг. Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше

№20

1. Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
2. Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
3. Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
4. Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

№21

1. В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.

2. Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.
3. Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.
4. Я полностью утратил либидо интерес.

Вопроса/ ответ	1	2	3	4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

**Шкала психологического стресса PSM-25 (в адаптации Н.Е.
Водопьяновой)**

Инструкция. Предлагается ряд утверждений, характеризующих психическое состояние. Оцените, пожалуйста, ваше состояние за последнюю неделю с помощью 8-балльной шкалы. Для этого на бланке опросника рядом с каждым утверждением обведите число от 1 до 8, которое наиболее точно определяет ваши переживания. Здесь нет неправильных или ошибочных ответов. Отвечайте как можно искреннее. Для выполнения теста потребуется приблизительно пять минут.

Цифры от 1 до 8 означают частоту переживаний:

1 — «никогда»; 2 — «крайне редко»; 3 — «очень редко»; 4 — «редко»; 5 — «иногда»; 6 — «часто»; 7 — «очень часто»; 8 — «постоянно (ежедневно)».

1. Состояние напряженности и крайней взволнованности (взвинченности)
2. Ощущение кома в горле и/или сухости во рту
3. Я перегружен (а) работой. Мне совсем не хватает времени
4. Я второпях проглатываю пищу или забываю поесть
5. После работы я не могу отключиться от мыслей о незавершенных делах, проблемах, планах; я «застреваю» на переживаниях рабочих ситуаций и нерешенных вопросов, обдумываю свои идеи снова и снова
6. Я чувствую себя одиноким (ой) и непонятым (ой)
7. Я страдаю от физического недомогания; у меня головокружение, головные боли, напряженность и дискомфорт в области шейного отдела, боли в спине, спазмы в желудке
8. Я поглощен (а) мрачными мыслями, измучен (а) тревожными состояниями
9. Меня внезапно бросает то в жар, то в холод
10. Я забываю о встречах или делах, которые должен сделать или решить

11. У меня часто портится настроение; я легко могу заплакать от обиды или проявить агрессию, ярость
12. Я чувствую себя уставшим человеком
13. В трудных ситуациях я крепко стискиваю зубы (или сжимаю кулаки)
14. Я спокоен (на) и безмятежен (на)*
15. Мне тяжело дышать и/или у меня внезапно перехватывает дыхание
16. Я имею проблемы с пищеварением и с кишечником (боли, колики, расстройства или запоры)
17. Я взволнован (а), обеспокоен (а), возбужден (а)
18. Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляют меня вздрагивать
19. Мне необходимо более чем полчаса для того, чтобы уснуть
20. Я сбит (а) с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности, и я не могу сконцентрировать внимание
21. У меня усталый вид; мешки или круги под глазами
22. Я чувствую тяжесть на своих плечах
23. Я встревожен (а), мне необходимо постоянно двигаться; я не могу стоять или сидеть на одном месте
24. Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроение или жесты
25. Я чувствую напряженность

Методика определения локуса контроля (Дж. Роттер)

Инструкция. Вам будет представлен ряд утверждений. Прочтите каждое высказывание в паре и решите, с каким из них вы согласны в большей степени. На бланке ответов обведите кружком одну из букв – «а» или «б».

