

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Исследование детско-родительских отношений в семьях с подростками

Обучающийся

К.С. Шубина

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

канд. пед. наук., Л.Ф. Чекина

руководитель

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы исследования проблематики детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам.....	14
1.1 Теоретический анализ психолого-педагогической литературы детско-родительских отношений.....	14
1.2 Особенности протекания формирования зависимости к психоактивным веществам в период подросткового возраста.....	21
1.3 Влияние детско-родительских отношений на формирование зависимости к психоактивным веществам у детей подросткового возраста.....	32
Глава 2 Опытное-экспериментальное исследование детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам.....	45
2.1 Характеристика базы исследования.....	45
2.2 Описание и анализ результатов изучения детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам.....	53
2.3 Разработка и проведение мероприятий, направленных на оптимизацию детско-родительских отношений в семьях с подростками зависимостью к психоактивным веществам.	72
2.4 Анализ результатов после проведения цикла мероприятий направленных, на оптимизацию детско-родительских отношений в семьях с подростками зависимостью к психоактивным веществам.....	77
Заключение.....	86
Список используемых источников.....	91

Приложение А	Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин.....	95
Приложение Б	Результаты исследования констатирующего этапа с применением индивидуальной беседы	96
Приложение В	Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Г. Айзенка.....	97
Приложение Г	Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина.....	98
Приложение Д	Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника «Шкала одиночества» Д. Расселома и М. Фергюсоном.....	99
Приложение Е	Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Басса-Дарки.....	100

## Введение

**Актуальность исследования.** В настоящее время распространённость употребления психоактивных веществ охватывает обширные круги населения, в том числе и детей подросткового возраста. Вследствие чего одной из актуальных проблем в областях педагогики, психологии, социологии и медицины выделяется проблематика употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди подростков, в связи с тем, что данные вещества негативно сказываются на психофизиологическом здоровье, нравственном становлении личности, а также оказывают влияние на социально-экономические основы благополучия семьи и детско-родительские отношения.

Увеличение уровня употребления психоактивных веществ, среди детей подросткового возраста, связывают с такими причинами, как изменение стрессогенности социальной, психологической и экономической ситуации в стране, подростковый период, как фактор риска возникновения асоциальных отклонений. Многие исследователи отмечают, что употребление подростками психоактивных веществ связано, с биологическими (наследственная предрасположенность, нарушения нейромедиаторного характера), психологическими (на фоне нарушения эмоционально-волевой сферы, личностно-поведенческие особенности), социальными (влияние окружающей среды) и духовными (нарушение формирования ценностных ориентиров) аспектами [28].

Статистические данные, представленные Всемирной Организации Здравоохранения, позволяют обозначить рост числа употребления психоактивных веществ. Согласно данным из «7 млрд. человек населения нашей планеты – 210 млн. употребляют психоактивные вещества» [28]. Следовательно, у 3% человечества выявлена зависимость от психоактивных веществ. Стоит отметить, что снизился возрастной порог употребляющих, так в настоящее время отмечается зависимость у 12-17 летних детей.

Последние пять лет отмечены резким увеличением числа вируса иммунодефицита человека – инфицированных в локациях, где доминировала наркозависимость. Статистика демонстрирует неутешительную картину в Болгарии, Эстонии, Литве, Греции и России [28].

По данным российского конгресса «Психическое здоровье в меняющемся мире» 2024 года, в России и за рубежом все больше людей становятся зависимыми от синтетических катинонов. Мотивация на отказ от употребления психоактивных веществ – ключевой фактор успешного лечения. Однако анозогнозия затрудняет ее формирование. Роль отдельных параметров в развитии анозогнозии у пациентов с синтетическими катинонами противоречива» [12, с. 170].

Согласно результатам статистической обработки, зафиксированных в сборнике Российского статистического ежегодника, отмечается увеличения зарегистрированных случаев обращения с заболеванием наркоманией в возрастном диапазоне с 0 до 14 лет: «в 2020 году – 6 случаев, в 2021 году – 8 случаев, в 2022 году – 9 случаев, в возрастном диапазоне с 15 до 17 лет: в 2020 году – 120 случаев, в 2021 году – 223 случаев, в 2022 году – 226 случаев. Статистические данные, фиксирующие клиентов, находящихся на учете лечебно-профилактических учреждения так увеличиваются: в возрастном диапазоне с 0 до 14 лет – в 2020 году – 8 случаев, в 2021 году – 20 случаев, в 2022 году – 19 случаев, в возрастном диапазоне с 15 до 17 лет: в 2020 году – 286 случаев, в 2021 году – 416 случаев, в 2022 году – 516 случаев. Так же стоит отметить статистические данные, отражающие численность случаев постановки на профилактический учет в связи с употреблением однократно наркотических веществ в возрастном диапазоне с 0 до 14 лет – в 2020 году – 179 случаев, в 2021 году – 178 случаев, в 2022 году – 188 случаев, в возрастном диапазоне с 15 до 17 лет: в 2020 году – 2532 случая, в 2021 году – 2417 случаев, в 2022 году – 2158 случаев» [28, с. 237].

Следует отметить, что статистические данные основываются на случаях, которые официально зарегистрированы в медицинских

организациях. При этом часто родители, опасаясь дальнейших последствий, которые могут оказать отрицательное воздействие на жизнь и трудоустройство ребенка, предпочитают умалчивать о возникших проблемах с употреблением психоактивных веществ. Так же проявление признаков девиантного поведения в подростковом возрасте не всегда связывают с употреблением психоактивных веществ, обозначая истинную причину уже в совершеннолетнем возрасте.

В научно-практических исследованиях авторами подростковая наркомания раскрывается через патологическую зависимость в период подросткового возраста от наркотических веществ, развивающуюся на фоне взаимодействия психологических, биологических и социальных факторов. К характерным особенностям проявления зависимости от потребления ПАВ у подростка можно отнести психопатологические нарушения, проявляющиеся в изменение личности, на фоне которых у подростка наблюдаются признаки психопатологических нарушений в поведении и чертах личности, ухудшение адаптационных возможностей, изменения на психофизиологическом уровне развития организма.

В настоящее время многие исследователи связывают увеличение употребления наркотических веществ среди детей подросткового возраста с появлением на территории Российской Федерации синтетических соединений, к числу которых относятся миксы, соли и спайсы, которые классифицируются, как легкие наркотические вещества, вызывающие воздействие на центральную-нервную систему, создаваемые лабораторные путем, направленные на проявление зависимости в короткий период приема. Токсичность у таких препаратов выше, как и риск передозировки. Алкоголь, как вещество изменяющее сознание также присутствует в атрибутике молодежи, но среди подростков, поставленных на учет к наркологу, больше тех, кто имеет опыт употребления синтетических психостимуляторов, таких как мефедрон, гашиш. Эти препараты именно сильно воздействуют на центральную нервную систему и вызывают моментальное привыкание [13].

Меры борьбы с наркоманией в России не влияют на ситуацию глобально, а оказывают лишь кратковременное действие. В 2024 году заболеваемость не просто остается высокой – количество наркозависимых лиц продолжает расти ежедневно, что зачастую не отображается в официальных данных. Увлечись наркотиками может любой человек, и чтобы ему помочь, необходимо вовремя увидеть симптомы болезни и мотивировать его на прохождение реабилитации [13].

Причины подростковой наркомании могут начинаться с разного повода: что бы было веселее, облегчить общение и раскрепоститься, забыться, уйти от боли, испытать что-то новое, за компанию, «не слабо».

Зависимость от психоактивных веществ может начать с разового употребления с друзьями и привести к четвертой стадии химической зависимости, когда самостоятельно справиться с этой проблемой довольно сложно и часто зависимому, помогают близкие, родители, обнаружив симптомы или явные признаки систематического употребления.

При этом, попадая в зависимую ситуацию, подросток либо остается один, либо родители пытаются оказать ему необходимую помощь и поддержку. Но часто родители не могут самостоятельно справиться с подростковой зависимостью, оказываясь в сложных разрушительных взаимоотношениях с подростком, на фоне которых наблюдаются нарушения детско-родительских связей.

Чаще всего родитель, узнав о пагубном употреблении подростком психоактивных веществ, пребывает в растерянности, старается решить эту проблему внутри семьи и не сразу обращается к специалистам, что только усугубляет ситуацию. Находясь, в собственном страхе, сопровождающемся и ещё стыдом, и чувством вины родитель не знает, как быть в данной ситуации. Отсутствие знаний и навыков при зависимости и созависимости накаляют детско-родительские отношения, делают их конфликтными.

Неся ответственность не только за жизнь и здоровье ребенка, но и за дальнейшую его судьбу, родитель попадает в ситуацию непонимания.

На фоне сложившихся обстоятельств снижается эмоциональный фон, как родителя, так и ребенка, наблюдаются проявления тревожного и агрессивного поведения. Находясь в таком состоянии, родитель допускает череду ошибок, которые приводят к нарушению взаимодействия между ним и ребенком, между ним и специалистами, стремившимися оказать помощь семье, усугубляет положение подростка, который желая исправить обстоятельства или избавиться от проблем, может еще больше приобщиться к наркомании. Следовательно, при проведении медико-психолого-педагогических мероприятий, направленных на лечение или профилактику употребления психоактивных веществ среди подростков необходимо планировать направления работы не только с самими детьми, но и их родителями, улучшать детско-родительские отношения, на фоне которых будет закладываться основы поддержки и понимания, нормализовать эмоционально-волевую сферу участников, гармонизовать коммуникативную область.

Детско-родительские отношения – это семейные отношения, в которые непосредственно вовлечен ребенок. Родитель – это тот, кто несёт ответственность за жизнь ребёнка и за собственную жизнь тоже. Эмоциональная нагрузка в данном случае ложится и за ребёнка, в переживаниях за его судьбу, и нагрузка, которую родитель проживает, как своё собственное состояние. Справляется ли родитель, всё ли в порядке внутри семьи, если появилось употребление, что предшествовало этому, какое участие играет родительская роль – без взаимодействия с родителем определить не просто.

Пониманию особенностей детско-родительских взаимоотношений и влияние их на становление личности, как целостности, посвящены исследования многих отечественных и зарубежных ученых, таких как: Л.И. Божович, Л.С. Выготского, Т.В. Драгуновой, А.Е. Личко, Н.Н. Авдеевой, Д.И. Фельдштейна, Г.А. Цукерман, И.В. Шаповаленко, Д.Б. Эльконина, Д. Боулби, В.И. Гарбузова и других [31], [32],[33], [35], [36].

Проблема исследования заключается в несоответствии между формированием детско-родительских отношений на фоне возникновения склонности у детей подросткового возраста к употреблению психоактивных веществ и нарушениями взаимоотношений между ребенком и родителем, изменением эмоциональной сферы родителей, оказывающее влияние на внутрисемейные отношения.

Анализ литературных источников и осмысление вышеупомянутых вопросов в контексте оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам позволили выявить некоторые фундаментальные противоречия между ними:

– практическое использование комплексной психолого-педагогической программы, направленной на оптимизацию детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам и недостаточной методологической базой в реабилитационных центрах, включающих мероприятия по работе с родителями;

– необходимость разработки комплексных психолого-педагогических программ в психокоррекционной работе с семьями с подростками с зависимостью к ПАВ и отсутствие исследований практических возможностей реализации программ по оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к ПАВ.

Следовательно, исходя из выше представленного нами, обусловлена тема магистерской диссертационной работы «Исследование детско-родительских отношений в семьях с подростками».

Целью исследования – является изучить и оптимизировать детско-родительские отношения в семьях с подростками зависимостью к ПАВ.

Объект исследования – детско-родительские отношения.

Предметом исследования – детско-родительские отношения с подростками, употребляющими ПАВ.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, оптимизация детско-родительских отношений в семьях с подростками зависимостью к ПАВ,

будет способствовать разработанные мероприятия, направленных на развитие психологической компетентности об особенностях поведения и личностных изменениях подростка, на установление доверительных отношений и снижение эмоционального напряжения. С целью достижения поставленной цели нами были сформулированы следующие задачи исследования:

- на основе научной литературы рассмотреть основные теоретико-методологические особенности понятия детско-родительских отношений;
- на основе теоретического и эмпирического научного материала выявить особенности протекания формирования зависимости к психоактивным веществам в период подросткового возраста;
- исследовать детско-родительские отношения на формирование зависимости к психоактивным веществам у детей подросткового возраста.

Теоретико-методологической основой исследования явилась культурно-историческая теория Л.С. Выготского [11]; пониманию особенностей детско-родительских взаимоотношений и влияние их на становление личности, как целостности, посвящены исследования многих отечественных и зарубежных ученых, таких как: Л.И. Божович, Л.С. Выготского, Т.В. Драгуновой, А.Е. Личко, Н.Н. Авдеевой, Д.И. Фельдштейна, Г.А. Цукерман, И.В. Шаповаленко, Д.Б. Эльконина, Д. Боулби, В.И. Гарбузова и других. Психологический подход исследования созависимости (Р. Сабби, М. Малер, Э. Ларсен, С. Смолли, Б. Уайнхолд) [34], [37], [38].

Методы исследования. Для решения задач исследования применялся комплекс методов, адекватно отвечающий исходным методологическим позициям и теоретическим решениям проблемы изучения психоэмоционального напряжения детей:

- метод теоретического анализа;
- эмпирические методы – анкетный опрос, тестирование;
- метод количественного и качественного анализа данных.

В качестве тестового инструментария привлекались следующие психодиагностические методики:

- тест-опросник «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин;
- индивидуальная беседа, направленная на определение склонности к употреблению психоактивных веществ;
- тест опросник Г. Айзенка;
- опросник о тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина;
- опросник «Шкала одиночества» Д. Расселома и М. Фергюсона;
- опросник Басса-Дарки;
- тест-опросник «Какой я родитель?»;
- тест-опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столин.

Экспериментальная база исследования. Экспериментальное исследование проводилось с 20 детьми в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет и 20 родителями на базе центра «Святителя Василия Великого» г. Санкт-Петербург.

Научная новизна работы заключается в рассмотрении и разработке методических аспектов, для практического применения в семье, где подросток имеет опыт употребления ПАВ.

Теоретическая значимость исследования: проведенный анализ проблемы позволяет систематизировать сведения по проблеме влияния детско-родительских отношений на формирование зависимости к ПАВ у детей подросткового возраста.

Практическая значимость. Результаты диссертационной работы могут иметь методологическое значение, для включения рассмотренных и исследуемых методов, в учреждениях, специализирующихся на поддержке и помощи семьям с проблемами подростковой зависимости.

Научность и достоверность результатов исследования обеспечили логику дизайна исследования, определили методологическую базу

исследования, репрезентативность выборки, применение комплекса методов сбора данных, адекватных поставленной задаче, и использование современных теоретических и математических методов анализа данных.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в разработке алгоритма исследования психоэмоционального напряжения детей.

Апробация результатов исследования, проведенного в рамках магистерской диссертации, осуществлялась в ходе работы по написанию и публикации научных статей, а также путем представления материалов исследования на всероссийских и международных научных конференциях и участия в научно-практических семинарах; результаты исследования отражены в опубликованных сборниках и материалах.

На защиту выносятся следующие положения:

– подростковый возраст характеризуется онтогенетической стадией между периодами детства и взрослости, которая связана с качественными изменениями в формирующейся личности. Одним из ключевых моментов кризисных периодов выделяют социальную ситуацию развития, которая направлена на выстраивание отношений между ребенком и окружающим миром, в процессе которого последний научается взаимодействовать, реализовывать разные виды деятельности, анализировать мир предметов и явлений. Другим являются резкие и капитальные сдвиги и переломы в развитии личности ребёнка, осуществляющиеся за короткий временной промежуток за счет переломной системы, в процессе которой разрушаются основы предыдущего этапа развития, а на их базе формируются новые;

– в подростковый период появляется риск деструктивного поведения у подростка. Ребенок переживает изменения в социальной ситуации развития, стремится занимать активную позицию, но по стечению определенных ситуаций, может быть вовлечен в пассивную позицию, подчиняясь более авторитарному сверстнику. При этом если ребенок попадает под влияние асоциальной группы, он может быть вовлечен

в употребление психоактивных веществ или алкогольной продукции, преступную деятельность. Склонность подростков к употреблению психоактивных веществ определяется целым комплексом факторов, основными из которых являются фактор личного уровня (наличие неврологической патологии, психических и поведенческих расстройств и других), факторы микроуровня (влияние родителей и семьи, школы и сверстников) и макроуровня (влияние социально-экономической среды);

– детско-родительские отношения могут быть опорой для подростка или наоборот негативно сказывающимся критерием на формирование зависимости у подростка от психоактивных веществ. Рассматривая семью, как один из первостепенных институтов в воспитании и развитии ребенка, стоит отметить, что все члены семьи тесно связаны друг с другом. Поэтому негативные изменения в поведении или эмоциональном состоянии, одного члена, находят отражение в поведении и эмоциональном состоянии всех членов семьи. При употреблении психоактивных веществ подростками первостепенно нарушаются детско-родительские отношения, в связи с деструктивным поведением подростка, нарушением доверительных отношений, утратой взаимопонимания и поддержки в семье.

Структура и объем работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения. Работа (содержит 6 рисунков, 12 таблиц), список используемой литературы (в количестве 38 источников), включает источники на иностранном языке. В работе имеется 6 приложений. Основной текст работы изложен на 94 страницах.

# **Глава 1 Теоретические основы исследования проблематики детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам**

## **1.1 Теоретический анализ психолого-педагогической литературы детско-родительских отношений**

В данном параграфе рассмотрим определения понятия детско-родительских отношений, семьи и её значимости.

В научно-практических областях направлений психологии, а также педагогики и социологии, понятие детско-родительских отношений рассматривают давно, но, не смотря на многочисленные исследования и разнообразие подходов, взаимоотношения между ребёнком и родителем часто становятся центральными в ряде различных психологических проблем.

В исследованиях детско-родительских отношений ключевым моментом выделяют взаимодействие между родителями и ребенком с целью формирования личности ребенка, его гармоничного развития и воспитания, определения коммуникативной сферы и вовлечение в разнообразные виды деятельности. При познании мира первостепенный опыт взаимодействия ребенок получает от родителей, которые предлагают модель поведения и общения, которая в дальнейшем будет транслироваться на других людей. При помощи взаимодействия в семье ребенок обучается нормам и правилам поведения и общения, исследует ценности и особенности мировоззрения, познает хорошие и плохие примеры. Следовательно, можно предположить, что выстраивание взаимодействия между родителями и ребенком закладывает основу для формирования нравственного воспитания.

Под детско-родительскими отношениями можно раскрыть понятие системы отношений, в которых принимают участие родители или один из родителей и обязательно ребенок. А.Я. Варга рассматривает детско-

родительские отношения «через призму отношений между взрослым и ребенком, которые связаны между собой родственными связями. Данное отношение зарождается с момента рождения ребенка» [3]. Важным характеризующим звеном эффективных отношений выступают три фактора, а именно, первый – непосредственно родитель, второй – непосредственно ребенок, и третий – непосредственно культурно-исторический контекст отношений, связывающий родителя и ребенка [3, с. 35].

А.С. Спиваковская в своих исследованиях обозначает три компонента родительского отношения к ребенку [18], [19], [29], [30]. К первому компоненту автор относит «эмоциональный компонент, который характеризуется включением эмоциональной сферы, проявлением чувств и эмоций по отношению к ребенку». Вторым компонентом выступает «когнитивный фактор, представленный определенным уровнем знаний и представлений об индивидуальных особенностях ребенка и о своих качествах, помогающих реализовывать роль родителя». Третий компонент определяется, как «поведенческий, раскрывающий способность реализовать отношение к своему ребенку определенным способом, приемлемым в рамках культурного наследия».

