

АННОТАЦИЯ

диссертации ПАВЛОВОЙ Екатерины Викторовны по магистерской программе «Общая психология и психология личности»

«ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С АНОРЕКСИЕЙ»

Научный руководитель – Добряков И.В.

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

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

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