

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА**

На правах рукопису

ПЄХАРЄВА АЛЬОНА СТАНІСЛАВІВНА

УДК 159.923.31 – 053.2

**ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ
У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ЧАСТО
ХВОРІЮТЬ**

19.00.04 - медична психологія

Дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор
Кочарян Олександр Суренович

Харків – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ВІДНОСИН СОМАТИЧНО ХВОРОЇ ДИТИНИ.....	10
1.1 Категорія часто хворіючих дітей	10
1.2 Теорія ставлень як теоретично-методична основа вивчення соматичних хворих	14
1.3 Розвиток особистості в ситуації соматичного захворювання	17
1.3.1 Особливості соціальної ситуації розвитку ЧХД	19
1.3.2 Особливості ставлення до хвороби в часто хворіючих дітей	21
1.3.3 Особливості батьківсько-дитячих стосунків у сім'ї з ЧХД	25
1.3.4 Особливості самоствавлення ЧХД	29
1.3.5 Особливості ставлення до міжособистісної взаємодії.....	31
1.4 Психологічні особливості ЧХД.....	32
РОЗДІЛ 2 ОПИС ВИБІРКИ Й МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	40
2.1 Опис вибірки й процедури дослідження.....	40
2.2 Методи й методики дослідження.....	42
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ	51
3.1 Особистісні особливості дітей, які часто хворіють.....	51
3.2 Особливості самоствавлення ЧХД	64
3.3 Особливості ставлень ЧХД до складних життєвих ситуацій.....	76
3.4 Особливості міжособистісних стосунків дітей, які часто хворіють.....	87
3.5 Особливості ставлення до внутрішньо сімейних стосунків ЧХД	92
РОЗДІЛ 4 РОЗРОБКА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ, СПРЯМОВНОГО НА НОРМАЛІЗАЦІЮ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ	129

4.1 Основні положення комплексу психокорекційних заходів, спрямованих на нормалізацію системи ставлень часто хворіючих дітей	129
4.2 Теоретико-методологічні основи психокорекційного комплексу.....	134
4.3 Опис складу учасників і формально-динамічних аспектів психокорекційного комплексу	141
4.4 Програма психокорекції системи відносин особистості ЧХД.....	142
4.5 Педагогічна конференція «Дитина, яка часто хворіє».....	143
4.6 Програма індивідуальних занять із сім'ями ЧХД.....	144
4.7 Результати психокорекційного комплексу, оцінка ефективності.....	159
ВИСНОВКИ	176
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	180
Додатки	215

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У дітей, які часто хворіють (ЧХД), спостерігаються часті гострі респіраторні захворювання, що виникають у зв'язку з транзиторними, коригуємими порушеннями у системах резистентності організму (Н.Г. Муратова, М.П. Разін, І.В. Попова). Вони відносяться до окремої групи диспансерного спостереження - їх захворюваність респіраторними інфекціями не пов'язана зі стійкими вродженими, спадковими або набутими патологічними станами (А.Л. Заплатніков, І.М. Захарова, Н.А. Коровіна, А.В. Чебуркін). Останнім часом виявляється тенденція до поширення в структурі захворювань. Кількість частохворіючих дітей в Україні коливається від 17 до 75 %. (З.С. Макарова).

У літературі (Г.А. Аріна, Н.П. Бад'їна, А.А. Баранов, Л.В. Беш, І.В. Василевский, Ж.Г. Дусказієва, Ф.І. Єршов, О.О. Кирилова, Н.А. Коваленко, О.І. Мацюра, Н.А. Мосіна, Л.С. Намазова, О.В. Піонтковська, М.Г. Романцов, Г.А. Самсигіна, О.М. Таран, J.A. Bellanti, G Berdeaux, C. Hervie, V. Hewson–Bower, P.D. Drummond, C. Smajda та ін.) наголошується на серйозних медичних (порушення розвитку різних органів і систем; зниження імунологічної резистентності; зміна режиму рухової активності, що призводить до розвитку коморбідних розладів та до відставання моторного розвитку; поліпрагмація тощо) і психосоціальних (порушення соціальної адаптації, емоційного стану; обмеження контактів із однолітками; зниження відвідування школи та успішності, обмежений стиль життя, гіперпротекція з боку батьків, що призводить до фіксації в ролі дитини та в ролі хворого, зниження рівня життя в цілому, формування «вивченої безпорадності», обмеження у виборі майбутньої професії тощо) наслідках частої та тривалої захворюваності дітей.