Исследование детско-родительских отношений в зарубежных психолого-педагогических специализированных источниках выделяет два направления, к которым относят психоаналитический и гуманистический подходы.

Ниже представим краткую характеристику подходов, с целью определения ключевых особенностей.

Представителями психоаналитического подхода являются Э. Эриксон, К. Хорни, Э. Фромм, Д. Боулби, К. Роджерс. В основе данного подхода заложена идея проблематики отношений между родителями и ребенком, выступающей первостепенным связующим звеном в развитии будущей личности ребенка. Согласно данному подходу, родители представляют собой некий источник передачи ценностей и культурно-закрепленных норм

и правил поведения и общения, объект потребностей и желаний. При этом индивидуальные психологические черты личностей родителей при развитии ребенка играют второстепенные роли.

Анализируя исследования З. Фрейда, можно отметить, что, по мнению автора, главным объектом для ребенка выступает мать, которая представляет для него, как источник удовольствия и контроля. Следовательно, родитель помогает ребенку познавать мир вещей, вовлекает его в мир отношений, предлагая образец взаимодействия между людьми, оказывая поддержку и помощь, контролируя его действия и поведение. При этом исследователь выделяет отделение ребенка от родителей, как один из факторов успешной социализации и адаптационного момента ребенка в будущем.

Неопсихоаналитики Э. Эриксон и Э. Фромм в своих научных исследованиях полагают, что социальный фактор, в основе которого заложено поведение всех участников, взаимодействия, играет первостепенную роль в развитии жизненного опыта ребенка. При этом прошлый опыт выступает связующим звеном, накладывающим отпечаток на поведение ребенка в настоящем и будущем. Э. Эриксон предполагает, что детско-родительские отношения характеризуются, как с защитной позицией, в которой родитель оберегает ребенка от опасностей, так и с позиции свободы, где родитель обучает ребенка самостоятельности, посредством которой последние научаются контролировать свое поведение с точки зрения последствий на определенные действия и поступки. Э. Эриксон считает, что для ребенка необходимо выделять середину между требованиями родителей и собственной инициативой [2].

Также в научных трудах Э. Фромма заложена идея, которая «раскрывает основу фундаментального развития ребенка через особенности воспитания матери и отца, которое характеризуется рядом условностей, таких как условность – безусловность; контролируемость – неконтролируемость». Исследователь обозначает, что материнское воспитание включает в себя безусловную любовь. В то время как отцовское

воспитание основывается на любви, опирающейся на его ожидания. Э. Фромм выделил «такие существенные характеристики родительского отношения, как его двойственность и противоречивость, вводит категорию «начало» в описание этой реальности» [2].

Данная точка зрения находит отражение в гуманистической психологии. К. Роджерс, характеризуя развитие личности ребенка с синонимом полноценный, полагал, что безусловное внимание родителя не должно основываться и опираться на совершаемые поступки ребенком [2].

М. Мид, исследуя показатели культуры воспитания, акцентировала внимание на стилях отношений. По мнению исследователя, родовой опыт семьи, формируясь под воздействием религиозного мировоззрения, оказывает непосредственное влияние на развитие будущей личности ребенка [2].

Д. Боулби, М. Эйнсворт представили теорию привязанности, основная идея, которой заключается в единстве между родителем и ребенком, основанное на чувстве защищенности и безопасности, выраженное в привязанности, выступающей через призму стратегии поведения. По мнению автора при помощи матери ребенок познает себя [2].

Анализируя исследования гуманистической теории, можно отметить, что данная теория выделяет личность ребенка, наделяя его самодостаточностью, личностными переживаниями и своими потребностями. Взрослый человек выступает в роли помощника, готового направить и помочь ребенку реализовать потенциал, научиться анализировать свои эмоции, чувства и переживания. При этом взрослый человек не оказывает насильственного воздействия на личность ребенка.

Научные труды, в отечественной психологии изучая развитие ребенка, подчеркивают значимость детско-родительских отношений [3].

Многие отечественные исследователи в своих работах выделяют родительские установки (позиции), характеризуя их как установки,

проявляющиеся в определенном поведении, направленные не на конкретного ребенка, в частности, а на всех представителей детского возраста.

В отечественной психологии большинство авторов раскрывают родительские отношения через систему эмоционального отношения к ребенку, принятия ребенка, а также особенностей поведения, проявляемого к ребенку.

Детско-родительские отношения раскрывает модель взаимодействия родителя и ребенка, приверженцами которой являются А.Я. Варга, А.У. Хараш, Е.И. Захарова, Г.Т. Хоментаскас.

А.Я. Варга, В.В. Столина рассматривают понятие детско-родительские отношения, как «систему разнообразных чувств к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимание характера и личности ребёнка, его поступков» [19]. При этом проявление эмоциональной области включает в себя разнообразие чувств и эмоций, от положительных (радости, любви, счастья) к негативным (ненависть, злость). Родитель может проявлять свои чувства по отношению к ребенку по-разному. Одни показывают открыто, другие закрываются. Но чем глубже родитель научит своего ребенка анализировать переживаемые эмоции, проявлять вариативность чувств в определенных ситуациях, считывать чувства другого человека, тем гармоничнее будет формироваться личность ребенка [19].

В работах В.В. Столина представлена классификация семейных отношений, включающих в себя и детско-родительские, которая, основываясь на эмоционально-ценностной сфере, образует следующие критерии: симпатия-антипатия, уважение-неуважение, близость-отдаленность [1].

А. Коннер в своих работах детско-родительские отношения классифицирует на четыре позиции. Первая позиция, принятие, раскрывается автором через восприятие родителем ребенка со всеми его «положительными и отрицательными характеристиками личностных особенностей, проявление

положительных эмоций по отношению к ребенку. Вторая позиция, отвержение, является противоположностью первой, и основывается на неприятии родителем ребенка и его личностных особенностей, на проявление негативных эмоций по отношению к ребенку, критическим направлением. Третья позиция выступает в качестве излишней требовательности, характеризует, как проявление родителем контроля и требований, которые не всегда соответствуют возрастным и индивидуальным возможностям ребенка. Четвертая позиция представлена через излишнюю опеку, при которой родители лишают ребенка самостоятельности, полностью определяя его действия и поведение» [1].

Представленная классификация А.С. Спиваковской включает в себя восемь типов поведения родителей, основанное на проявлении любви [18]. Классификация содержит в себе деление на действенную любовь, отстраненную любовь, действенную жалость, снисходительное отстранение, отвержение, презрение, преследование и отказ. Действенная любовь раскрывается через принятие родителем своего ребенка, проявление безусловной любви, оказание помощи и поддержки ребенку. В отстраненной любви заложено проявление любви и принятие своего ребенка, но родителем устанавливается психологическая дистанция между ним и ребенком, которая отражается на их взаимодействии, поддержке и понимании в будущем. Действенная жалость характеризуется проявлением симпатии и любви, но отсутствием принятия ребенка, его особенностей развития, уважения, как к личности. Снисходительное отстранение проявляется в стремлении родителя соблюдать дистанцию между собой и ребенком, проявлении неуважительного отношения, пренебрежение ребенком. Отвержение символизирует проявление антипатических чувств любви родителя по отношению к ребенку, его полное неприятие, отчуждение, которое в дальнейшем выражается в нарушении взаимосвязи, отсутствие понимания и поддержки со стороны родителя. Тип родительского отношения, характеризующийся как презрение, основывается на неуважительном,

пренебрегающем потребностям ребенка, поведение родителя, которое не учитывает особенности развития ребенка, соблюдение межличностной дистанции. Преследование заключается в антипатических чувствах, стремление проявить унижительное поведение, желание доказать, что ребенок обладает только отрицательными качествами. Отказ включает в себя большую межличностную дистанцию, полное отвержение положительных и отрицательных качеств ребенка, его потребностей и интересов, проявление антипатических чувств, отсутствие помощи и поддержки.

Анализируя тактики воспитания, представленные А.В. Петровским, можно выделить 4 типа взаимоотношений. Диктат направлен на предъявление к ребенку правил и требований без учета его интересов и желаний, но на полном контроле поведение ребенка со стороны родителя. Опека характеризуется стремлением избавить ребенка от требований, ограничить от трудностей, таким образом, ребенок лишается возможности проявлять самостоятельность действий в поведении. Невмешательство же наоборот предоставляет ребенку полную свободу действий, формирует излишнюю самостоятельность, предъявление минимальных требований и правил. На наш взгляд, сотрудничество, характеризующееся через предъявление требований и правил с учетом потребностей и интересов ребенка, его особенностей развития, является оптимальным методом формирования гармоничных взаимоотношений [10].

Изучая действие функциональной системы, направленное на управление поведением с точки зрения сознательной области, Л.И. Божович выделяет мотивационную сферу. По мнению автора, мотивация позволяет сформировать связь между обозначенными целями и действиями, направленными на достижение результата. Следовательно, формирование личности складывается через сочетание рациональной, волевой и эмоциональной сфер посредством онтогенетического развития [2]. Автор полагает, что роль матери и отца находит отражение при развитии ребенка, так же как и вклад самого ребенка в процессы социализации

и установления социальных взаимоотношений. Тенденции современных психолого-педагогических взглядов взаимоотношений и взаимодействия в семье основываются на идее двухстороннего процесса, в котором участники, а именно, родитель и ребенок, занимают активные позиции.

Анализ специализированной психолого-педагогической литературы позволил выделить типы детско-родительских отношений с точки зрения отечественных и зарубежных источников, обозначить их отличительные особенности.

Надо отметить, что, несмотря на то, что описания и подходы детско-родительских отношений исследователями имели широкий охват и рассматривались с точки зрения разных психологических школ, двойственность и неоднозначность в понятиях присутствует.

С одной стороны, речь идёт о принятии и любви со стороны родителя, как отправной точки к доверию ребёнка и благоприятных взаимоотношениях, с другой стороны, родительская ответственность во многом отвечает на вопросы ответственности о безопасности, защите и контроля.

То есть к однозначности определений отношений между ребёнком и родителем и его комфортном союзе без рассмотрения индивидуальности каждой семьи, довольно не просто, особенно в условиях мобильно и технологически быстро развивающегося окружающего мира.

## **1.2 Особенности протекания формирования зависимости к психоактивным веществам в период подросткового возраста**

В данном параграфе представим особенности возрастного периода, характеристики кризисного периода, как фактора, влияющего на возникновение зависимости к ПАВ, рассмотрим стадии развития подростковой наркомании.

По возрастной периодизации Д.Б. Эльконина, подростковый возраст характеризуется онтогенетической стадией между периодами детства и взрослости, которая связана с качественными изменениями в формирующейся личности [22].

Авторским коллективом, в который включены Л.С. Выготский, М.И. Лисина и Д.Б. Эльконин, была исследована проблема периодизации психического развития, в основе которой заложена идея о том, что отношения между родителями и детьми оказывают влияние на формирование мировоззрения ребенка, развитие коммуникативной области, установление типа ведущей деятельности [4], [8], [20], [21], [32].

Стадии развития человека меняют друг друга на протяжении всего жизненного пути. Л.С. Выготский под кризисами развития рассматривал целостное изменение личности, образующее при смене стабильных периодов, обусловленное возникновением основных психологических новообразований. Исследуя, кризисные периоды, стоит отметить, что в специализированной литературе данные этапы подразделяют на стабильные (литические), характеризующиеся накоплением и наращиванием определённых функций, и критические, определяющиеся через резкий скачок развития, период качественных преобразований, периоды развития (кризисы) [4].

Одним из ключевых моментов кризисных периодов выделяют социальную ситуацию развития, которая направлена на выстраивание отношений между ребенком и окружающим миром, в процессе которого последний научается взаимодействовать, реализовывать разные виды деятельности, анализировать мир предметов и явлений. Другим являются резкие и капитальные сдвиги и переломы в развитии личности ребёнка, осуществляющиеся за короткий временной промежуток за счет переломной системы, в процессе которой разрушаются основы предыдущего этапа развития, а на их базе формируются новые [4].

Одним из самых ярких и сложно проживаемых кризисов принято отмечать – подростковый. В этом возрасте в теле ребенка начинают происходить существенные изменения, его тело меняется, эмоциональный фон подобен качелям и состояние взросления подрастающего человека в семье часто воспринимается родителем не просто.

Многими исследователями переходный возраст характеризуется, как транзитивный период, в процессе которого ребенок начинает перерастать во взрослого человека с сформировавшимся мировоззрением, ценностями, отличительными чертами характера, но и в тоже время у него проходит перестраивание организма на психофизиологическом уровне, в результате чего, он еще не умеет управлять своими эмоциями и чувствами, проявляется агрессивное поведение, бунтарство и негативизм, начинается процесс полового созревания. В результате на данном этапе у ребенка изменения происходят на телесном, психическом и духовно-нравственном областях. Психика ребенка подвергается сильной трансформации, в результате чего фокус внимания смещается с родительских взаимоотношений на общение со сверстниками, вхождение в их группу с соблюдением, установленных норм и правил поведения, не всегда одобряемыми обществом.

Следовательно, перед родителями на данном возрастном этапе развития ребенка первоначально ставится задача сформировать дружеские и доброжелательные детско-родительские отношения, содержащих в себе поддержку и понимание, через которые родители смогут оказывать положительное влияние на формирование будущей личности, выстраивание взаимосвязи, основанной на положительных, принятых в обществе, норм и правил поведения, мировоззрение и ценностях [1]. На данном этапе развития у ребенка осуществляются внутренние и внешние конфликты, которые проявляются в противоречии предыдущего опыта поведения и принятого, во вступаемой группе сверстников, между хорошим и плохим. Тревога и напряжение родителя, растерянность, страх и зачастую

неготовность к изменениям могут приводить к недопониманию и кризису детско-родительских взаимоотношений.

Именно в подростковый период появляется риск деструктивного поведения у подростка. Ребенок переживает изменения в социальной ситуации развития, стремится занимать активную позицию, но по стечению определенных ситуаций, может быть вовлечен в пассивную позицию, подчиняясь более авторитарному сверстнику. При этом если ребенок попадает под влияние асоциальной группы, он может быть вовлечен в употребление психоактивных веществ или алкогольной продукции, преступную деятельность. Таким образом, у подростка формируются деструктивные формы поведения. Подросток уже не занимает только принимающую сторону, начинается период проверок и испытаний в практике так или не так, работает, или не работает. Проверка, сомнения и идентификация своей личности с другими, доверия к родителям, даже, если оно и было достаточно прочным, тоже может стать уязвимым.

В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера и способы эмоционального реагирования, которые в дальнейшем во многом определяют жизнь взрослого человека, его физическое и психическое здоровье. Именно в этот период семья и детско-родительские взаимоотношения становятся одними из важных условий для обеспечения дальнейшего развития личности.

Пубертатный возраст становится одним из ярких периодов для проявления природного темперамента, типа личности. Большим испытанием для ценностей и интересов становится социальное окружение, появляются новые интересы, обесцениваются старые. Протестный бунт, в желании подростка чувствовать себя самостоятельным ставит под угрозу стабильность прежних взаимоотношений с родителями, учителями и в целом может менять видимость и восприятие социо-культурного окружения [5].

Изменения, происходящие, на данном этапе, характеризуются проявлением скрытности, отстранённости от родителей, грубого,

в некоторых моментах, агрессивного поведения, несоблюдением требований, игнорировании замечаний со стороны взрослых, и зависимостью от мнения сверстников, ранимость и проявление тревожности, колебаниями самооценки, демонстративностью и депрессивными симптомами, идеализированием мира, стремлением к безупречному образу «Я», чтобы чувствовать себя более спокойно и уверенно. У подростков наблюдаются колебания к крайним оценочным позициям от переоценивания к недооцениванию своих качеств и особенностей индивидуального развития, переживание в коммуникативной сфере через проявление симпатии и антипатии [8].

Последние несколько лет, по данным «Всероссийского конгресса 2024 года, в Российской Федерации наблюдается увеличение социально опасного, саморазрушающего, агрессивного поведения подростков. Первостепенной причиной выделяют трудности развития подросткового периода, связанные с гормональной перестройкой организма, формирование самопознания, склонности к самоутверждению и различным способам самовыражения. В данный период дети подвержены различным влияниям и манипуляциям со стороны сверстников или взрослых, имеющих авторитетное мнение. В процессе группирования со сверстниками несовершеннолетние копируют различные модели поведения, включая употребление различных психоактивных веществ» [18].

Склонность подростков к употреблению психоактивных веществ «определяется целым комплексом факторов, основными из которых являются фактор личного уровня (наличие неврологической патологии, психических и поведенческих расстройств), факторы микроуровня (влияние родителей и семьи, школы и сверстников) и макроуровня (влияние социально-экономической среды).

Данные факторы взаимодействуют между собой, вызывая значительные изменения, в развитии детей подросткового возраста, и проявляются в когнитивной и эмоционально-волевой сферах, оказывают

влияние на формирование ценностных убеждений, мировоззрения на положительные и отрицательные правила, и поведенческие реакции.

По мнению N. Miller, под аддикцией следует понимать повторяющийся паттерн саморазрушающего поведения, возникновению которого предшествуют проблемы в межличностных отношениях. Стоит отметить, что аддиктивное поведение взаимосвязано с различными нарушениями поведенческих реакции, в связи, с чем уточненная диагностика затрудняется. Проблематика проявлений признаков агрессивного поведения исследуется не только с учетом возрастных особенностей и индивидуальных характеристик личности, но и включает в себя изучение последствий влияния социальных воздействий с нарушением социализации и социальной дезадаптацией личности» [16]. Незавершенность процессов формирования личностной структуры делает подростков наиболее уязвимой категорией лиц, активно вовлекаемых в совершение различных противоправных деяний.

По мнению В.А. Гурьевой, «для оценки несовершеннолетних, совершивших тяжкие агрессивные противоправные деяния, важно применять комплексный научный подход, включающий изучение социальных, психологических, психопатологических, возрастных и межличностных характеристик подростков» [14].

Большинство исследователей заявленной проблематики полагают, что «употребление психоактивных веществ повышают склонность к формированию и проявлению девиантного и противоправного поведения у подростков». Употребление психоактивных веществ, сказывается на развитии когнитивной сферы, проявляясь в процессе регресса памяти, мышления, внимания, искажении прогностических способностей [14, с.276]. У подростка подавляется чувство ответственности, проявляется склонность к криминальным действиям.

Справится со сложными состояниями, такими как, вспышки агрессии, эмоциональные качели, подростковые комплексы взрослому человеку сложно. Проживать неприятные ощущения и эмоции, чаще нет навыков,

в том числе, и по причине отсутствия таких навыков у родителей. Тогда подросток ищет быстрый способ проживания сложного состояния за счёт психоактивных веществ. Попробовав один или несколько раз алкоголь или наркотик, приходит иллюзия восприятия «решения проблем». За счёт быстрого способа изменить сознание и почувствовать лёгкость, подросток выбирает употреблять психоактивные вещества регулярно. Так как, это минимум усилий и максимально быстрое «удовлетворение потребностей» – вещество становится для подростка нечто важным связующим звеном его психологического состояния. Таким образом, через психоэмоциональную зависимость к психоактивным веществам, в организме подростка начинается формирование химической зависимости [13].