№	Вариант «а»	Вариант «б»
1	Дети попадают в беду потому, что родители слишком часто их наказывают.	В наше время неприятности происходят с детьми чаще всего потому, что родители слишком мягко относятся к ним.
2	Многие неудачи происходят от невезения.	Неудачи людей являются результатом их собственных ошибок.
3	Одна из главных причин, почему совершаются аморальные поступки, состоит в том, что окружающие мирятся с ними.	Аморальные поступки будут происходить всегда, независимо от того, насколько усердно окружающие пытаются их предотвратить.
4	В конце концов к людям приходит заслуженное признание.	К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными.
5	Мнение, что преподаватели несправедливы к учащимся, неверно.	Многие учащиеся не понимают, что их отметки могут зависеть от случайных обстоятельств.
6	Успех руководителя во многом зависит от удачного стечения обстоятельств.	Способные люди, которые не стали руководителями, сами не использовали свои возможности.
7	Как бы вы ни старались, некоторые люди все равно не будут симпатизировать	Тот, кто не сумел завоевать симпатии окружающих, просто не умеет ладить с другими.
8	Наследственность играет главную роль в формировании характера и поведения человека.	Только жизненный опыт определяет характер и поведение.
9	Я часто замечал справедливость поговорки: «Чему быть – того не миновать».	По-моему, лучше принять решение и действовать, чем надеяться на судьбу.
10	Для хорошего специалиста даже проверка с пристрастием не представляет затруднений.	Даже хорошо подготовленный специалист обычно не выдерживает проверки с пристрастием.
11	Успех является результатом усердной работы и мало зависит от везения.	Чтобы добиться успеха, нужно не упустить удобный случай.

12	Каждый гражданин может оказывать влияние на важные; государственные решения.	Обществом управляют люди, которые выдвинуты на общественные посты, а рядовой человек мало что может сделать.
13	Когда я строю планы, то я вообще убежден, что смогу осуществить их.	Не всегда разумно планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
14	Есть люди, о которых можно смело сказать, что они нехорошие.	В каждом человеке есть что-то хорошее.
15	Осуществление моих желаний не связано с везением.	Когда не знают, как быть, подбрасывают монету. По-моему, в жизни можно часто прибегать к этому.
16	Руководителем нередко становятся благодаря счастливому стечению обстоятельств.	Чтобы стать руководителем, нужно уметь управлять людьми. Везение здесь ни при чем.
17	Большинство из нас не могут влиять сколько-нибудь серьезно на мировые события.	Принимая активное участие в общественной жизни, люди могут управлять событиями в мире.
18	Большинство людей не понимают, насколько их жизнь зависит от случайных обстоятельств.	На самом деле такая вещь, как везение, не существует.
19	Всегда нужно уметь признавать свои ошибки.	Как правило, лучше не подчеркивать своих ошибок.
20	Трудно узнать, действительно ли вы нравитесь человеку или нет.	Число ваших друзей зависит от того, насколько вы располагаете к себе других.
21	Если приложить достаточно усилий, то формализм и бездушие можно искоренить.	Большинство неудач являются результатом отсутствия способностей, незнания, лени или всех трех причин вместе взятых.
22	Если приложить достаточно усилий, то формализм и бездушие можно искоренить.	Есть вещи, с которыми трудно бороться, поэтому формализм и бездушие не искоренить.
23	Иногда трудно понять, на чем основываются руководители, когда они выдвигают человека на поощрение.	Поощрения зависят от того, насколько усердно человек трудится.
24	Хороший руководитель ожидает от подчиненных,	Хороший руководитель ясно дает понять, в чем состоит работа

	чтобы они сами решали, что они должны делать.	каждого подчиненного.
25	Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.	Не верю, что случай или судьба могут играть важную роль в моей жизни.
26	Люди одиноки из-за того, что не проявляют дружелюбия к окружающим.	Бесполезно слишком стараться расположить к себе людей: если ты им нравишься, то нравишься.
27	Характер человека зависит главным образом от его силы воли.	Характер человека формируется в основном в коллективе.
28	То, что со мной случается – это дело моих собственных рук.	Иногда я чувствую, что моя жизнь развивается в направлении, не зависящем от моей силы воли.
29	Я часто не могу понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.	В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.

Бланк ответов

1	а б	9	а б	17	а б	25	а б
2	а б	10	а б	18	а б	26	а б
3	а б	11	а б	19	а б	27	а б
4	а б	12	а б	20	а б	28	а б
5	а б	13	а б	21	а б	29	а б
6	а б	14	а б	22	а б		
7	а б	15	а б	23	а б		
8	а б	16	а б	24	а б		