Вивчено (Г.А. Аріна, Г.Г. Вилегжаніна, А.А. Міхеєва, В.О. Штумф та ін.) парціальні аспекти особистості та емоційного стану ЧХД, але система ставлень особистості таких дітей все ще залишається поза увагою медико-психологічного аналізу. Проте соматичне неблагополуччя виступає чинником дефіцитарного розвитку дитини, обтяженого біологічною шкодою, який веде до порушення всієї системи ставлень особистості дитини, що її конституують (В.М. Мясищев). Тривалі й часті ГРЗ створюють напругу в сім'ї такої дитини, проблеми для батьків і позначаються на соціальній активності сім'ї в цілому, що створює для ЧХД особливу соціальну ситуацію розвитку.

Ситуації частих і тривалих ГРЗ у значній мірі змінюють характер стосунків дітей у різних сферах функціонування особистості, що обумовлює необхідність створення програм психологічної допомоги даному контингенту хворих дітей.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна в рамках НДР «Гендерний розвиток особистості сучасної молоді: особливості соціалізації та життєвих стратегій» (№ д/р 0111U010554, шифр 1-35-12; 01.01.2012-31.12.2014).

Тема дисертаційного дослідження затверджена рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (протокол № 12 від 29 грудня 2015 р.).

Мета та задачі дослідження.

Мета - на основі поглиблення теоретичних уявлень щодо порушення системи ставлень дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють, розробити психокорекційний комплекс, спрямований на нормалізацію системи ставлень дітей, та надати оцінку його ефективності.

Відповідно до мети роботи були поставлені такі *задачі*:

- 1) провести теоретичний аналіз проблеми медико-психологічних особливостей особистості дітей, які часто хворіють;
- 2) визначити особливості особистості дітей, які часто хворіють;
- 3) виявити психосемантичні особливості самоставлення дітей, які часто хворіють;
- 4) визначити особливості ставлення дітей, які часто хворіють до складних життєвих обставин;
- 5) визначити особливості сімейної соціалізації дітей, які часто хворіють;
- б) розробити психокорекційний комплекс, спрямований на нормалізацію системи ставлень дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють.

Об'єкт дослідження - система ставлень особистості дітей, які часто хворіють.

Предмет дослідження - психокорекція порушеної системи ставлень особистості дітей, які часто хворіють.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених задач у роботі було застосовано такий комплекс методів: теоретичні (аналіз науково-дослідницьких джерел), емпіричні (психодіагностичний метод) та математико-статистичні.

Методологічну й теоретичну основи дослідження складають фундаментальні положення генетичної психології С.Д. Максименка, теорія ставлень В.М. Мясищева, культурно-історична концепція розвитку Л.С. Виготського, положення стосовно розвитку дитини в умовах соматичного неблагополуччя (Л.С. Виготський, І.В. Добряков, Д.М. Ісаєв, В.В. Ніколаєва, І. Харді та ін.), теорія і практика психотерапії (О.С. Кочарян, К.Роджерс, І. Ялом, Т.С. Яценко та ін.), та основні принципи і методи надання медико-психологічної допомоги дітям

(В.Г. Бурменська, І.В. Вачков, О.І. Захаров, С.А. Ігумнов, Д.Н. Ісаєв, Б.Д. Карвасарский, О.О. Кирилова, А.Г. Лідере, Е.К. Лютова, І.М. Марковська, А.А. Осіпова, О.В. Піонтковська, К. Роджерс, А.С. Співаковська, Н.Ф. Шевченко, А. Фрейд та ін.).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що

вперше:

- визначено наявність дискордантності у структурі особистості ЧХД, а саме: поєднання контрарних рис - відособленості й залежності, еготизму й центрації на значимій людині тощо;
- виявлено психосемантичні особливості самоствавлення ЧХД, а саме: воно «ненасичене» радістю й конотовано почуттями сорому та провини, гострими почуттями невдачі, неуспішності й відчуженості від інших людей;
- виявлено гендерні особливості самоствавлення ЧХД, що відбивають ретардацію статеворольового розвитку та її різних наслідків для хлопців та дівчат препубертатного віку;
- виявлено феномен «гендерної пустоти», а саме: недостатня включеність ЧХД у систему гендерних стосунків;
- визначено спотворення суб'єктивного простору ЧХД, а саме: депривованість таких його секторів, як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, соціальних зв'язків, що свідчить про порушення механізмів фузії/сепарації в процесі розвитку таких дітей;

дістали подальшого розвитку:

- уявлення про внутрішньосімейну взаємодію ЧХД, а саме: система міжособистісних відносин характеризується емоційно домінуючою прихильністю до матері й меншою прихильністю до батька; домінуючими типами внутрішньосімейних відносин ЧХД є наступні типи: «вибірково-відкидаючий», «коаліція з матір'ю», «кумир сім'ї»;

додовнено та уточнено:

- уявлення про особистість ЧХД, яка характеризується паранойальними, сенситивними, залежними, інфантильними та астено-апатичними рисами;
- наукові знання щодо ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій, а саме: пасивність, пошук сильного наставника, інтрапунітивність тощо.

Практичне значення одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає в тому, що запропоновано та науково обґрунтовано комплекс психокорекційних заходів, який спрямовано на нормалізацію системи ставлень ЧХД.

Зазначений комплекс впроваджено у роботу шкільної психологічної служби: Харківської гімназії № 169 (акт впровадження № 271 від 14 квітня 2016), Харківської спеціалізованої школи № 133 «Ліцей мистецтв» (акт впровадження № 321 від 12 квітня 2016 р.).

Результати дослідження впроваджено в навчальний процес на кафедрі теорії та методики дошкільної освіти, та кафедрі корекційної освіти та спеціальної психології в Комунальному закладі «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради (акт впровадження №01-13/231 від 20.04.2016).

Особистий внесок здобувача. У статті «Особистісні особливості часто хворіючих дітей», написаній у співавторстві (О.С. Кочарян, А.О. Макаренко), здобувачем розроблено стратегію емпіричного дослідження, здійснено обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на восьми наукових конференціях: Міжнародна молодіжна науково-практична конференція «Вектори психології» (Харків, 2013 р.), «Состояние здоровья: медицинские,

социальные и психолого-педагогические аспекты: VII Международная конференция» (Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2016 р.); Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» – (Харків «ХАІ», 2014 р.), Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (м. Київ, 10-11 липня 2015 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (м. Львів, 22-23 квітня 2016 р.); V Відкрита науково-практична конференція «Актуальні проблеми дошкільної освіти» (м. Харків 26 квітня 2016 р.); Міжнародна молодіжна науково-практична конференція «Вектори психології», (м. Харків, 27 квітня 2016 р.); Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків «ХАІ», 2016 р.).

Публікації. За темою дисертації написано та опубліковано 6 наукових статей, із них 5 - у фахових виданнях України з психології, 1 – у міжнародному періодичному виданні та 8 - у збірниках тез конференцій.

Структура й обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 338 найменуван). Робота викладена на 257 сторінках машинописного тексту (основний текст - 168 сторінки) та містить 28 таблиць та 16 малюнків.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ВІДНОСИН СОМАТИЧНО ХВОРОЇ ДИТИНИ

1.1 Категорія часто хворіючих дітей

Часто хворіючі діти- це термін, що позначає групу дітей і підлітків, яка виділяється при диспансерному спостереженні й характеризується більш високим, ніж у їх однолітків, рівнем захворюваності на ГРЗ [30, 34, 39, 44, 46, 49, 64, 68, 70, 80, 93, 94, 103, 104, 108 і ін.], що виникають через транзиторні коректуємі відхилення в захисних системах організму при відсутності стійких органічних порушень у них. Підвищена сприйнятливність до респіраторних інфекцій у часто хворіючих дітей не пов'язана зі стійкими вродженими і спадковими патологічними станами [30, 34, 39, 44, 46, 49, 64, 68, 144, 145, 203, 213 та ін.].