Кандидат психологических наук Р.А. Кутбиддинова считает, что аддикция моделируется под «воздействием чередования специфических психологических состояний, в основе которых заложено проявление переживания чувств боли и одиночества, сменяющихся на сильные аффективные ощущения» [19]. На психофизиологическом уровне данный процесс реализуется через формирование связей путем запоминания интенсивности переживаний и специфического способа смены эмоциональных переживаний. Стоит помнить, что чем сильнее эмоция, тем сильнее формируется зависимость [19, с. 49].

В.А. Петровский в своих работах представляет точку зрения, согласно которой аддиктивная личность характеризуется жадой острых ощущений, в основе которых заложен риск [13, с. 56]. Подростки, отнесённые автором к аддиктивной личности, с целью самозащиты подчиняются эмоциям. Для зависимых людей типична гедонистическая установка в жизни, то есть стремление к немедленному получению удовольствия любой ценой [13, с. 56].

«Зависимость (аддикция) – это внутреннее состояние человека, проявляющееся в навязчивой потребности в чем-либо в стремлении выполнять определенные действия, которые ведут к болезни и разрушают

личность индивида» [9]. Зависимость характеризуется ростом толерантности (привыкания к постоянно увеличивающейся дозе стимула) и выраженными психологическими и физиологическими изменениями организма [9, с. 113].

Аддикция выступает для человека как способ «бегства», по этому поводу Л.М. Додс писал, «люди стремятся к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего эмоционального контроля над психической беспомощностью» [9, с. 113].

Зависимый человек становится несвободным, а также неспособным управлять своей собственной жизнью.

Зависимости принято разделять на химическую – алкоголь, наркотики и нехимическую – расстройство пищевого поведения (анорексия, булимия), игромания, шопоголизм, зависимость отношений, трудоголизм.

Зависимость осложняется анозогнозией – непризнанием факта зависимости от ПАВ, игнорирование очевидных признаков заболевания, препятствующих своевременному обращению за помощью.

Подростку сложно расстаться с веществом, меняющее сознание. Ведь наркотик или алкоголь, пусть хоть и временно, но даёт иллюзию лёгкости, освобождения и ощущения собственного принятия.

«Море по колено, горы по плечу» – с таким убеждением, которое закрепляется нейронными связями, становится не просто расстаться, вместе с тем, с каждой дозой или выпивкой растёт и толерантность к ПАВ, и химическая реакция. Кроме того, у подростка проблемы с мотивацией отказаться от ПАВ также связаны с отсутствием болевого опыта потерь, в силу немногих прожитых лет, в отличие от взрослого, у которого уже есть потери в разных сферах, из которых может формироваться личная мотивация к выздоровлению.

С попаданием ПАВ в организм человека любого возраста, происходят разрушительные воздействия на весь организм, его физические способности, интеллектуальные, психоэмоциональное состояние, то есть с увеличением употребления, личность теряет контроль и приобретает зависимость от ПАВ

всцело. Вместе с тем, разрушаются духовно-моральные и другие нормы и ценности. Под воздействием ПАВ формируется субличность, разрушающая собственное здоровье, ставя жизнь под угрозу, и неблагоприятно влияет на жизнь окружающих. Сопутствующими зависимости становятся, например, девиантное и криминальное поведение (административные и уголовные нарушения). Чаще всего, шанс вернуться к нормальной жизни у подростка получается, только пройдя курс реабилитации, при этом риск вернуться к пагубной привычке может сохраниться на всю жизнь. Так как, четвертая стадия химической зависимости предполагает хроническую форму протекания заболевания. То есть рецидив, срыв и дальнейшее развитие зависимости может возникнуть на любом этапе процесса жизни. Важно поддерживать своё состояние постоянно и иметь решение полного отказа от любого вещества, меняющего сознание [9, с. 113].

В научно-психологической литературе исследователи обозначают четыре стадии формирования подростковой наркомании [11], [23], [24], [25], [26], [27].

Первая стадия раскрывается через первый прием (или несколько приемов) наркотических веществ. На первый опыт употребления психоактивных веществ оказывает влияние авторитет сверстников, под воздействием которого ребенок склоняет к употреблению в группе сверстников «за компанию». Симптоматически у подростка не формируется зависимость, эйфория слабо выражена, преобладают неприятные физиологические эффекты. На первый план выходит задача, направленная на снятие эмоционально-психологического барьера подростка, устранение внутреннего запрета на прием наркотиков, формирование положительного отношения к наркотическим веществам, безопасности употребления.

Вторая стадия характеризуется возникновением эйфории, которая наступает в состоянии интоксикации, формируя у подростка способ быстрого получения удовольствия. Симптоматически проявляется в отсутствии

зависимости, получении удовольствия и приятных ощущений, разделении общности интересов на фоне употребления психоактивных веществ.

К особенностям третьей стадии можно отнести формирование наркотической зависимости посредством проявления поведенческих реакций, к которым можно отнести раздражительность, тревогу и беспокойство, которые возникают на фоне снижения временных периодов употребления психоактивных веществ.

На четвертой стадии отмечается сформировавшаяся зависимость к употреблению психоактивных веществ на физическом уровне, характеризующимся проявлением болезненных вегетативных и соматических симптомов при отмене приема психоактивных веществ. Проявления абстинентного синдрома зависят от характера употребляемого психоактивного вещества.

То есть справиться уже на третьих и четвёртых стадиях зависимости самостоятельно подростку практически невозможно, обратиться за помощью часто не даёт постоянная тяга к употреблению и поиск вещества. И уже на этих этапах заболевание становится очевидным, скрыть её подростку становится сложно. В этот период зависимости начинают страдать жизненные сферы, такие как здоровье, посещение школы и учеба, на смену друзьям приходят соупотребители, а отношения с родителями становятся конфликтными.

Проявляя свойственные аддиктам инфантильность, эмоциональную ригидность, анозогнозию больные оказывают существенное сопротивление психотерапевтической работе. Многие авторы предпринимали попытки обобщения положительного опыта психотерапевтической работы в наркологической службе и выделению возможных ошибок в работе с данным контингентом больных.

«Значимой корреляционной связи между количеством посещений и количеством обратившихся за помощью лиц за 2021, 2022 и 2023 года не наблюдается ( $r=0,15$ ). Отношение числа посещений к числу пациентов за

данный период снижается: в 2021 году он составлял 1,8, в 2022 – 1,5, в 2023 – 1,2. Удельный вес психодиагностических исследований из всего числа посещений за 2021-2023 годы постепенно стабильно увеличивается, а посещений психокоррекционных сеансов сокращается. Стоит отметить положительную динамику в плане посещения пациентами психотерапевтических групп. В 2023 году оно увеличилось в сравнении со средним значением за 2021 и 2022 годы более чем в 3,5 раза». Число родственников больных, обращающихся за помощью по поводу созависимости, сократилось в рассматриваемый период» [28].

Таким образом, проживая не простой период взросления, будучи в риске употребления (попробовал) или в системе употребления, подросток не только усугубляет проживание сложных переживаний, типичных для кризиса пубертатного периода, но и рискует потерять здоровье и жизнь в целом.

И, если говорить, что семья – это единая система взаимодействия её членов то злоупотребление ПАВ подростком в семье или сформированная химическая зависимость у него, может отражаться на всей семье и стать одним из основных фокусов в детско-родительских отношениях.

Следовательно, анализ выше представленного материала, позволяет сделать вывод, что подростковый период подвержен формированию зависимости к психоактивным веществам в связи с тем, что на данном этапе организм переживает ряд изменений в разных областях, оказывающих непосредственное влияние на формирование будущей личности. Перед родителями ставится первостепенная задача сформировать положительные детско-родительские отношения, которые смогут плавно корректировать поведение подростка.

### **1.3 Влияние детско-родительских отношений на формирование зависимости к психоактивным веществам у детей подросткового возраста**

В данном параграфе рассмотрим феномен созависимости, как деструктивную форму взаимоотношений в семье, а также в детско-родительских отношениях, о влиянии созависимости на зависимого в семье и особенностях выхода из созависимости в семье.

Проблеме изучения детско-родительских отношений посвящены труды многих ученых, таких как Л.И. Божович, Л.С. Выготский, И.В. Дубровина, М.И. Лисина, А.Н. Леонтьев, В.С. Мухина, Д.Б. Эльконин и другие.

Семья, как ближайшее социальное окружение ребенка, не только удовлетворяет его потребности в принятии, признании, защите, эмоциональной поддержке, уважении, обеспечении, но и реагирует на все изменения внутри неё, требованиями, контролем и обеспечением безопасности. Когда в семье кто-то из её членов начинает употреблять наркотики или алкоголь, встаёт вопрос не только о потребностях, но и о психоэмоциональном здоровье, и о его отсутствии [17, с. 57].

По мнению психиатра – нарколога, психотерапевта и доктора медицинских наук В.Д. Москаленко, «химическая зависимость – это семейное заболевание» [11, с. 198].

С точки зрения влияния семьи, с позиции дисфункциональной, на формирование зависимости к психоактивным веществам у подростков разработано много теорий. Согласно данным, теория лечения наркозависимости включает в себя не только медикаментозное направление, но и психологическое (созависимость) всех членов семьи.

В исследования В.Д. Москаленко отражена «идея, в основе которой заложена мысль, что созависимость влияет на всех членов семьи, особенно на их взаимоотношения, эмоционально-волевую сферу». «Созависимость –

это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии» [11, с. 198].

Автор полагает, что созависимость, поглощает полностью человека, пренебрегая его потребностями и желаниями. Такой человек сосредоточен на удовлетворение потребностей другого человека, контроле, и управление его поведением.

По мнению большинства исследователей, «склонность к созависимым отношениям проявляется у людей, которые находятся в браке или близких отношениях (дети и родители) с больным химической зависимостью, имеют одного или обоих родителей, больных химической зависимостью, или выросшие, в эмоционально-репрессивных семьях» [11, с. 198].

«Созависимые происходят из семей, в которых имели место либо химическая зависимость, либо жестокое обращение (физическая, сексуальная или эмоциональная агрессия), а естественное выражение чувств запрещалось». Такие семьи носят название дисфункциональных» [11, с. 198].

Представители психологического подхода Р. Сабби, М. Малер, Э. Ларсен, С. Смолли считают, что «созависимость является расстройством, возникшем в результате несформированных стадий развития».

Созависимость сегодня «становится самостоятельным феноменом не только психологической, но и медицинской практики. При этом необходим такой подход, который объединит с одних позиций сущность созависимости, ее компонентную структуру и направленность практических задач по оказанию клинко-психологической помощи созависимым» [9, с. 215].

«Созависимость – многомерный биопсихосоциальный феномен, обусловленный дефицитарностью личности (деформированным самоотношением), предполагает идентификацию с зависимым из-за дефицита целеполагания и последующую личностную адаптацию к трудной ситуации» [9]. Результаты легли «в основу программы клинко-

психологической помощи созависимым, главная цель которой – восстановление полноценного функционирования личности через гармонизацию ее отношений и преодоление созависимости» [9, с. 216].

Созависимость, по мнению В.Д. Москаленко, – это «зеркальное отражение зависимости». Основными психологическими признаками любой зависимости является триада [11, с. 215]:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (об алкоголизме, наркотиках);
- отрицание как форма психологической защиты;
- утрата контроля.

Химическая зависимость поражает как индивида, так и его семью:

- физически;
- психологически;
- социально.

Указанные выше признаки относятся и к созависимости. Сходство зависимости и созависимости усматривают в том, что оба состояния:

- представляют собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
- приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- при невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
- при выздоровлении требуют системного сдвига, как в физическом, так и в психологическом плане.

Зависимость и созависимость по сути являются одной и той же болезнью, только объектом пристрастия у зависимого является химическое вещество, а у созависимого – живой человек.

Во многих исследованиях авторы обозначают, зависимость и созависимость по сути являются одной и той же болезнью, только объектом пристрастия у зависимого является химическое вещество, а у созависимого – живой человек [11, с. 212]. Приведем отличительные

характеристики зависимости и созависимости в таблице 1 – Отличительные характеристики зависимости и созависимости.

Таблица 1 – Отличительные характеристики зависимости и созависимости

Отличительный признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознания предметом пристрастия	Мысль об алкоголе или наркотике доминирует в сознании	Мысль о близком, больном химической зависимостью, доминирует в сознании
Утрата контроля	Над количеством ПАВ, над ситуацией, над своей жизнью	Над поведением больного и над собственными чувствами
Отрицание, минимизация, проекция	«Я не алкоголик» «Я не наркоман, я только иногда»	«У меня нет проблем», «проблемы у моего близкого»
Преобладающие чувства	Душевная боль, вина, стыд, страх, злость, депрессия	Душевная боль, вина, стыд, страх, злость, депрессия
Рост толерантности	Увеличивается переносимость все больших доз вещества (алкоголь, наркотики)	Растет выносливость к эмоциональной боли из-за близкого человека
Синдром похмелья	Для облегчения синдрома требует новая доза вещества, к которому имеется пристрастие	Порвав взаимоотношения с зависимым человеком, созависимые вступают в новые деструктивные взаимоотношения. Когда близкий прекращает употребление, созависимый от этого страдает и подсознательно провоцирует на возобновление
Физическое здоровье	Болезни внутренних органов, нервной системы	Болезни внутренних органов, нервной системы
Сопутствующие психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Опьянение	Часто повторяющееся состояние в результате употребления химического вещества	Невозможность спокойно, рассудительно, то есть трезво, мыслить
Самооценка	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение

Продолжение таблицы 1

Отличительный признак	Зависимость	Созависимость
Перекрестная зависимость от других веществ	Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида	Помимо зависимости от жизни больного, возможна зависимость от транквилизаторов, алкоголя, и других
Отношение к лечению	Отказ от помощи	Отказ от помощи
Условия выздоровления	Воздержание от химического вещества, знание концепции болезни, долгосрочная реабилитация и психотерапия	Отстранение от человека, с которым имеются длительное время близкие отношения, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация и психотерапия.

Понимание отличительных особенностей позволяет спланировать психолого-педагогические мероприятия с направленностью на работу, которая включает в себя направление коррекционных занятий со всеми членами семьи в зависимости от выявленных диагностическим методом проблемных областей во взаимоотношениях в семье, в том числе и детско-родительских.

Рассматривая семью, как один из первостепенных институтов в воспитании и развитии ребенка, стоит отметить, что все члены семьи тесно связаны друг с другом. Поэтому негативные изменения в поведении или эмоциональном состоянии одного члена семьи, находят отражение в поведении и эмоциональном состоянии всех членов семьи.

Следовательно, начиная психолого-педагогические мероприятия, направленные на лечение или профилактику формирования зависимости у подростков к употреблению психоактивных веществ, первостепенно необходимо исследовать направление работы с самой семьей. Для этого нужно обозначить признаки дисфункциональной семьи, что безболезненно перевести в роль функциональной семьи.

К признакам дисфункциональной семьи «можно отнести наличие отрицания проблем и поддержания иллюзий, вакуум интимности,

замороженность правил и ролей, конфликтность во взаимоотношениях, недифференцированность «я» каждого члена, смещение личностных границ, скрытность семейных проблем под фасадом псевдоблагополучия, склонность к полярности чувств и суждений, закрытость системы, абсолютизирование воли и контроля» [15, с. 174].

В дисфункциональной семье отмечаются, «наличие определенного свода правил, направленных на поддержание авторитарности родительского типа отношений, формирование эмоциональной дистанции, подавление волевых качеств ребенка, пренебрежение потребностями и интересами ребенка» [15, с. 174].

К признакам функциональной семьи можно отнести умение признавать проблемы, вариативность путей поиска решения возникших проблемных ситуаций, поощрение свободы и самовыражения, уважительное отношение ко всем членам семьи, принятие их индивидуальных особенностей и черт характера, удовлетворение членами семьи своих потребностей и интересов, преобладание демократического стиля воспитания, гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.

Каждая семья основывается на своих ценностях и убеждениях, опирается на свой стиль воспитания, придерживается установленных норм и правил поведения. «При проведении реабилитационных мероприятий с семьями, в которых подросток употребляет психоактивные вещества, перед психологом ставится задача не навязать свои устремления и свое мировоззрение на формирование семьи, а планомерно подвести всех членов семьи к принятию положительных мер воздействия, направленных на постепенный переход из дисфункциональной в функциональную семью» [15, с. 176].

На характер детско-родительских отношений оказывает влияние множество объективных и субъективных факторов, большую роль играет стиль воспитания [7].

И даже в той семье, где нет признаков асоциального поведения или явных деструкций, такие семьи принято называть благополучными, можно увидеть проявления со стороны родителей, которые могут усугублять кризис подросткового возраста и негативно сказываться, на развитие детско-родительских отношений. Как правило, это формы воспитания в родительских проявлениях гиперопеки, когда опекающий контроль граничит с откровенной тиранией и жесткими запретами, и гипоопеки, когда родители предпочитают занимать пассивную позицию в воспитании, самоустраняясь [7].

При гиперопекающем стиле воспитания «родители лишают ребенка самостоятельности в физическом, психическом, а также социальном развитии. Они постоянно находятся рядом с ним, решают за него его проблемы, живут вместо него. Излишне заботятся и опекают его, боясь и тревожась за его здоровье. Даже, когда ребёнок становится взрослым, родители продолжают излишне заботиться о нем, постоянно тревожась за него, за его здоровье и благополучие» [7].

Противоположным родительским проявлением в формах воспитания, может быть гипоопека, когда ребёнок предоставлен сам себе и нередко становится безнадзорным [7].

Гиперопека подавляет инициативу, волю и свободу ребенка, его энергию и познавательную активность, лишает самостоятельности, воспитывает покорность, безволие, беспомощность. При гиперопекающем стиле воспитания родители «неосознанно тормозят формирование у ребенка различных навыков и умений, развитие настойчивости в достижении цели, трудолюбия» [7].

Ещё одной причиной усугубления проживания подросткового кризиса, может стать авторитарный стиль воспитания. При авторитарном стиле воспитания родители «подавляют инициативу ребенка, жестко руководят и контролируют его действия и поступки. Воспитывая, используют физические наказания за малейшие проступки, принуждения, окрики,

запреты. Дети лишены родительской любви, ласки, заботы, сочувствия. Таких родителей заботит лишь то, чтобы ребенок вырос послушным и исполнительным. Но дети вырастают либо неуверенными в себе, робкими, невротизированными, неспособными постоять за себя, либо, наоборот, агрессивными, авторитарными, конфликтными. Такие дети с трудом адаптируются в социуме, окружающем мире» [7].

Гиперопека, гипоопека, авторитарный стиль воспитания, детоцентрированная позиция в семье могут быть признаками нарушения здоровой привязанности, симптомами созависимости. И, даже, если подросток начинает выздоравливать от зависимости и формирует навыки здоровых отношений, то вернувшись в семью, в которой родители не изменили своего отношения, не получили навыки функциональной семьи и не работали с созависимостью возрастает риск вернуться к употреблению подростком к ПАВ [6], [7].

Кроме того, каждый родитель рос и воспитывался в своей семье и даже, если признаков откровенной дисфункции не проявлялось у мамы и папы, то отношения детско-родительские могут стать лакмусовой бумагой, для проявления дисфункциональных стилей воспитания у самого родителя и психологическая помощь родителю может дать возможность поработать с собственными сложностями и получить помощь, что тоже может стать плюсом во взаимоотношениях среди всех членов семьи [6].

Даже, если сами родители не испытывали сложности со своими родителями, то на всех стадиях родительства действие многочисленных стрессогенных факторов, которые могут приводить к чувству бессилия и отчаяния, эмоциональному перенапряжению, накоплению усталости и в дальнейшем к эмоциональному истощению, редукции собственных достижений и помощь в этом направлении также очень важна [6].

В таком случае, у подростка возможностей вырваться из созависимых отношений с мамой или папой в разы меньше, чем у совершеннолетней личности. Законодательно ребёнок не имеет право без оснований

открепиться от родителя и одновременно не сможет полностью сепарировать, в силу возраста и соответствующих возрасту возможностей [7].

Потому одним из правильных решений в данной ситуации может быть обращение за помощью в специализированные реабилитационные центры, где помощь окажут, как подростку, так и родителям. То есть важно получать помощь всем членам семьи, не только подростку с пагубным употреблением. Кроме того, даже, если подросток не готов к лечению, госпитализации или реабилитации, из вышесказанного можно взять за понимание, что если родитель начнёт менять своё состояние, вносить изменения во взаимоотношения с подростком, то существует вероятность в изменении поведения и подростка.

Таким образом, можно сделать выводы, что значительной частью в проблеме детско-родительских отношений, где подросток с опытом употребления психоактивных веществ, большая доля ответственности лежит и на родителях. На готовности и действиях изменить своё отношение к ситуации, приобретать навыки новых взаимоотношений в семье и работать над собственным состоянием. То есть в данной проблеме и выходе из неё необходимо участвовать всем членам семьи, так как созависимость имеет идентификацию с любой другой зависимостью и оставляя, её без внимания, существует реальный риск любой провокации на употребление или срыв у выздоравливающего от употребления ПАВ подростка.

#### Выводы по первой главе

В научно-практических областях различных направлений психологии, психиатрии, наркологии, социологии, феномен зависимости и созависимости выступает объектом исследования давно, но при этом единой трактовки методик и подходов подобрать не просто, так утверждают сами исследователи.

Проблема зависимости в семье – комплексная. Её совокупность складывается из многочисленно влияющих факторов, биологических, генетических, социальных, духовно-ценностных, родительского воспитания.

Детско-родительские отношения могут быть опорой для подростка или наоборот негативно сказывающимся критерием на формирование зависимости у подростка от психоактивных веществ.

Кроме того, анализируя содержание параграфов в данной главе, опираясь на исследования научных деятелей из соответствующих отраслей науки, можно говорить о том, что отношения в семье, влияют и на ход развития зависимости у подростка в семье.

Под детско-родительскими отношениями можно раскрыть понятие системы отношений, в которых принимают участие родители или один из родителей и обязательно ребенок. А.Я. Варга рассматривает детско-родительские отношения через призму отношений между взрослым и ребенком, которые связаны между собой родственными связями. А.С. Спиваковская в своих исследованиях обозначает три компонента родительского отношения к ребенку. К первому компоненту автор относит эмоциональный компонент, который характеризуется включением эмоциональной сферы, проявлением чувств и эмоций по отношению к ребенку. Вторым компонентом выступает когнитивный фактор, представленный определенным уровнем знаний и представлений об индивидуальных особенностях ребенка и о своих качествах, помогающих реализовать роль родителя. Третий компонент определяется, как поведенческий, раскрывающий способность реализовать отношение к своему ребенку определенным способом, приемлемым в рамках культурного наследия.

Исследование детско-родительских отношений в зарубежных психолого-педагогических специализированных источниках выделяет два направления, к которым относят психоаналитический и гуманистический подходы. Многие отечественные исследователи в своих работах выделяют родительские установки (позиции), характеризуя их как установки, проявляющиеся в определенном поведении, направленные не на конкретного ребенка, в частности, а на всех представителей детского возраста.

В отечественной психологии большинство авторов раскрывают родительские отношения через систему эмоционального отношения к ребенку, принятия ребенка, а также особенностей поведения, проявляемого к ребенку.

По возрастной периодизации Д.Б. Эльконина, подростковый возраст характеризуется онтогенетической стадией между периодами детства и взрослости, которая связана с качественными изменениями в формирующейся личности [14]. Именно в подростковый период появляется риск деструктивного поведения у подростка. Ребенок переживает изменения в социальной ситуации развития, стремится занимать активную позицию, но по стечению определенных ситуаций, может быть вовлечен в пассивную позицию, подчиняясь более авторитарному сверстнику. При этом если ребенок попадает под влияние асоциальной группы, он может быть вовлечен в употребление психоактивных веществ или алкогольной продукции, преступную деятельность. Таким образом, у подростка формируются деструктивные формы поведения. Подросток уже не занимает только принимающую сторону, начинается период проверок и испытания в практике так или не так, работает, или не работает. Проверка, сомнения и идентификация своей личности с другими, доверия к родителям, даже, если оно и было достаточно прочным, тоже может стать уязвимым. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера и способы эмоционального реагирования, которые в дальнейшем во многом определяют жизнь взрослого человека, его физическое и психическое здоровье. Именно в этот период семья и детско-родительские взаимоотношения становятся одним из важных, для обеспечения дальнейшего развития личности.

В научно-психологической литературе исследователи обозначают четыре стадии формирования подростковой наркомании. Первая стадия раскрывается через первый прием (или несколько приемов) наркотических веществ. Вторая стадия характеризуется возникновением эйфории, на третьей стадии проявляется раздражительность, тревога и беспокойство.

Четвертая стадия подростковой наркомании – возникновение физической зависимости.

Рассматривая семью, как один из первостепенных институтов в воспитании и развитии ребенка, стоит отметить, что все члены семьи тесно связаны друг с другом. Поэтому негативные изменения в поведении или эмоциональном состоянии одного члена находят отражение в поведении и эмоциональном состоянии всех членов семьи. Следовательно, начиная психолого-педагогические мероприятия, направленные на лечение или профилактику формирования зависимости у подростков к употреблению психоактивных веществ, первостепенно необходимо исследовать направление работы с самой семьей. Для этого нужно обозначить признаки дисфункциональной семьи, что безболезненно перевести в роль функциональной семьи.

Анализ выше представленного, позволяет говорить о том, что эффективность выздоровления в проблеме подростковой зависимости и детско-родительских отношений в семье, с пагубным употреблением ПАВ у подростка, будет зависеть от того насколько целостно и комплексно семья подойдет к этой проблеме. Определит для себя формы и методы (групповые занятия, индивидуальная терапия, группы самопомощи) выздоровления и начнёт свой – родительский терапевтический процесс.

Проходя терапевтический процесс параллельно с ребенком, родитель начинает понимать особенности его поведения, анализировать чувства и эмоции ребенка, возникающие на фоне сложившейся ситуации. При дальнейшей работе родитель стремится оптимизировать детско-родительские отношения посредством налаживания общения с ребенком, формирования доверительного отношения и безоценочного диалога. Ребенок начинает осознавать, что он не один в сложившейся ситуации, что он может получить поддержку, понимание и сочувствие со стороны своего родителя.

Также родитель начинает отслеживать свои чувства и эмоции, возникающие в разных сложных ситуациях, контролировать свои слова

и свое поведение, анализировать последствия. В ходе терапевтического процесса у родителя гармонизируется эмоционально-волевая сфера, благодаря чему он сможет оказать поддержку и помощь своему ребенку с зависимостью к психоактивным веществам. Если родитель находится в угнетённом эмоциональном состоянии, то у него начинает развиваться тоннельное мышление, и он не может оказать помощь ни своему ребенку, ни себе, ни своей семье в целом. Поэтому с целью профилактики и коррекции эмоционально-волевой сферы необходимо обратить внимание на проявление у родителей аффективных вспышек в поведении, его эмоциональный фон и проявление признаков тревожного или депрессивного состояния.

Как видим, что характер детско-родительских отношений является одним из условий эффективного преодоления подростковой зависимости к психоактивным веществам.

## **Глава 2 Опытнo-экспериментальное исследование детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам**

### **2.1 Характеристика базы исследования**

Исследование оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам проходило на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга.

Деятельность центра направлена на создание психолого-реабилитационных условий для несовершеннолетних детей, совершивших уголовное или административное правонарушение или принимающих психоактивные вещества, а также их родителям или законным представителям.

Психолого-реабилитационная деятельность основывается на программах, разработанных с учетом индивидуальных особенностей и поведенческих характеристиках несовершеннолетних детей, в основе которых заложено прохождение четырех этапов. Первая психолого-реабилитационная программа основывается на идее групповой реабилитации несовершеннолетних детей, постоянно проживающих на территории центра, и занимает временной период от 9 и более месяцев, вторая программа рассчитана на проведение патронажа семей без проживания.

Первый этап, обозначенный, как карантин, представляет собой проведение диагностических мероприятий, а именно, социальную, педагогическую, психологическую, образовательную диагностику и медицинскую диспансеризацию с целью комплексного обследования несовершеннолетнего ребенка. По условиям центра ребенок полностью изолирован от внешнего мира, что способствует повышению эффективности прохождения адаптационного периода и отказа от употребления

психоактивных веществ. На данном этапе несовершеннолетнего везде сопровождает специалист центра, который готов оказать психологическую поддержку.

Второй этап реабилитационной деятельности направлен на формирование самостоятельности несовершеннолетнего ребенка, которого интенсивно вовлекают в мероприятия центра.

Третий этап реабилитационной работы включает в себя индивидуальную работу и предоставление выбора участия в мероприятиях, проводимых специалистами центра. На данном этапе разрабатывается индивидуальная психологическая программа, основанная на потребностях и интересах несовершеннолетнего ребенка, с целью профилактики повторного употребления психоактивных веществ или вовлечения в преступную деятельность.

Четвертый заключительный этап направлен на постепенное возвращение несовершеннолетнего ребенка в семью и его круг общения. При этом перед специалистами ставится задача предотвратить повторное вхождение подростка в группу сверстников, которые оказывают на него негативное влияние, подталкивая к употреблению психоактивных веществ и вовлечение в преступную деятельность.

Таким образом, анализ психолого-реабилитационной деятельности центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга позволяет сделать вывод, что проведение психологической экспериментальной части исследования на данной базе эффективно. Также нами получен запрос от руководства центра, направленный на разработку психологической программы по оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к ПАВ, с целью применения в дальнейшей психолого-педагогической работе, направленной на реабилитацию несовершеннолетних детей, употребляющих психоактивные вещества.

Первостепенной задачей нашего исследования является изучение детско-родительских отношений, влияющих на формирование склонности

у несовершеннолетних детей к проявлению желания употребить психоактивные вещества. В практической части исследования диагностический этап был направлен на изучение детско-родительских отношений с позиции родителей детей, посещающих мероприятия центра, а также на исследование несовершеннолетних детей.

В эмпирическом исследовании приняли участие 20 детей в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет, которые проходят реабилитацию на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга. В нашем исследовании исключался критерий по полу. Принявшие участие в исследовании некоторые респонденты состоят на учете у врача нарколога, о чем свидетельствуют предоставленные медицинские документы. Также в исследовании приняли участие 20 законных представителей респондентов.

Законные представители респондентов были проинформированы о целях и задачах научно-практического исследования. От всех законных представителей респондентов получено письменное согласие на участие в исследовании и последующий публикации его результатов. Исследование проводилось с соблюдением норм Хельсинкской декларации.

С целью исследования детско-родительских отношений, личностных особенностей и склонности к употреблению несовершеннолетними детьми психоактивных веществ в нашем исследовании был проведен диагностический этап, включающий в себя: тест-опросник «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин; индивидуальная беседа, направленная на определение склонности к употреблению психоактивных веществ; методики, направленные на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Басса-Дарки, опросник Ч.Д. Спилбергера, опросник «Шкала одиночества»), а также методики, способствующие определению детско-родительских отношений (тест для родителей, «Какой я родитель?», тест-опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столин).

– Тест-опросник «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин, направлен на изучение склонностей несовершеннолетних детей к проявлению зависимостей. Целью исследования являлось изучение склонности несовершеннолетнего ребенка к употреблению алкогольной или табачной продукции, наркотических и психоактивных веществ. Данный тест позволяет определить риск проявления зависимого поведения у подростков к употреблению запрещенных веществ. При проведении теста респондентам разъяснялись их права, анонимность результатов теста. В тесте мы сочетали варианты ответов, направленные на выявление употребления алкогольной продукции с употреблением психоактивных веществ. Интерпретация результатов обрабатывается по следующим критериям: каждый положительный ответ засчитывается в 1 балл.

– до 13 баллов – риск зависимого поведения не выражен – низкий уровень;

– от 14 до 16 баллов – умеренно выраженный риск зависимого поведения – средний уровень;

– от 17 баллов и более – выраженные признаки склонности к зависимому поведению – высокий уровень.

– Индивидуальная беседа организовывалась с целью исследования информированности респондентах о ПАВ, склонности к употреблению ПАВ. Индивидуальная беседа проводилась с каждым респондентом в закрытом помещении с соблюдением анонимности, без фиксирования фамилии, имени, отчества, с согласия законных представителей. Беседа включала в себя вопросы, направленные на выявление информационной стороны, представленной выше проблематики, употреблением психоактивных веществ, а также, при отсутствии опыта, желания в дальнейшем попробовать психоактивные вещества. Критериями оценки являлись варианты ответов, представленных в ходе беседы. Первостепенно у респондентов уточнялся информационный момент, при помощи вопроса «Что тебе известно о психоактивных веществах?». На выбор респондентам предлагались

следующие варианты ответов: ничего не знаю, личный опыт, опыт друзей, ознакомление со статьями в средствах массовой информации. Второй вопрос, на который респондентам предлагалась ответить, был направлен на выявление случаев, когда подростку предлагали попробовать употреблять психоактивные вещества знакомые или незнакомые люди. Критерии оценивания зависели от следующих вариантов ответов: мне не предлагали употреблять психоактивные вещества, мне предлагали употребить психоактивные вещества знакомые люди, друзья, не предлагали употребить психоактивные вещества незнакомые люди в компании. Третий вопрос был направлен на выявление личного опыта употребления респондентами психоактивных веществ. Критерии оценивания варьировались да или нет. Также для варианта ответа да был включен дополнительный вопрос, нацеленный на выявление желания попробовать психоактивные вещества. Критерии оценивания зависели от следующих вариантов ответов: не употреблял психоактивные вещества, но хотел бы попробовать, не употреблял психоактивные вещества, не хотел бы попробовать.

Методики, направленные на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Ч.Д. Спилбергера Ю.Л. Ханина, опросник «Шкала одиночества», Д. Рассела и М. Фергюсона, опросник Басса-Дарки), позволяют обозначить отрицательные особенности личности респондентов.

– Тест опросник – Г. Айзенка способствует определению типа темперамента респондента. Целью методики является изучение индивидуально-личностных психологических черт. Стоит отметить, что данная методика в исследовании позволяет выявить склонность к употреблению ПАВ среди подростков определенного психотипа. Так холерики склонны на импульсивные, необдуманные поступки, сангвиник склонен воздействию коллективного мнения, флегматик и меланхолик могут попасть под влияние негативной компании.

– Опросник Диагностика тревожности шкала Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина позволяет выявить уровень ситуативной и личностной тревожности.

Цель: исследование уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и уровня тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность). Шкала состоит из двух частей, по 20 заданий в каждой. К каждой части даётся собственная инструкция. Первая часть предназначена для определения того, как человек чувствует себя в данный момент – реактивная тревожность. Вторая часть направлена на выяснение того, как человек чувствует себя обычно, то есть диагностика тревожности как свойства личности. Каждое высказывание оценивается по четырём балльной шкале. Испытуемые, отвечая на утверждения первой части опросника (№1 – 20), выбирают один из четырёх вариантов ответов: 1) нет, 2) скорее нет, 3) скорее да, 4) да. Напротив номера утверждения записывают число, соответствующее выбранному ответу, для второй части опросника (утверждения №21 – 40) варианты ответов иные: 1) почти никогда, 2) иногда, 3) часто, 4) почти всегда.

Интерпретация: реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойностью, нервозностью. Очень высокий уровень реактивная тревожность вызывает нарушения внимания. Личностная тревожность характеризует установочную склонность человека воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокий уровень личностной тревожности прямо связан с наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями. Однако тревожность не является негативной чертой, определённый уровень тревожности – обязательная особенность активной личности. При этом существует индивидуальный уровень полезной тревоги.

– Опросник «Шкала одиночества» Д. Расселом, Л. Пепло, М. Фергюсоном.

Цель – исследовать уровень субъективного ощущения подростком своего одиночества. Выявляемое состояние одиночества может быть связано с тревожностью, социальной изоляцией, депрессией, скукой. Предлагается ряд утверждений, которые предлагается рассмотреть последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления применительно к собственной жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Выбранный вариант отметить знаком «+». Обработка результатов и интерпретация: подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Результаты показывают возможный уровень одиночества.

Посредством проведения данного диагностического этапа нами будут представлены выявленные проблемные области респондентов, посещающих мероприятия центра. А также анализ полученных данных позволит скорректировать работу с родителями несовершеннолетних детей, употребляющих психоактивные вещества, на основе их индивидуальных особенностей.

– Опросник Басса-Дарки направлен, на выявление склонности к проявлению агрессивного поведения, что является значимым при составлении индивидуального плана психолого-педагогической работы, направленной на профилактику и коррекцию употребления психоактивных веществ.

Методики, способствующие определению детско-родительских отношений (тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин, тест для родителей, «Какой я родитель?»), позволяют обозначить нарушение в области детско-родительских отношений. Анализ полученных результатов направлен на планирование психолого-педагогической программы по коррекции и профилактике употребления психоактивных веществ, среди подростков, с учетом построения мероприятий, направленных на гармонизацию отношений между родителем и ребенком.

Посредством проведения анкетирования при помощи тест-опросника родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин будет обозначено отношение родителя к ребенку, сформировавшееся под воздействием трудных жизненных ситуаций. Цель: выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Интерпретация результатов: за каждый ответ типа «да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ типа «нет» – 0 баллов. Высокие баллы свидетельствуют о значительной развитости указанных выше видов родительских отношений, а низкие баллы – о том, что они сравнительно слабо развиты.

– Тест для родителей, «Какой я родитель?» позволит провести самоанализ родительской позиции.

Цель: определить уровень принятия позиции родителя. Интерпретация результатов по тесту для родителей «Какой я родитель?» была организована с учетом следующих критериев: низкий уровень – до 7 баллов – общение выстраивается с доверительной основой, без проблемных областей, родитель принимает своего ребенка, ценит его потребности, проявляет к нему уважение; средний уровень – в общении отмечаются небольшие сложности и трудности, родитель проявляет недопонимание своего ребенка, его действий и понимания; высокий уровень – общение строится по типу конфликтного, в большинстве случаев родитель игнорирует потребности и интересы ребенка.

Исходя из выше представленного, полагаем, что нами разработан диагностический инструментарий, включающий в себя изучение разных областей влияния на исследуемую проблематику.

## **2.2 Описание и анализ результатов изучения детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к психоактивным веществам**

В данном параграфе представим количественный и качественный анализ полученных результатов, в ходе проведения практической части исследования.

Согласно анализу тест-опросника «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин, интерпретация результатов обрабатывается по следующим критериям: каждый положительный ответ засчитывается в 1 балл.

– до 13 баллов – риск зависимого поведения не выражен – низкий уровень;

– от 14 до 16 баллов – умеренно выраженный риск зависимого поведения – средний уровень;

– от 17 баллов и более – выраженные признаки склонности к зависимому поведению – высокий уровень.

Тестирование проводилось анонимно, с целью выявления достоверных данных, группой по 5 человек с соблюдением дистанции в 3 метра друг от друга, с временным периодом от 20 до 40 минут.

Представим количественный анализ полученные результаты исследования в Приложении А, в таблице А.1 («Склонность к проявлению аддитивного поведения») и на рисунке 1.

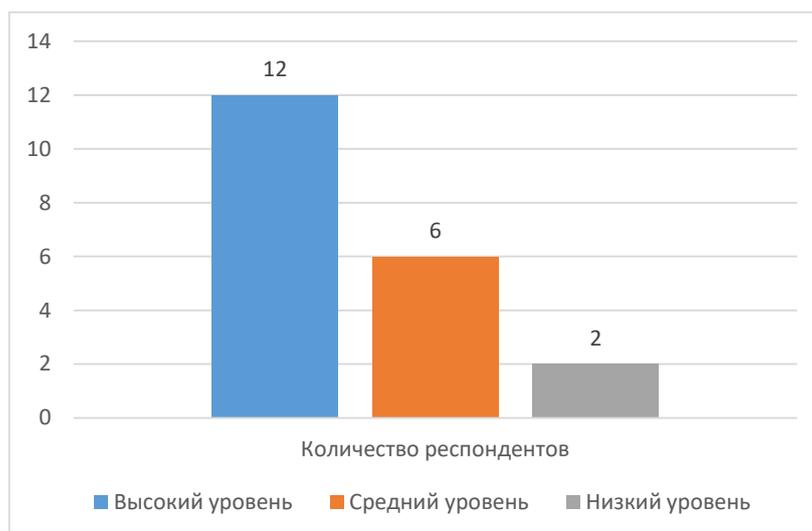


Рисунок 1 – Склонность к проявлению аддитивного поведения

Исходя из представленных результатов, можно сделать вывод:

– 12 респондентов имеют выраженные признаки склонности к зависимому поведению, а именно, полагают, что для получения удовольствия и расслабления можно употребить алкогольную продукцию или психоактивные вещества, у 6 респондентов отмечается умеренно выраженный риск зависимого поведения, и только у 2 респондентов выявлен низкий риск проявления зависимого поведения.

Представим количественный анализ результатов данных, собранных в ходе проведения индивидуальной беседы. При этом стоит отметить, что в ходе индивидуальной беседы, с целью выявления респондентов употребляющих или употреблявших психоактивные вещества, большинство респондентов отрицают употребление психоактивных веществ или проявление зависимого поведения от психоактивных веществ, а также не имеют психиатрических диагнозов, на учете у врача психиатра никогда не состояли. Индивидуальная беседа проводилась с элементами тестирования, предоставляя варианты ответов.

В ходе беседы первоначально у респондентов уточнялся информационный момент, при помощи вопроса «Что тебе известно о

психоактивных веществах?»). На выбор респондентам предлагались следующие варианты ответов: ничего не знаю, личный опыт, опыт друзей, ознакомление со статьями в средствах массовой информации. Полученные данные представим в Приложение Б (в таблице Б.1).

В ходе проведения индивидуальной беседы было выявлено, что все респонденты проинформированы о психоактивных веществах, некоторые подростки могут назвать лекарственные препараты. При этом, 5 респондентов поведают о своем личном опыте употребления психоактивных веществ, их воздействии на организм, пережитых эмоциях и ощущениях, 8 респондентов сообщают случаи столкновения с психоактивными веществами на примере своих друзей, также проговаривают их ощущения и впечатления, и 7 респондентов знакомы с психоактивными веществами посредством сети интернет, а именно, прочитывали информацию в телеграмме или в группах в контакте.

Второй вопрос, на который респондентам предлагалась ответить, был направлен на выявление случаев, когда подростку предлагали попробовать употреблять психоактивные вещества знакомые или незнакомые люди. Результаты зафиксированы в Приложении Б (таблице Б.2).

В ходе проведения индивидуальной беседы было выявлено, что большинству респондентов поступало предложение употребить психоактивные вещества. Так 13 респондентам предлагали употребить психоактивные вещества знакомые для них люди, в основном их друзья или друзья друзей, 3 респондентам предлагали незнакомые люди, когда те находились в больших компаниях или на дискотеке. Только 4 респондентам такое предложение не поступало.

Третий вопрос был направлен на выявление личного опыта употребления респондентами психоактивных веществ. Полученные данные отражены в Приложении Б (таблица Б.3).

Среди респондентов, которые ответили, что не употребляли никогда психоактивные вещества, был проведен дополнительный опрос, нацеленный

на выявление желания попробовать психоактивные вещества. Результаты представлены в Приложении Б (в таблице Б.4).

Таким образом, было выявлено, что у 7 респондентов присутствует желание попробовать психоактивные вещества, которое связано с опытом употребления их друзей, которые повествуют о том, что данный опыт позволяет получить хорошие ощущения, удовольствие и уход от жизненных проблем.

Следовательно, анализ данных, полученных в ходе проведения диагностического этапа, направленного на выявление отношения к психоактивным веществам у респондентов, позволяет сделать вывод, что большинство опрошенных детей знакомы с психоактивными веществами из личного опыта или по рассказам друзей, некоторые употребляли психоактивные вещества, а некоторые готовы попробовать. Таким образом, профилактика и коррекция употребления психоактивных веществ, среди подростков на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга является актуальной.

Считаем целесообразным представить количественный анализ методик, направленных на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник «Шкала одиночества» Д. Расселом, М. Фергюсоном, опросник Басса-Дарки).

С целью изучения индивидуально-личностных психологических черт нами было проведено групповое тестирование респондентов по опроснику Г. Айзенка. Анализ полученных данных отражен в Приложении В (в таблице В.1) и на рисунке 2.

Отообразим представленные данные на рисунке 2 – «Тип темперамента».

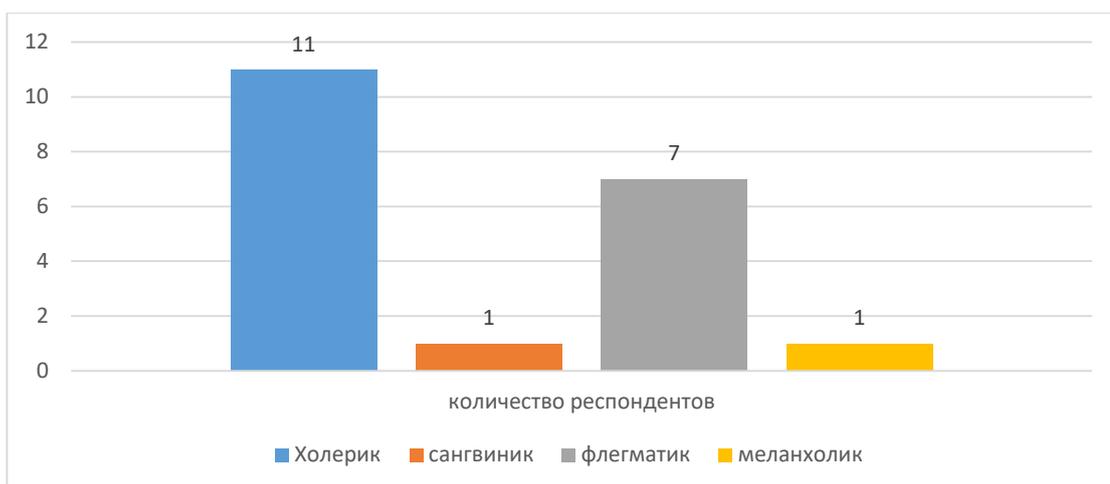


Рисунок 2 – Тип темперамента

Согласно данным, представленным в таблице, среди респондентов преобладает тип темперамента – холерик, который был выявлен у 11 испытуемых. Так у 7 респондентов отмечен флегматический тип темперамента, у 1 респондента – меланхолический тип темперамента и 1 респондент – сангвиник с ярко выраженными чертами нейротизма.

Таким образом, можно отметить, что среди респондентов преобладает холерический тип темперамента, который характеризуют повышенной возбудимостью и сниженными показателями тормозных реакций, проявляющийся в таких поведенческих реакциях, как склонность к частой смене настроения, вспыльчивости, конфликтности. Также отмечаются флегматический тип темперамента, характеризующийся спокойным эмоциональным фоном, быстрым налаживанием коммуникативных связей. Меланхолический тип темперамента раскрывается через снижение контроля над эмоциональным фоном, проявляющийся в таких поведенческих реакциях, как чувствительное отношение к переменам, замкнутость, переживаниях. Сангвиник характеризуется, как уравновешенный тип темперамента в плане реактивности и тормозных реакций. Он отличается быстрой сменой впечатлений, интересов, планов, деятельности. Проявляется высокую активность в тех сферах, которые ему интересны.

С целью исследования уровней ситуативной и личностной тревожности нами были обработаны результаты, полученные в ходе проведения группового тестирования по опроснику «Диагностика тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина». Количественный анализ отражен в Приложение Г, (в таблице Г.1, Г.2), и на рисунке 3.

Следовательно, у 17 респондентов выявлен высокий уровень личностной тревожности и у 3 респондентов умеренный уровень личностной тревожности. При анализе данных критерия ситуативной тревожности можно отметить, что у 8 респондентов выявлен высокий уровень, у 12 – умеренный.

Отообразим полученные данные на рисунке 3 – «Личностная и ситуативная тревожность».

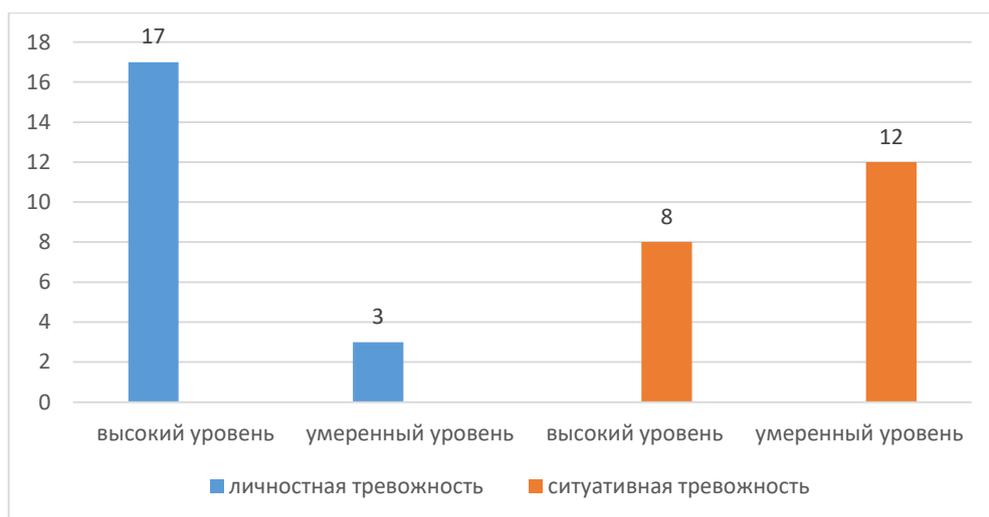


Рисунок 3 – Личностная и ситуативная тревожность

Таким образом, анализ полученных данных позволяет нам сделать вывод, что у большинства респондентов преобладает высокий уровень личностной тревожности. Можно предположить, что это связано с тем фактором, что испытуемые находятся в центре, направленном на организацию психолого-педагогической деятельности, связанной с профилактикой и коррекцией употребления психоактивных веществ среди подростков.

С целью исследования уровня субъективного ощущения подростком своего одиночества нами было проведено индивидуальное тестирование по опроснику «Шкала одиночества» Д. Расселом, Л. Пепло, М. Фергюсоном. Полученные данные отражены в Приложение Д (в таблице Д.1) и на рисунке 4 – «Уровень одиночества».

Отообразим полученные результаты на рисунке 4 – «Уровень одиночества».

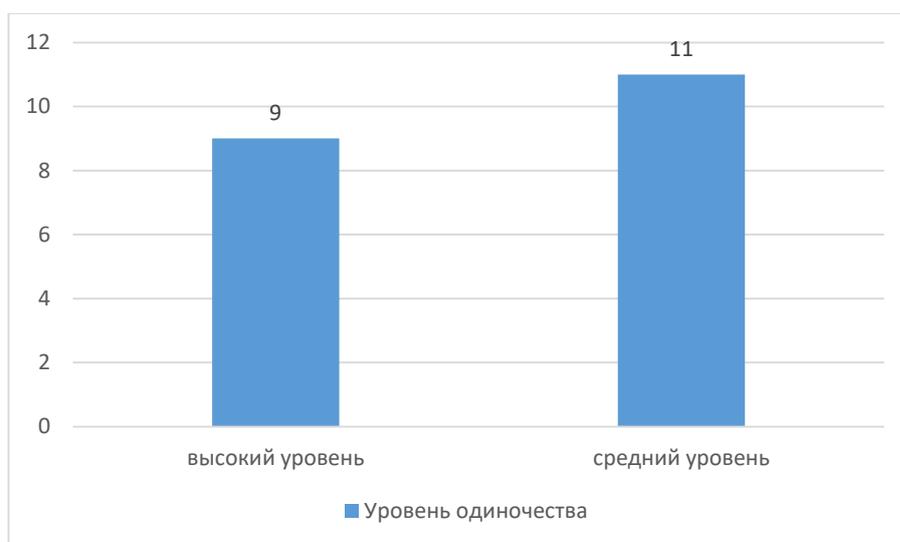


Рисунок 4 – Уровень одиночества

Таким образом, анализ полученных данных позволяет нам отметить, что к высокому уровню отнесено 9 респондентов, к среднему уровню – 11.

Следовательно, среди респондентов не отмечены испытуемые, которые были отнесены к низкому уровню одиночества. Высокий и средний уровни свидетельствуют о том, что подросток ощущает чувства одиночества и пустоты, не получают поддержку со стороны значимых взрослых.

С целью исследования личностных особенностей, проявляющихся в склонности к выражению агрессии, нами было проведено индивидуальное тестирование по опроснику Басса-Дарки, с определением разных видов проявлений агрессии в поведении. Анализ полученных данных зафиксирован в Приложении Е, (таблица Е.1).

Следовательно, анализ полученных данных свидетельствует о проявлении у респондентов склонности к агрессивному поведению в разных формах. Так у респондента 1 высокий показатель отмечаются в областях косвенная агрессия, склонность к раздражению, подозрительность и повышенные показатели в проявлении вербальной агрессии. У респондента 2 высокие показатели – вербальная агрессия, косвенная агрессия, склонность к раздражению и подозрительность. У всех респондентов отмечается какая-либо область проявления определенного вида агрессии. При этом высокие показатели индекса агрессивности отмечаются у 5 респондентов, повышенные – у 15, высокие показатели индекса враждебности у 6 респондентов, повышенные – у 13, и низкий индекс – у 1 респондента.

Далее считаем целесообразным представить качественный анализ методик, направленных на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник «Шкала одиночества» Д. Расселя М. Фергюсона, опросник Басса-Дарки)). В качестве примерного образца приведем несколько примеров, полученных характеристик.

Респондент 1, мужского пола, возраст 15 лет. В ситуации диагностики несовершеннолетний на контакт идет быстро, фон настроения положительный, стабильный, наблюдаются проявления признаков тревожности (отводит взгляд, снижение тона голоса), принимает защитные позы (руки скрещены). В месте, времени и собственной личности ориентир сохранен. В поведении достаточно упорядочен, держится уверенно, социальную дистанцию в общении соблюдает, внешне выглядит опрятно, эмоционально выразителен. На вопросы отвечает последовательно, в некоторых момента сдержанно, в беседе тактичен. Инструкцию и поступающую информацию усваивает с первого предъявления, цель задания удерживает самостоятельно. Темп деятельности средний, устойчивый, работоспособность не нарушена, без признаков утомления или волевого нарушения. По результатам проведения психолого-педагогической

диагностики можно предположить, что испытуемый по характеру холерик с ярко выраженными чертами нейротизма. По результатам диагностики выявлен высокий уровень личностной тревожности и умеренный уровень ситуативной тревожности, средний уровень одиночества. Отмечается повышенный уровень индекса агрессии и повышенный уровень индекса враждебности: высокие показатели в областях косвенная агрессия, раздражение, подозрительность, повышенные показатели – вербальная агрессия. Можно предположить, что респондент склонен вступать в словесные конфликты, проявлять агрессивное поведение. Анализ документации позволил определить, что респондент находится на учете у врача нарколога, в связи с тем, что был зафиксирован случай употребления психоактивных веществ.

Респондент 2, мужского пола, возраст 14 лет. В ситуации диагностики несовершеннолетний на контакт идет настороженно, фон настроения пониженный, спокойный, агрессивного поведения по отношению к психологу не проявляет, наблюдаются проявления признаков тревожности (отводит взгляд, снижение тона голоса), принимает защитные позы (руки скрещены). В месте, времени и собственной личности ориентир сохранен. На вопросы отвечает последовательно, в некоторых момента сдержанно. Отмечаются трудности при построении фразы (делает длительные паузы, не всегда правильно формулирует свою мысль). Инструкцию и поступающую информацию усваивает с нескольких предъявлений, цель задания удерживает частично. Темп деятельности медленный, наблюдаются признаки утомления. По результатам проведения психолого-педагогической диагностики можно предположить, что испытуемый по характеру флегматик. По результатам диагностики выявлен высокий уровень личностной тревожности и средний уровень ситуативной тревожности, высокий уровень одиночества. Отмечается повышенный уровень индекса агрессии и повышенный уровень индекса враждебности: высокие показатели в областях косвенная агрессия, раздражение, подозрительность, вербальная агрессия, повышенный уровень

непродуктивной нервно-психической напряженности. Общий эмоциональный фон характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью. Анализ документации позволил определить, что респондент на учете у врача нарколога не наблюдается.

Респондент 3, женского пола, возраст 14 лет. В ситуации диагностики несовершеннолетняя на контакт идет быстро, фон настроения стабильный, удовлетворительный, проявления признаков тревожности не наблюдается. В месте, времени и собственной личности ориентир сохранен. В поведении упорядочена, держится уверенно, социальную дистанцию в общении соблюдает, внешне выглядит опрятно, эмоционально выразительна. На вопросы отвечает последовательно, в беседе тактична. Инструкцию и поступающую информацию усваивает не всегда с первого предъявления, в большинстве случаев просит пояснения, цель задания удерживает самостоятельно. Темп деятельности средний, устойчивый, работоспособность не нарушена, без признаков утомления или волевого нарушения. По результатам психолого-педагогической диагностики, можно отметить незначительный уровень нервно-психической напряженности. Выявлен высокий уровень личностной тревожности и высокий уровень ситуативной тревожности, высокий уровень одиночества. В поведении проявляются признаки панической атаки (беспокойство, тревожность, чувство надвигающейся опасности, страх потери контроля, учащается сердцебиение) наблюдаются. Отмечается высокий уровень индекса агрессии и высокий уровень индекса враждебности. Высокие показатели в областях физической и вербальной агрессии, обиды, негативизма и чувства вины, очень высокие показатели в областях – косвенная агрессия, раздражение и подозрительность. Согласно результатам анализа личностного опросника можно отметить следующие выводы: респондент является экстравертом по типу темперамента холерик. Отмечаются повышенные показатели нейротизма. Анализ документации позволил определить, что респондент на учете у врача нарколога не наблюдается.

Респондент 6, мужского пола, возраст 15 лет. В ситуации диагностики несовершеннолетний на контакт идет неохотно, фон настроения сниженный, стабильный, наблюдаются проявления признаков тревожности (отводит взгляд, снижение тона голоса), принимает защитные позы (руки скрещены). В месте, времени и собственной личности ориентир сохранен. В поведении упорядочен, социальную дистанцию в общении соблюдает, внешне выглядит опрятно. На вопросы отвечает последовательно, в некоторых момента сдержанно, в беседе тактичен, доброжелателен. Неохотно сообщает о своих родителях. На большинство вопросов дает малоинформативные ответы типа «Не знаю», «Как все». При этом пояснить свой ответ отказывается. Инструкцию и поступающую информацию усваивает с первого предъявления, цель задания удерживает самостоятельно. Темп деятельности средний, устойчивый, работоспособность не нарушена, без признаков утомления или волевого нарушения. По результатам психолого-педагогической диагностики, можно отметить средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Выявлен высокий уровень личностной тревожности и умеренный уровень ситуативной тревожности, высокий уровень одиночества. Отмечается повышенный уровень индекса агрессии и повышенный уровень индекса враждебности. Повышенные показатели в областях физическая и косвенная агрессия, раздражение, негативизм, чувство вины и подозрительность, высокий показатель в области обиды. Можно предположить, что респонденту свойственно проявление вспыльчивости, раздражительности постоянной готовности к конфликту и готовности к защите, даже если в этом объективно нет надобности. Характерна неадекватная реакция на замечания, советы и просьбы. Особенно велика вероятность нервных срывов, аффективных реакций в ситуациях, где речь идет об их компетенции в тех или иных вопросах, их престиже, самооценке, их отношении. Излишнее подчеркивание результатов их деятельности или способов поведения, как в лучшую, так и в худшую сторону, категоричный по отношению к ним тон или тон,

выражающий сомнение, может привести к срывам, конфликтам, созданию различного рода психологических барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию. Испытуемый по характеру холерик с ярко выраженными чертами нейротизма. Анализ документации позволил определить, что респондент находится на учете у врача нарколога, в связи с тем, что был зафиксирован случай употребления психоактивных веществ.

Респондент 10, женского пола, возраст 14 лет. В ситуации диагностики несовершеннолетняя на контакт идет быстро, фон настроения стабильный, удовлетворительный, проявления признаков тревожности не наблюдается. В месте, времени и собственной личности ориентир сохранен. В поведении упорядочена, держится уверенно, социальную дистанцию в общении соблюдает, внешне выглядит опрятно, эмоционально выразительна. На вопросы отвечает последовательно, в беседе тактична. Инструкцию и поступающую информацию усваивает не всегда с первого предъявления, в большинстве случаев просит пояснения, цель задания удерживает самостоятельно. Темп деятельности средний, устойчивый, работоспособность не нарушена, без признаков утомления или волевого нарушения. По результатам психолого-педагогической диагностики, можно отметить незначительный уровень нервно-психической напряженности. Выявлен высокий уровень личностной тревожности и высокий уровень ситуативной тревожности, высокий уровень одиночества. В поведении проявляются признаки панической атаки (беспокойство, тревожность, чувство надвигающейся опасности, страх потери контроля, учащается сердцебиение) наблюдаются. Отмечается высокий уровень индекса агрессии и высокий уровень индекса враждебности. Высокие показатели в областях физической и вербальной агрессии, обиды, негативизма и чувства вины, очень высокие показатели в областях – косвенная агрессия, раздражение и подозрительность. Согласно результатам анализа личностного опросника можно отметить следующие выводы: респондент является экстравертом по типу темперамента холерик. Отмечаются повышенные показатели

нейротизма. Анализ документации позволил определить, что респондент на учете у врача нарколога не наблюдается.

Респондент 15, мужского пола, возраст 15 лет. В ходе проведения психолого-педагогической диагностики респондент ведет себя сдержанно и отстраненно, принимает защитные психологические позы, на вопросы отвечает неохотно, проявляет отказ от выполнения предложенной проективной методики, поясняя, что не любит рисовать и выполнять такого рода задания. Инструкции и поступающую информацию усваивает с первого предъявления, цель задания удерживает самостоятельно. Темп деятельности средний, устойчивый, работоспособность не нарушена, без проявлений признаков утомления или волевых нарушений. В общении с психологом трудностей не испытывает. По результатам методик отмечается повышенный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, общий эмоциональный фон характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью, умеренный уровень ситуативной и высокий уровень личностной тревожности, средний уровень одиночества, повышенный индекс агрессии и враждебности, в стрессовой ситуации вероятен срыв деятельности и поведения. Испытуемый по характеру сангвиник с ярко выраженными чертами нейротизма. Анализ документации позволил определить, что респондент не находится на учете у врача нарколога.

Следовательно, качественный и количественный анализ методик, направленных на выявление индивидуальных особенностей, позволяет нам отметить, что у большинства респондентов зафиксирована склонность к проявлению агрессии, высокий или средний уровень ситуативной или личностной тревожности, высокий или средний уровень одиночества. Данные результаты свидетельствуют о сниженном эмоциональном фоне, возможно прохождения несовершеннолетним ребенком сложного кризисного периода в жизни. То есть, вероятен большой риск то, что респондент, не

справившись с обстоятельствами, может попасть под влияние других людей и с целью ухода от реальности начать употреблять психоактивные вещества.

Также на формирование желания начать употреблять психоактивные вещества влияют детско-родительские отношения, а именно, их нарушение, неприятие родителями ребенка с его индивидуальными особенностями, отсутствие в семье взаимопомощи, понимания и поддержки. С целью исследования детско-родительских отношений нами был проведен диагностический этап, направленный на изучение заявленной проблематики. Ниже представим количественный анализ полученных данных.

В ходе проведения тестирования по тесту-опросника родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин законным представителям или родителям были проговорены цели и задачи исследования, озвучено условие анонимности. Тестирование проводилось группами по 5 человек с соблюдением дистанции и временным периодом от 20 до 60 минут.

Интерпретация результатов осуществлялась с учетом представленных ниже критериев:

– шкала «Принятие-отвержение»: высокий уровень – родитель принимают ребенка, уважают его индивидуальность, считаются с его мнением, средний уровень – родители воспринимают ребенка адекватно, выделяя его положительные и отрицательные стороны, не всегда считают с его мнением, низкий уровень – родители не принимают ребенка, игнорируют его потребности;

– шкала «Кооперация»: высокий уровень – родитель ценит интеллектуальные и творческие способности ребенка, стремится оказать ему помощь и поддержку, средний уровень – родитель воспринимает ребенка, как партнера, предоставляет ему свободу и самостоятельность, при просьбе со стороны ребенка, оказывает ему поддержку и сочувствие, низкий уровень – родитель не замечает ребенка, игнорирует его потребности;

– шкала «Симбиоз»: высокий уровень – симбиотические отношения, переходящие в гиперопеку, родитель стремится оградить ребенка

от трудностей и препятствий, средний уровень – партнерские отношения между родителем и ребенком, родитель предоставляет ребенку самостоятельность действий при непосредственном и ненавязчивом контроле, низкий уровень – гиперопека, отсутствие контроля со стороны родителей, предоставление полной свободы действий ребенку с перекладыванием на него ответственности;

– шкала «Авторитарная гиперсоциализация»: высокий уровень – авторитарный стиль воспитания, средний уровень – демократический стиль воспитания, низкий уровень – либеральный стиль воспитания;

– шкала «Маленький неудачник»: высокий – инфантилизация ребенка, средний – партнерство, низкий – принятие ребенка.

Результаты исследования представлены в таблице 2, 3 и на рисунке 5 – «Родительское отношение».

Таблица 2 – Родительское отношение

Родитель	Варианты шкал				
	Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
1	С	Н	В	В	В
2	С	Н	В	В	В
3	С	Н	В	В	С
4	С	Н	В	В	В
5	Н	Н	В	С	С
6	Н	Н	В	В	С
7	Н	С	В	В	С
8	С	С	В	В	В
9	С	Н	В	С	В
10	Н	Н	В	С	В
11	Н	С	В	В	С
12	Н	Н	В	В	С
13	С	Н	В	В	В
14	С	С	В	В	В
15	С	С	В	С	В

Продолжение Таблицы 2

Родитель	Варианты шкал				
	Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
16	С	Н	В	С	В
17	Н	Н	В	В	В
18	Н	Н	В	В	В
19	В	В	В	В	С
20	С	В	В	В	С

Примечание:  
 В – высокий уровень,  
 С – средний уровень,  
 Н – низкий уровень

Обобщим полученные данные, с целью определения количественного анализа.

Таблица 3 – Количественный анализ родительского отношения

Шкала	Количество родителей или законных представителей		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Шкала «Принятие-отвержение»	1	11	8
Шкала «Кооперация»	2	5	13
Шкала «Симбиоз»	20	0	0
Шкала «Авторитарная гиперсоциализация»	15	5	0
Шкала «Маленький неудачник»	12	8	0

Отразим полученные результаты на рисунке 5 – «Родительское отношение».

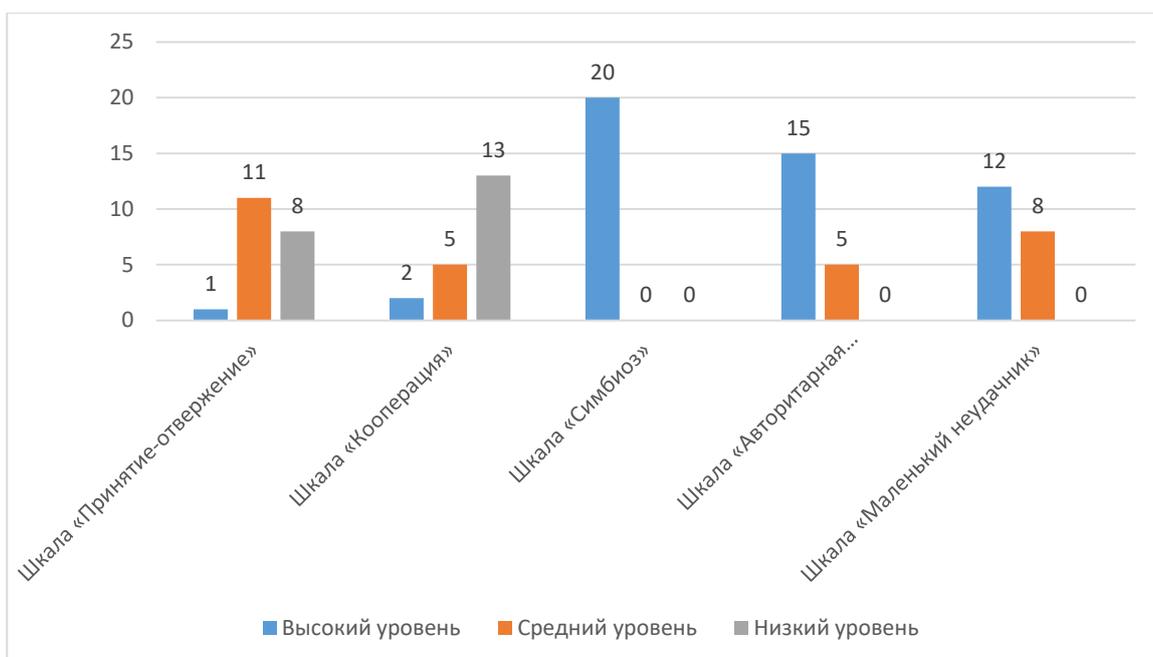


Рисунок 5 – Родительское отношение

Исходя из данных, можно сделать вывод, что в исследуемых семьях наблюдается нарушение детско-родительских отношений. Так полностью принимает своих детей 1 родитель, частично – 11 родителей. Выделяет интеллектуальные особенности и творческие интересы – 2 родителя, принимают во внимание потребности ребенка – 5 родителей. Все родители находятся в симбиотической связи с ребенком, полагая, что сложившаяся ситуация с возникновением риска употребления психоактивных веществ их детьми подросткового возраста, повышает необходимость контролировать действия и поведение детей. Также большинство родителей придерживаются авторитарного стиля воспитания, полагая, что при определенных ситуациях ребенок лишается права на собственное мнение и самостоятельную деятельность. При этом большинство родителей (12) потеряли веру в своего ребенка.

Интерпретация результатов по тесту для родителей, «Какой я родитель?» была организована с учетом следующих критериев:

– низкий уровень – до 7 баллов – общение выстраивается с доверительной основой, без проблемных областей, родитель принимает своего ребенка, ценит его потребности, проявляет к нему уважение;

– средний уровень – в общении отмечаются небольшие сложности и трудности, родитель проявляет недопонимание своего ребенка, его действий и понимания;

– высокий уровень – общение строится по типу конфликтного, в большинстве случаев родитель игнорирует потребности и интересы ребенка.

Результаты представлены в таблице 4, «Какой я родитель». Исходя из представленных данных, можно сделать вывод, что большинство родителей с респондентами выстраивают общение по типу конфликтного, в основе которого заложено воздействие склонности ребенка к употреблению психоактивных веществ.

Таблица 4 – «Какой, я родитель?»

Количественный анализ	Уровни		
	Высокий	Средний	Низкий
Респонденты	13	7	0

Считаем целесообразным обобщить результаты диагностики родителей с целью определения нарушения детско-родительских отношений в семьях респондентов. Критерии оценивания будут основываться на следующих уровнях:

– низкий уровень – отмечаются признаки нарушения детско-родительских отношений не выявлено. Родитель не принимает ребенка, в отношениях преобладает авторитарный или попустительский стиль воспитания, общение строится по типу конфликтного, в большинстве случаев родитель игнорирует потребности и интересы ребенка;

– средний уровень – отмечаются незначительные признаки нарушения детско-родительских отношений не выявлено. Родитель не принимает

ребенка, в отношениях преобладает авторитарный или попустительский стиль воспитания, в общении отмечаются небольшие сложности и трудности, родитель проявляет недопонимание своего ребенка, его действий и понимания;

– высокий уровень – признаков нарушения детско-родительских отношений не выявлено. Родитель принимает ребенка, в отношениях преобладает демократический стиль воспитания, общение выстраивается с доверительной основой, без проблемных областей, родитель принимает своего ребенка, ценит его потребности, проявляет к нему уважение.

Представленные результаты отражены в таблице 5 – Уровень нарушения детско-родительских отношений.

Таблица 5 – Уровень нарушения детско-родительских отношений

Родитель	Варианты шкал					Какой я родитель?	Уровень нарушения
	Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник		
1	С	Н	В	В	В	В	С
2	С	Н	В	В	В	В	С
3	С	Н	В	В	С	В	С
4	С	Н	В	В	В	С	Н
5	Н	Н	В	С	С	С	Н
6	Н	Н	В	В	С	В	Н
7	Н	С	В	В	С	В	С
8	С	С	В	В	В	В	С
9	С	Н	В	С	В	В	С
10	Н	Н	В	С	В	С	Н
11	Н	С	В	В	С	В	С
12	Н	Н	В	В	С	В	Н
13	С	Н	В	В	В	С	С
14	С	С	В	В	В	С	С
15	С	С	В	С	В	В	С
16	С	Н	В	С	В	В	Н
17	Н	Н	В	В	В	В	Н
18	Н	Н	В	В	В	С	Н
19	В	В	В	В	С	В	В
20	С	В	В	В	С	С	С

Обобщим полученные данные, с целью определения количественного анализа. Результаты отразим в таблице 6 – Количественный анализ нарушения детско-родительских отношений».

Таблица 6 – Количественный анализ нарушения детско-родительских отношений

Количественный анализ	Уровни		
	Высокий	Средний	Низкий
Респонденты	1	11	7

Следовательно, количественный анализ результатов исследования позволяет нам сделать вывод, что в исследуемых семьях на фоне возникновения склонности к употреблению психоактивных веществ детьми подросткового возраста отмечаются нарушения детско-родительских отношений, проявление в семьях авторитарного стиля воспитания, отсутствие понимания и принятия ребенка с его проблемами и трудностями.

Таким образом, мы считаем целесообразным составление психолого-педагогической программы, включающих в себя мероприятия по коррекции и профилактике употребления психоактивных веществ, среди подростков, с учетом построения мероприятий, направленных на гармонизацию отношений между родителем и ребенком.

### **2.3 Разработка и проведение мероприятий, направленных на оптимизацию детско-родительских отношений в семьях с подростками зависимостью к психоактивным веществам**

В связи с выявленными индивидуальными особенностями личности подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ, и обозначенными нарушениями детско-родительских отношений, возникших на фоне сложившейся трудной жизненной ситуации семьи, нами сформирована психолого-педагогическая программа, включающая в себя

мероприятия по работе с родителями или законными представителями, с целью воздействия на изменения отношения и поведения родителей, которое должно оказать коррекционное или профилактическое действие на подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ.

Психолого-педагогическая программа включает в себя 17 занятий с родителями. Тематика программы представлена в таблице 7 Психолого-педагогическая программа «Мы вместе». Каждое занятие отражает в себя два блока мероприятий. Первый блок содержит лекции, направленные на повышение психолого-педагогической компетенции родителей по вопросам взаимодействия с детьми подросткового возраста. Второй блок направлен на формирование практического навыка улучшения коммуникативной сферы между родителем и ребенком, налаживание доверительных отношений, гармонизацию эмоционально-волевой сферы родителя, снижение проявлений признаков тревожного и агрессивного поведения. Посредством прохождения цикла занятий родители научатся принимать своего ребенка, отличать отрицательные стороны поведения ребенка, сформированные под воздействием склонности к употреблению психоактивных веществ и отрицательного влияния компании друзей, снижать эмоциональное напряжение. По продолжительности занятие длится от 40 до 60 минут. Занятие проходит в групповой форме до 20 человек.

Таблица 7 – Психолого-педагогическая программа «Мы вместе»

Цель психолого-педагогической программы	Способствовать созданию психолого-педагогических условий, направленных на гармонизацию детско-родительских отношений
Задачи психолого-педагогической программы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– способствовать формированию теоретических знаний об особенностях поведения и изменения личностных характеристик у детей, склонных употреблять психоактивные вещества;</li> <li>– развивать практические умения снижать эмоциональное напряжение;</li> <li>– совершенствование навыков налаживания доверительных отношений с ребенком, взаимодействия.</li> <li>– гармонизация детско-родительских отношений.</li> </ul>

Продолжение таблицы 7

Тема занятия	Цикл занятий
Занятие 1 «Знакомство»	Способствовать налаживанию доверительных отношений, формированию открытой обстановки в группе
Занятие 2 «Концепция химической зависимости и созависимости»	Способствовать формированию представлений о концепции химической зависимости и созависимости, развитие практических навыков по снижению эмоциональной нагрузки посредством дыхательной гимнастики, арт-терапии
Занятие 3 «Мой особенный человек в трудной ситуации»	Способствовать формированию представлений об особенностях изменения личностных характеристик детей, склонных к употреблению психоактивных веществ, проработка негативного отрицания ребенка посредством сказкотерапии «История моего ребенка»
Занятие 4 «Социальные и личностные границы».	Способствовать формированию представлений о социальных и личностных границах, развитие практических навыков по установлению личных и социальных границ посредством психотерапии «Наша деревня»
Занятие 5 «Созависимость и чувства. Двойное «Я».	Способствовать формированию представлений о созависимости, видах и характеристиках, и о базовых чувствах, проработка навыка определять эмоции и чувства человека посредством арт-терапии «Мой кувшин и кувшин соседа»
Занятие 6 «Психологические границы».	Способствовать формированию представлений о нарушениях психологических границ в созависимых / зависимых отношениях, развитие практических навыков по установлению психологической границ посредством арт-терапии «Мой мир»
Занятие 7 «Доверие в семье как основа профилактики употребления детьми ПАВ»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, развитие практических навыков по установлению доверительных отношений посредством эмоционально-образной терапии «Я»
Занятие 8 «Решение кейс-задач по профилактике употребления детьми ПАВ»	Способствовать развитию у родителей практических навыков по разрешению детских конфликтов, связанных с употреблением ПАВ, посредством разбора практических ситуаций, поиска возможных вариантов разрешения конфликта.
Занятие 9. «Такие разные»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, принятие личностных качеств ребенка
Занятие 10. «Мой ребенок»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, принятие личностных качеств ребенка
Занятие 11 «Гнев»	Способствовать формированию представлений о вариативных способах разрешения конфликтных ситуациях, коррекции проявления аффективных вспышек в поведении родителей
Занятие 12. «Мы вместе»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, развитие практических навыков по установлению доверительных отношений посредством эмоционально-образной терапии «Я»

Продолжение таблицы 7

Тема занятия	Цикл занятий
Занятие 13 «Мир глазами ребенка»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, принятие личностных качеств ребенка
Занятие 14 «Мой мир»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, принятие личностных качеств родителя
Занятие 15 «Портрет нашей семьи»	Способствовать оптимизации детско-родительских отношений
Занятие 16 «Правила нашей семьи»	Способствовать определению альтернативных правил поведения в семье
Занятие 17 «Я рядом»	Способствовать формированию представлений о доверительном взаимоотношении, принятие личностных качеств родителя, оказании помощи и поддержки детям со стороны родителей

По результатам наблюдения в ходе организации мероприятий можно отметить следующие изменения, происходящие с людьми в группе, которые посещали мероприятия.

На первом мероприятии родители не охотно шли на контакт с психологом, и участниками группы, занимали защитные позы, на поставленные вопросы давали малоинформационные ответы. При этом требования психолога выполняли, стремились уйти от обсуждения проблемной ситуации.

Во втором занятии приняли участие все члены группы. У участников наблюдалось отстраненность, скованность движений, замкнутость. При этом требования психолога выполняли, стремились уйти от обсуждения проблемной ситуации.

В третьем занятии приняли участие все члены группы. Отмечается стремление к взаимодействию у некоторых членов группы. Они стали открыто говорить о своих чувствах. Составление сказки «История моего ребенка» вдохновила родителей обратить внимание на будущее их ребенка. Многие родители поделились своими сочинениями, в которых они хотят видеть своего ребенка успешным. Родители обдумали варианты действий, направленных на изменение сложившейся трудной ситуации в семье.

На четвертом занятии родители вели себя открыто, не стеснялись выражать свои эмоции, проговаривать проблемные области, делиться впечатлениями. Многие родители не догадывались о нарушении личностных границ.

На шестом занятии участники делились переживаниями за прошедшее время, совместно пытались найти выход из сложившейся ситуации. Многие родители отмечают затруднения, вызываемые при обозначении своих и чужих чувств и эмоций.

На восьмом занятии участники решили объединить упражнение «Мой мир», создав из индивидуальных рисунков общий коллаж. Многие родители отмечают улучшения в настроении, успехи в налаживании общения с ребенком. Так же родители проговаривают, что такие занятия позволяют им понять, что они не одни столкнулись с проблемой детей к употреблению психоактивных веществ.

На десятом занятии родители свободно проговаривали о своих отношениях с детьми, повествовали свои истории. Многие родители стали проявлять сочувствие к своим детям, проговаривая о том, что теперь они понимают особенности поведения детей.

На семнадцатом занятии родители отмечали положительные моменты с их детьми, кому-то удалось уговорить ребенка начать принимать медикаментозное лечение, кто-то провел замечательные выходные с ребенком, а кому-то дети стали открывать свои тайны. Многие родители отмечают улучшения во взаимодействии и общении со своими детьми, склонными к употреблению психоактивных веществ.

Стоит отметить, что при получении обратной связи от родителей о проведенных мероприятиях, многие проговаривают об изменении своего отношения к детям. У родителей появились эмпатические чувства, они стали проявлять сострадание, оказывать поддержку, больше говорить со своими детьми, гулять с ними. Некоторые поменяли свой образ жизни, сменили работу, перестали употреблять алкоголь при детях. По мнению двух родителей

между ними и детьми образовалась дружеская связь, дети сами просят их о помощи, рассказывают о своих проблемах и страхах. Также многие родители отмечают, что дети перестали бродяжничать или ночевать вне дома, проговаривают часть своих проблем, могут поделиться своими переживаниями.

Таким образом, исходя из анализа наблюдения за поведением родителей во время проведения занятий, можно сделать вывод, что нами разработана психолого-педагогическая программа, направленная на изменения отношения и поведения родителей, которое должно оказать коррекционное или профилактическое действие на подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ.

#### **2.4 Анализ результатов после проведения мероприятий направленных, на оптимизацию детско-родительских отношений в семьях с подростками зависимостью к психоактивным веществам**

В данном параграфе представим сравнительную характеристику результатов исследования родительского отношения до и после проведения мероприятий.

Первостепенно было проведено тестирование по тесту-опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столин, критерии исследования которого представлены выше.

Результаты исследования представлены в таблице 8 – Сравнительный анализ родительское отношение, таблице 9 – Сравнительный количественный анализ родительского отношения и на рисунке 6 – Сравнительный анализ родительское отношение.

Таблица 8 – Сравнительный анализ родительского отношения

Родитель	Варианты шкал									
	Принятие-отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
1	С	В	Н	С	В	С	В	С	В	С
2	С	В	Н	С	В	С	В	С	В	С
3	С	С	Н	С	В	С	В	С	С	С
4	С	В	Н	В	В	С	В	С	В	С
5	Н	В	Н	С	В	С	С	С	С	С
6	Н	В	Н	В	В	С	В	С	С	С
7	Н	С	С	В	В	С	В	С	С	С
8	С	С	С	В	В	С	В	С	В	С
9	С	В	Н	В	В	С	С	С	В	С
10	Н	С	Н	С	В	С	С	С	В	С
11	Н	С	С	С	В	С	В	С	С	С
12	Н	С	Н	В	В	С	В	С	С	С
13	С	В	Н	В	В	С	В	С	В	С
14	С	В	С	С	В	С	В	С	В	С
15	С	С	С	В	В	С	С	С	В	С
16	С	В	Н	В	В	С	С	С	В	С
17	Н	В	Н	С	В	С	В	С	В	С
18	Н	В	Н	С	В	С	В	С	В	С
19	В	В	В	В	В	С	В	С	С	С
20	С	В	В	В	В	С	В	С	С	С

Примечание:  
В – высокий уровень,  
С – средний уровень,  
Н – низкий уровень.

Обобщим полученные данные, с целью определения количественного анализа. Результаты отразим в таблице 9 – Сравнительный количественный анализ родительского отношения и на рисунке 6 – Сравнительный анализ родительского отношения.

Таблица 9 – Сравнительный количественный анализ родительского отношения

Шкала	Количество родителей или законных представителей					
	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	До	После	До	После	До	После
Шкала «Принятие-отвержение»	1	13	11	7	8	0
Шкала «Кооперация»	2	11	5	9	13	0
Шкала «Симбиоз»	20	0	0	20	0	0
Шкала «Авторитарная гиперсоциализация»	15	0	5	20	0	0
Шкала «Маленький неудачник»	12	0	8	20	0	0

Отразим полученные результаты на рисунке 6 – Сравнительный анализ родительского отношения

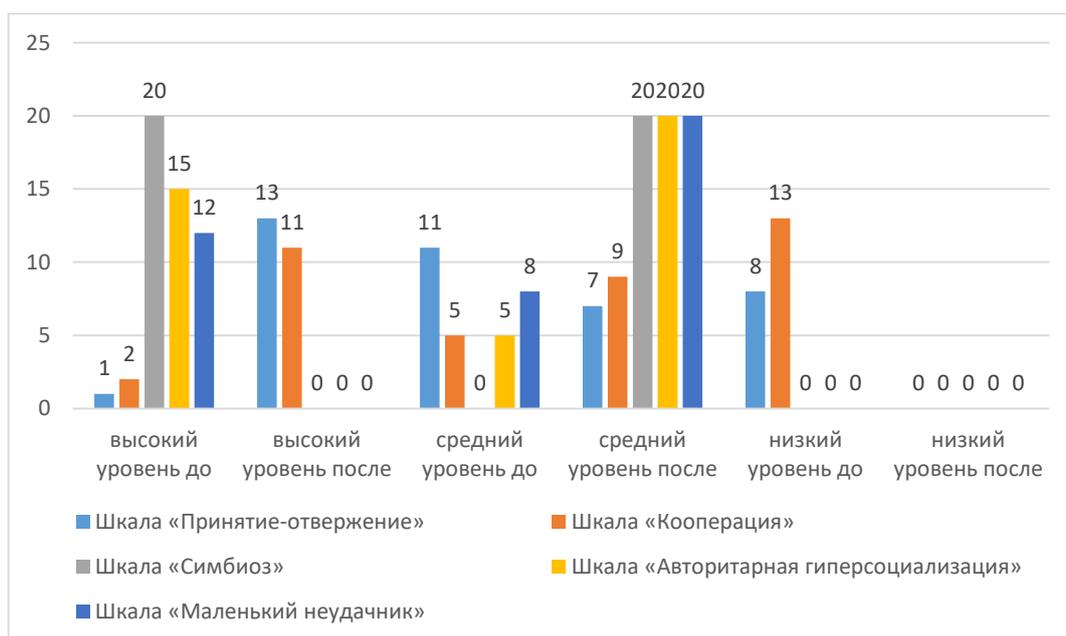


Рисунок 6 – Сравнительный анализ родительского отношения

Таким образом, можно отметить улучшение родительского отношения. Так увеличилось количество родителей, готовых принять своего ребенка, на 12 чел. с 1 до 13, уменьшилось количество родителей, которые частично

принимают своего ребенка и особенности его поведения, на 4 человека с 11 до 7, и родителей, не готовых принять особенности своего ребенка, на 8 человек с 8 до 0.

Увеличилось количество родителей, которые выделяют интеллектуальные особенности и творческие интересы на 9 человек с 2 до 11, количество родителей, рассматривающих ребенка, как партнера, на 4 человека с 5 до 9, и уменьшилось количество родителей, игнорирующих своего ребенка, его потребности и желания, на 13 человек, с 13 до 0 человек.

Уменьшилось количество родителей, которые контролировали поведение и действия своих детей, на 20 человек с 20 до 0, и увеличилось количество родителей, стремящихся выстраивать со своим ребенком партнерские отношения, на 20 человек с 0 до 20 человек.

Уменьшилось количество родителей, которые придерживаются авторитарного стиля воспитания на 15 человек с 15 до 0, и увеличилось количество родителей, которые применяют в воспитании демократический стиль на 15 человек с 5 до 20 человек.

Уменьшилось количество родителей, которые инфантилировали своего ребенка на 12 человек с 12 до 0, и увеличилось количество родителей, которые воспринимают своего ребенка, как партнера, на 12 человек с 8 до 20 человек.

Сравнительный анализ результатов исследования по тесту для родителей «Какой я родитель?» до и после проведения мероприятий, также основывался на критериях, представленных выше, и отражен в таблице 10. «Сравнительный анализ по тесту «Какой я родитель»».

Таблица 10 – Сравнительный анализ по тесту «Какой я родитель»

Количественный анализ	Уровни					
	Высокий		Средний		Низкий	
	До	После	До	После	До	После
Респонденты	13	0	7	13	0	7

Результаты указывают на улучшение в сфере формирования общения между родителем и ребенком.

Так уменьшилось количество родителей, которые придерживались конфликтного общения с ребенком на 13 человек с 13 до 0, и увеличилось количество родителей, которые пытаются выстраивать неконфликтное общение, но все-таки возникают трудности и недопонимания, на 5 человек с 7 до 13, и увеличилось количество родителей, которым удастся выстроить бесконфликтное общение на 7 человек с 0 до 7 человек.

Сравнительный анализ обобщенных результатов диагностики родителей с целью определения нарушения детско-родительских отношений в семьях респондентов так же представлен в таблицах 11 – Сравнительный анализ уровня нарушений детско-родительских отношений и 12– Сравнительный количественный анализ нарушения детско-родительских отношений. Критерии оценивания представлены выше.

Таблица 11 – Сравнительный анализ уровня нарушений детско-родительских отношений

Родитель	Варианты шкал													
	Принятие - отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник		Какой я родитель?		Уровень нарушения	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
1	С	В	Н	С	В	С	В	С	В	С	В	Н	С	В
2	С	В	Н	С	В	С	В	С	В	С	В	С	С	В
3	С	С	Н	С	В	С	В	С	С	С	В	С	С	С
4	С	В	Н	В	В	С	В	С	В	С	С	С	Н	В
5	Н	В	Н	С	В	С	С	С	С	С	С	С	Н	С
6	Н	В	Н	В	В	С	В	С	С	С	В	Н	Н	В
7	Н	С	С	В	В	С	В	С	С	С	В	Н	С	В
8	С	С	С	В	В	С	В	С	В	С	В	С	С	В
9	С	В	Н	В	В	С	С	С	В	С	В	Н	С	С
10	Н	С	Н	С	В	С	С	С	В	С	С	С	Н	С
11	Н	С	С	С	В	С	В	С	С	С	В	Н	С	С
12	Н	С	Н	В	В	С	В	С	С	С	В	С	Н	В

Продолжение таблицы 11

Родитель	Варианты шкал													
	Принятие - отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник		Какой я родитель?		Уровень нарушения	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
13	С	В	Н	В	В	С	В	С	В	С	С	С	С	В
14	С	В	С	С	В	С	В	С	В	С	С	С	С	С
15	С	С	С	В	В	С	С	С	В	С	В	Н	С	С
16	С	В	Н	В	В	С	С	С	В	С	В	С	Н	В
17	Н	В	Н	С	В	С	В	С	В	С	В	С	Н	В
18	Н	В	Н	С	В	С	В	С	В	С	С	С	Н	В
19	В	В	В	В	В	С	В	С	С	С	В	Н	В	В
20	С	В	В	В	В	С	В	С	С	С	С	С	С	С

Обобщим полученные данные, с целью определения количественного анализа. Результаты отразим в таблице 12 – Сравнительный количественный анализ нарушения детско-родительских отношений.

Таблица 12 – Сравнительный количественный анализ нарушения детско-родительских отношений

Количественный анализ	Уровни					
	Высокий		Средний		Низкий	
	До	После	До	После	До	После
Респонденты	1	12	11	8	7	0

Полученные сравнительные результаты указывают на положительную динамику в оптимизации детско-родительских отношений.

Отмечается увеличение количества родителей, у которых признаков нарушения детско-родительских отношений не выявлено, на 11 человек с 1 до 12 человек.

Уменьшение количества родителей, у которых отмечаются незначительные признаки нарушения детско-родительских отношений, на 3 человека с 11 до 8 человек.

Уменьшение количества родителей, у которых отмечаются признаки нарушения детско-родительских отношений, на 7 человек с 7 до 0.

Таким образом, гипотеза о том, что оптимизация детско-родительских отношений в семьях с детьми с зависимостью к ПАВ будет осуществляться эффективно при организации психолого-педагогического направления с родителями или законными представителями, способствующего принимать своего ребенка, отличать отрицательные стороны поведения ребенка, сформированные под воздействием склонности к употреблению психоактивных веществ и отрицательного влияния компании друзей, снижать эмоциональное напряжение, подтверждена.

#### Выводы по второй главе

Исследование оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к ПАВ проходило на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга.

Деятельность центра направлена на создание психолого-реабилитационных условий для несовершеннолетних детей, совершивших уголовное или административное правонарушение или принимающих психоактивные вещества, а также их родителям или законным представителям.

В экспериментальном исследовании приняли участие 20 детей в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет, которые проходят реабилитацию на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга. В нашем исследовании исключался критерий по полу. Принявшие участие в исследовании некоторые респонденты состоят на учете у врача нарколога, о чем свидетельствуют предоставленные медицинские документы. Также в исследовании приняли участие 20 законных представителей респондентов.

Законные представители респондентов были проинформированы о целях и задачах научно-практического исследования. От всех законных представителей респондентов получено письменное согласие на участие в исследовании и последующий публикации его результатов. Исследование проводилось с соблюдением норм Хельсинкской декларации.

С целью исследования детско-родительских отношений, личностных особенностей и склонности к употреблению несовершеннолетними детьми психоактивных веществ в нашем исследовании был проведен диагностический этап, включающий в себя тест-опросник «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин, индивидуальная беседа, направленная на определение склонности к употреблению психоактивных веществ, методики, направленные на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Басса-Дарки, опросник личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник «Шкала одиночества» Д. Расселома и М. Фергюсона), а также методики, способствующие определению детско-родительских отношений (тест для родителей, «Какой я родитель?», тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин).

Анализ данных, полученных в ходе проведения диагностического этапа, направленного на выявление отношения к психоактивным веществам у респондентов, позволяет сделать вывод, что большинство опрошенных детей знакомы с психоактивными веществами из личного опыта или по рассказам друзей, некоторые употребляли психоактивные вещества, а некоторые готовы попробовать.

Качественный и количественный анализ методик, направленных на выявление индивидуальных особенностей, позволяет нам отметить, что у большинства респондентов зафиксирована склонность к проявлению агрессии, высокий или средний уровень ситуативной или личной тревожности, высокий или средний уровень одиночества. Данные результаты свидетельствуют о сниженном эмоциональном фоне, возможно прохождения несовершеннолетним ребенком сложного кризисного периода в жизни. То есть, вероятен большой риск то, что респондент, не справившись с обстоятельствами, может попасть под влияние других людей и с целью ухода от реальности начать употреблять психоактивные вещества.

Также на формирование желания начать употреблять психоактивные вещества влияют детско-родительские отношения, а именно, их нарушение, неприятие родителями ребенка с его индивидуальными особенностями, отсутствие в семье взаимопомощи, понимания и поддержки. С целью исследования детско-родительских отношений нами был проведен диагностический этап, направленный на изучение заявленной проблематики.

По результатам сравнительного анализа обобщенных данных диагностики родителей с целью определения нарушения детско-родительских отношений в семьях респондентов можно отметить увеличение количества родителей, у которых признаков нарушения детско-родительских отношений не выявлено, на 11 человек с 1 до 12, уменьшение количества родителей, у которых отмечаются незначительные признаки нарушения детско-родительских отношений, на 3 человека с 11 до 8, уменьшение количества родителей, у которых отмечаются признаки нарушения детско-родительских отношений, на 7 человек с 7 до 0.

Таким образом, гипотеза подтверждена.

## Заключение

Увеличение уровня употребления психоактивных веществ среди детей подросткового возраста связывают с такими причинами, как изменение стрессогенности социальной, психологической и экономической ситуации в стране, подростковый период, как фактор риска возникновения асоциальных отклонений. Многие исследователи отмечают, что употребление подростками ПАВ связано с биологическими (наследственная предрасположенность, нарушения нейромедиаторного характера), психологическими (на фоне нарушения эмоционально-волевой сферы, личностно-поведенческие особенности), социальными (влияние окружающей среды) и духовными (нарушение формирования ценностных ориентиров) аспектами.

По данным российского конгресса «Психическое здоровье в меняющемся мире» 2024 года, в России и за рубежом все больше людей становятся зависимыми от синтетических катинонов (СК). Мотивация на отказ от употребления ПАВ – ключевой фактор успешного лечения. Однако анозогнозия затрудняет ее формирование. Роль отдельных параметров в развитии анозогнозии у пациентов с СК противоречива.

Анализ специализированной психолого-педагогической литературы позволил выделить типы детско-родительских отношений с точки зрения отечественных и зарубежных источников, обозначить их отличительные особенности. Надо отметить, что, несмотря на то, что описания и подходы детско-родительских отношений исследователями имели широкий охват и рассматривались с точки зрения разных психологических школ, двойственность и неоднозначность в понятиях присутствует. С одной стороны, речь идёт о принятии и любви со стороны родителя, как отправной точки к доверию ребёнка и благоприятных взаимоотношениях, с другой стороны, родительская ответственность во многом отвечает на вопросы ответственности о безопасности, защите и контроля. То есть к однозначности

определений отношений между ребёнком и родителем и его комфортном союзе, без рассмотрения индивидуальности каждой семье, довольно не просто, особенно в условиях мобильно и технологически быстро развивающегося окружающего мира.

Подростковый период подвержен формированию зависимости к психоактивным веществам в связи с тем, что на данном этапе организм переживает ряд изменений в разных областях, оказывающих непосредственное влияние на формирование будущей личности. Перед родителями ставится первостепенная задача сформировать положительные детско-родительские отношения, которые смогут плавно корректировать поведение подростка.

Значительной частью в проблеме детско-родительских отношений, где подросток с опытом употребления психоактивных веществ, большая доля ответственности лежит и на родителях. На готовности и действиях изменить своё отношение к ситуации, приобретать навыки новых взаимоотношений в семье и работать над собственным состоянием. То есть в данной проблеме и выходе из неё необходимо участвовать всем членам семьи, так как созависимость имеет идентификацию с любой другой зависимостью и оставляя её без внимания, существует реальный риск любой провокации на употребление или срыв у выздоравливающего от употребления ПАВ подростка.

Исследование оптимизации детско-родительских отношений в семьях с подростками с зависимостью к ПАВ проходило на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга.

Деятельность центра направлена на создание психолого-реабилитационных условий для несовершеннолетних детей, совершивших уголовное или административное правонарушение или принимающих психоактивные вещества, а также их родителям или законным представителям.

В экспериментальном исследовании приняли участие 20 детей в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет, которые проходят реабилитацию на базе центра «Святителя Василия Великого» города Санкт-Петербурга. В нашем исследовании исключался критерий по полу. Принявшие участие в исследовании некоторые респонденты состоят на учете у врача нарколога, о чем свидетельствуют предоставленные медицинские документы. Также в исследовании приняли участие 20 законных представителей респондентов. Законные представители респондентов были проинформированы о целях и задачах научно-практического исследования. От всех законных представителей респондентов получено письменное согласие на участие в исследовании и последующий публикации его результатов. Исследование проводилось с соблюдением норм Хельсинкской декларации.

С целью исследования детско-родительских отношений, личностных особенностей и склонности к употреблению несовершеннолетними детьми психоактивных веществ в нашем исследовании был проведен диагностический этап, включающийся в себя тест-опросник «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин, индивидуальная беседа, направленная на определение склонности к употреблению психоактивных веществ, методики, направленные на выявление личностных особенностей респондентов (тест опросник Г. Айзенка, опросник Басса-Дарки, опросник Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина личностной и ситуативной тревожности, опросник «Шкала одиночества» Д. Расселома и М. Феогюсона), а также методики, способствующие определению детско-родительских отношений (тест для родителей «Какой я родитель?», тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин).

Анализ данных, полученных в ходе проведения диагностического этапа, направленного на выявление отношения к психоактивным веществам у респондентов, позволяет сделать вывод, что большинство опрошенных детей знакомы с психоактивными веществами из личного опыта или по

рассказам друзей, некоторые употребляли психоактивные вещества, а некоторые готовы попробовать.

Качественный и количественный анализ методик, направленных на выявление индивидуальных особенностей, позволяет нам отметить, что у большинства респондентов зафиксирована склонность к проявлению агрессии, высокий или средний уровень ситуативной или личной тревожности, высокий или средний уровень одиночества. Данные результаты свидетельствуют о сниженном эмоциональном фоне, возможно прохождения несовершеннолетним ребенком сложного кризисного периода в жизни. То есть, вероятен большой риск то, что респондент, не справившись с обстоятельствами, может попасть под влияние других людей и с целью ухода от реальности начать употреблять психоактивные вещества.

Сравнительный анализ по тесту-опросника родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин показал улучшение родительского отношения. Так увеличилось количество родителей, готовых принять своего ребенка, на 12 человек с 1 до 13, уменьшилось количество родителей, которые частично принимают своего ребенка и особенности его поведения, на 4 человека с 11 до 7, и родителей, не готовых принять особенности своего ребенка, на 8 человек с 8 до 0. Увеличилось количество родителей, которые выделяют интеллектуальные особенности и творческие интересы на 9 человек с 2 до 11, количество родителей, рассматривающих ребенка, как партнера, на 4 человека с 5 до 9, и уменьшилось количество родителей, игнорирующих своего ребенка, его потребности и желания, на 13 человек с 13 на 0. Уменьшилось количество родителей, которые контролировали поведение и действия своих детей, на 20 человек с 20 до 0, и увеличилось количество родителей, стремящихся выстраивать со своим ребенком партнерские отношения, на 20 человек с 0 до 20 человек. Уменьшилось количество родителей, которые придерживаются авторитарного стиля воспитания на 15 человек с 15 до 0, и увеличилось количество родителей, которые применяют в воспитании демократический стиль на 15 человек с 5 до 20 человек.

Уменьшилось количество родителей, которые инфантилировали своего ребенка на 12 человек с 12 до 0, и увеличилось количество родителей, которые воспринимают своего ребенка, как партнера, на 12 человек с 8 до 20 человек.

Сравнительный анализ результатов исследования по тесту «Какой я родитель?» свидетельствует об уменьшении количества родителей, которые придерживались конфликтного общения с ребенком на 13 человек с 13 до 0 человек, и увеличение количества родителей, которые пытаются выстраивать неконфликтное общение, но все-таки возникают трудности и недопонимания, на 5 человек с 7 до 13, и увеличилось количество родителей, которым удастся выстроить бесконфликтное общение на 7 человек с 0 до 7.

По результатам сравнительного анализа обобщенных данных диагностики родителей с целью определения нарушения детско-родительских отношений в семьях респондентов можно отметить увеличение количества родителей, у которых признаков нарушения детско-родительских отношений не выявлено, на 11 человек с 1 до 12, уменьшение количества родителей, у которых отмечаются незначительные признаки нарушения детско-родительских отношений, на 3 человека с 11 до 8, уменьшение количества родителей, у которых отмечаются признаки нарушения детско-родительских отношений, на 7 человек с 7 до 0 человек.

Таким образом, гипотеза о том, что оптимизация детско-родительских отношений в семьях с детьми с зависимостью к ПАВ будет осуществляться эффективно при организации психолого-педагогического направления с родителями или законными представителями, способствующего принимать своего ребенка, отличать отрицательные стороны поведения ребенка, сформированные под воздействием склонности к употреблению психоактивных веществ и отрицательного влияния компании друзей, снижать эмоциональное напряжение, подтверждена, подтверждена.

## Список используемой литературы

1. Архиреева Т. В. Психология детско-родительских отношений. М. : КноРус, 2024. 297 с.
2. Анцыборов А. В. Проблема двойных диагнозов в психиатрии и наркологии: уходящая реальность, или этап интеграции. // Интерактивная наука. 2019. №3 (37). С. 35-42.
3. Божович Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе. Вопросы психологии. 1978. № 4. С. 24-28.
4. Булыгина Т. Б. Психологические условия оптимизации детско-родительских отношений. Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2013. №31. С. 15-17.
5. Варга А. Я. Структура и типы родительского отношения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: М., 1986. 20 с.
6. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 т.: Т.4: Детская психология. М., 1984. 326 с.
7. Гарибашвили Т. И. Исследования детско-родительских отношений в отечественной психологии. Известия Таганрогского гос. радиотех. ун-та. 2006. Т. 68. № 13. С. 119-120.
8. Гречаный С. В. Клинико-психологическая характеристика мотивов употребления психоактивных веществ подростками. Педиатр. 2015. №2. С. 12-16.
9. Голубева Е. В. Диагностика типов детско-родительских отношений. Российский психологический журнал. 2009. Т.6. №1. С. 25-34.
10. Дунаева Н. И. Программа ICDP как средство повышения психологической компетентности родителей. МНКО. 2016. №4 (59). С. 156-159.
11. Дорофеева М. Д. Детско-родительские отношения в период подросткового возраста // Молодой ученый. 2023. № 50 (497). С. 460-463.

12. Исаева О. М., Волкова Е. Н. Программа ICDP как эффективный метод оптимизации детско-родительских отношений. // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». 2016. №5. С. 191-193.
13. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. М. : ТЦ Сфера, 2001. 464 с.
14. Кутбиддинова Р. А. Психология зависимости. Южно-Сахалинск: СахГУ, 2017. 128 с.
15. Козловский А. В. Социальные и психологические факторы приобщения подростков к наркотикам (по результатам анкетирования педагогов г. Светлогорска) // ГрГМУ. 2004. №4 (8). С. 35-39.
16. Максимова Н. Л. Особенности родительского отношения, в семьях с единственным ребенком // В мире научных открытий. 2009. № 3-1. С. 130-132.
17. Москаленко В. Д. Зависимость. Семейная болезнь. В семье зависимость от алкоголя или наркотиков. М. : Издатель Базенков И. Л., 2018. 352 с.
18. Незнанов Н. Г. «Психическое здоровье в меняющемся мире» // Методический сборник. Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире», 23–24 мая 2024 года, Санкт-Петербург. СПб. : НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. 501 с.
19. Новикова К. В., Жевтун И. Ф. Программа арт-терапевтических занятий по коррекции детско-родительских отношений // Психолог. 2022. №3. С. 1-28.
20. Овчарова Р. В. Психология родительства. М. : Academia, 2005. 363 с.
21. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен. М. : Московский психолого-социальный институт, 2006. 495 с.
22. Российский статистический ежегодник. 2023: Стат.сб. / Росстат. М. : 2023. 701 с.

23. Рыбакова А. И. Созависимость в семьях девиантных подростков. Актуальные вопросы психологии, педагогики и образования // сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. 2016. С. 172-175.
24. Рябов П. В., Семенова Л. Э., Маркелова Т. В. Особенности проявления психологической защиты подростков группы риска употребления психоактивных веществ // Проблемы современного педагогического образования. 2023. №79-1. С. 425-429.
25. Севастьянова С. М. Особенности ценностно-мотивационной сферы подростков с наркотической зависимостью // Colloquium-journal. 2020. №15 (67). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sobennosti-tsennostno-motivatsionnoy-sfery-podrostkov-s-narkoticheskoy-zavisimostyu> (дата обращения: 11.01.2025).
26. Семчук Л. А. Хрестоматия по возрастной психологии. Гродно. ГрГУ, 2006. 198 с.
27. Смирнова Е. О. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка // Вопросы психологии. 2007. № 2. С. 57-67.
28. Солманидина М. Б. Оптимизация детско-родительских отношений в семьях воспитанников // Приволжский научный вестник. 2015. №3-2 (43). С. 32-38.
29. Спиваковская А. С. Как быть родителями: о психологии родительской любви. М. : Педагогика, 1986. 160 с.
30. Спиваковская А. С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2. М. : ООО Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. 464 с.
31. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость. М. : Академия, 2002. 208 с.
32. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психологи). М. : Гардарики, 2005. 349 с.
33. Эльконин Б. Д. Психология развития. М.: Издательский центр Академия. 2001. 144 с.

34. Kalaya Enyana M. Collantes Stolen Youth: Case Study on Psychological Effects of Parental Separation: [https://www.researchgate.net/publication/383087692\\_Stolen\\_youth\\_Case\\_study\\_on\\_psychological\\_effects\\_of\\_parental\\_separation](https://www.researchgate.net/publication/383087692_Stolen_youth_Case_study_on_psychological_effects_of_parental_separation) (дата обращения: 10.04.2024).

35. Journal of Islamic Education Emotion Management and self-esteem in the Relationship between Parent-Child Relationship Pattern and Communication Skills: Structural Equation Modeling: [https://www.researchgate.net/publication/383024587\\_Emotion\\_Management\\_and\\_self-esteem\\_in\\_the\\_Relationship\\_between\\_Parent-Child\\_Relationship\\_Pattern\\_and\\_Communication\\_Skills\\_Structural\\_Equation\\_Modeling](https://www.researchgate.net/publication/383024587_Emotion_Management_and_self-esteem_in_the_Relationship_between_Parent-Child_Relationship_Pattern_and_Communication_Skills_Structural_Equation_Modeling) (дата обращения: 10.04.2024).

36. Johannes Boettcher Psychometric evaluation of the german version of the parent-adolescent communication scale [https://www.researchgate.net/publication/382938364\\_Psychometric\\_evaluation\\_of\\_the\\_german\\_version\\_of\\_the\\_parent-adolescent\\_communication\\_scale](https://www.researchgate.net/publication/382938364_Psychometric_evaluation_of_the_german_version_of_the_parent-adolescent_communication_scale) (дата обращения: 10.04.2024).

37. Jingru Li The influence of child-parent relations on the social and emotional competence of elementary school students : [https://www.researchgate.net/publication/382806090\\_The\\_Effect\\_of\\_Parent-child\\_Relationships\\_on\\_the\\_Social\\_and\\_Emotional\\_Compentence\\_of\\_Elementary\\_School\\_Students\\_in\\_the\\_Lower\\_School\\_Grades](https://www.researchgate.net/publication/382806090_The_Effect_of_Parent-child_Relationships_on_the_Social_and_Emotional_Compentence_of_Elementary_School_Students_in_the_Lower_School_Grades) (дата обращения: 10.04.2024).

38. Jiang Bian Resolving Confucian Parent-Child Relationship Issues Through Aristotle's Concept of Friendship : [https://www.researchgate.net/publication/382673432\\_Resolving\\_Confucian\\_Parent-Child\\_Relationship\\_Issues\\_Through\\_Aristotle's\\_Concept\\_of\\_Friendship](https://www.researchgate.net/publication/382673432_Resolving_Confucian_Parent-Child_Relationship_Issues_Through_Aristotle's_Concept_of_Friendship)(дата обращения: 10.04.2024).

## Приложение А

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника «Аддитивная склонность» В.В. Юсупов, В.А. Корзунин

Таблица А.1 – Склонность к проявлению аддитивного поведения

Уровень	Количество респондентов
Высокий	12
Средний	6
Низкий	2

## Приложение Б

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением индивидуальной беседы

Таблица Б.1 – «Информационность о психоактивных веществах»

Варианты ответов	Количество респондентов
ничего не знаю	0
личный опыт	5
опыт друзей	8
ознакомление со статьями в средствах массовой информации	7

Таблица Б.2 – «Предлагали ли вам употребить психоактивные вещества?»

Варианты ответов	Количество респондентов
Мне не предлагали употреблять психоактивные вещества	4
Мне предлагали употребить психоактивные вещества знакомые люди, друзья	13
Мне предлагали употребить психоактивные вещества незнакомые люди в компании	3

Таблица Б.3 – «Личный опыт»

Вариант ответа	Количество респондентов	
	Да	Нет
Употреблял психоактивные вещества	5	15

Таблица Б.4 – «Желание попробовать психоактивные вещества»

Варианты ответов	Количество респондентов
Не употреблял психоактивные вещества, но хотел бы попробовать	7
Не употреблял психоактивные вещества, не хотел бы попробовать	8

## Приложение В

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Г. Айзенка

Таблица В.1 – Тип темперамента (тест опросник Г. Айзенка)

Респондент	Тип темперамента
1	холерик
2	флегматик
3	холерик
4	холерик
5	холерик
6	холерик
7	холерик
8	холерик
9	флегматик
10	меланхолик
11	флегматик
12	холерик
13	холерик
14	флегматик
15	сангвиник с ярко выраженными чертами нейротизма
16	флегматик
17	флегматик
18	холерик
19	флегматик
20	холерик

## Приложение Г

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Ч.Д Спилбергера и Ю.Л. Ханина

Таблица Г.1 – Личностная и ситуативная тревожность

Респ.	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
1	высокий уровень	умеренный уровень
2	высокий уровень	умеренный уровень
3	высокий уровень	высокий уровень
4	высокий уровень	умеренный уровень
5	высокий уровень	умеренный уровень
6	высокий уровень	высокий уровень
7	высокий уровень	высокий уровень
8	высокий уровень	высокий уровень
9	высокий уровень	умеренный уровень
10	умеренный уровень	умеренный уровень
11	высокий уровень	высокий уровень
12	высокий уровень	умеренный уровень
13	высокий уровень	высокий уровень
14	умеренный уровень	умеренный уровень
15	высокий уровень	умеренный уровень
16	умеренный уровень	умеренный уровень
17	высокий уровень	умеренный уровень
18	высокий уровень	умеренный уровень
19	высокий уровень	высокий уровень
20	высокий уровень	высокий уровень

Таблица Г.2 – Процентное соотношение личностная и ситуативная тревожность

Критерий	Уровень	Количество респондентов	Процентное соотношение
Личностная тревожность	Высокий	17	85 %
	Умеренный	3	15 %
Ситуативная тревожность	Высокий	8	40 %
	Умеренный	12	60 %

## Приложение Д

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника «Шкала одиночества» (Д. Расселом и М. Фергюсоном)

Таблица Д.1 – Уровень одиночества

Респондент	Уровень одиночества
1	средний уровень
2	высокий уровень
3	высокий уровень
4	средний уровень
5	средний уровень
6	высокий уровень
7	высокий уровень
8	высокий уровень
9	средний уровень
10	средний уровень
11	средний уровень
12	средний уровень
13	средний уровень
14	высокий уровень
15	средний уровень
16	высокий уровень
17	средний уровень
18	средний уровень
19	высокий уровень
20	высокий уровень

## Приложение Е

### Результаты исследования констатирующего этапа с применением тест-опросника Басса-Дарки

Таблица Е.1 – Склонность к проявлению признаков агрессивного поведения

Виды агрессии	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Физическая агрессия	Н	Н	В	Н	Н	В	В	В	П	В	П	П	П	Н	П	Н	Н	Н	П	П
Вербальная агрессия	П	В	В	П	П	В	В	В	П	П	Н	П	Н	П	Н	В	Н	П	В	В
Косвенная агрессия	В	В	В	В	В	В	П	В	В	П	П	В	Н	Н	П	В	П	В	П	В
Негативизм	Н	Н	В	Н	П	В	П	В	Н	П	П	В	П	П	П	П	П	Н	Н	П
Склонность к раздражению	В	В	В	В	П	П	П	П	В	В	П	В	П	П	П	В	Н	В	П	П
Подозрительность	В	В	В	В	Н	П	П	П	В	Н	В	В	Н	Н	П	В	П	В	Н	П
Обида	Н	Н	В	Н	Н	П	Н	Н	Н	Н	Н	П	П	Н	Н	Н	П	Н	Н	П
Чувство вины или аутоагрессия	Н	Н	В	Н	Н	П	Н	Н	Н	Н	Н	П	Н	Н	Н	П	П	Н	П	П
Индекс агрессивности	П	П	В	П	П	В	П	В	П	П	П	В	П	П	П	П	П	П	П	В
Индекс враждебности.	П	П	В	П	П	В	В	В	П	П	П	П	П	Н	П	П	П	В	П	В
Примечание: В – высокие показатели, П – повышенные показатели, Н – низкие показатели.																				