Фактори, що сприяють частим респіраторним захворюванням дітей:

- певна незрілість імунної системи в дітей зумовлює менш диференційовану (в порівнянні з дорослими) відповідь імунної системи в цілому на вплив інфекції. Виникає це внаслідок того, що імунна система в дітей схильна до онтогенетичної послідовності «дозрівання» різних імунних факторів, яка завершується лише до 12-14 років;
- несприятлива екологічна обстановка в великих промислових центрах і містах;
- низький рівень санітарної культури, несприятливі соціально-побутові умови, недостатньо збалансоване харчування;
- ранній початок відвідування дошкільних навчальних закладів [267, 270, 286, 287, 296].

Різні автори пропонують різні критерії для виокремлення групи часто хворіючих дітей. Основним критерієм виокремлення пацієнтів у зазначену

групу є частота захворюваності на гострі респіраторні інфекції [181, 194, 257, 260, 262]. Зокрема, до часто хворіючих відносять дітей відповідно до інфекційного індексу (II), який визначається як відношення суми всіх випадків ГРЗ (упродовж року) до віку дитини. У часто хворіючих дітей II індекс становить від 1,1 до 3,5; у рідко хворіючих дітей - коливається від 0,2 до 0,3. Якщо спостереження за дитиною триває менше року, розраховують індекс резистентності (I). Це відношення числа перенесених дитиною гострих захворювань до місяців спостереження. Відповідно до цього часто хворіючою можна вважати дитину, якщо цей індекс становить 0,33 і більше.

Виокремлюють також «умовно» й «істинно» часто хворіючих дітей. «Умовно» часто хворіючі діти хворіють не більше 4-5 разів на рік, їх I становить 0,33-0,49. У «істинно» часто хворіючих дітей I вище 0,5. У цих дітей відзначаються: виражена спадкова обтяженість; висока частота гострих захворювань протягом року (від 6-7 раз, при I 0,5 і вище) із тривалим і ускладненим перебігом; супутні морфофункціональні відхилення різних органів і систем; швидке формування хронічних захворювань і хронічних вогнищ інфекції. «Істинно» часто хворіючі діти є групою високого ризику з формування хронічних форм патології [46, 49, 68, 80, 86, 90, 130, 142].

Клінічні прояви ГРЗ у часто хворіючих дітей такі ж, як і у дітей, що хворіють не так часто: підвищення температури, риніт, катаральні прояви в ротоглотці. [130, 142, 289, 307 та ін..].

У цілому клінічні прояви залежать від збудника, який викликав черговий епізод ГРЗ. Так, при ГРЗ грипозної етіології в клінічній картині домінують інфекційний токсикоз, менінгеальні знаки, зумовлені гострим набряком головного мозку. Захворювання, викликане вірусом парагрипу, супроводжується помірним підвищенням температури тіла, рясними виділеннями з носа, чітко вираженою гіперемією ротоглотки. При

аденовірусній інфекції поряд із вираженими катаральними явищами у верхніх дихальних шляхах відзначаються кон'юнктивіт, лімфаденопатія, можлива спленомегалія. Інфікування цитомегаловірусом поряд із катаральними явищами може викликати клінічні прояви паротита, а при інфікуванні мікоплазмою пневмонії можлива поява тонзиліту. Основним клінічним синдромом респіраторного захворювання є ураження дихальних шляхів на фоні гарячкового стану [14, 51, 61, 93, 104, 231, 249 273 та ін.]

Особливостями ГРЗ у часто хворіючих дітей є лише висока частота їх виникнення та схильність до затяжного і рецидивуючого перебігу аж до безперервно рецидивуючого. У окремого числа часто хворіючих дітей ГРЗ ускладнюється синуситом, отитом, бронхітом, нападами бронхіальної астми. Пневмонія виникає відносно рідко й лише у дітей перших 3 років життя [5, 14, 39, 51, 61, 93, 104, 231, 249 273, 275 та ін.].

Найважливішими вхідними воротами для патогенних мікроорганізмів є верхні дихальні шляхи, але вони оснащені комплексною ефективною системою захисту, що перешкоджає колонізації слизової оболонки мікроорганізмами, їх розмноженню, порушенню цілісності епітеліального шару й потрапляння патогенів у підлеглі тканини і кров [5, 14, 20, 24, 39, 51, 61, 93, 104, 231, 249 273, 274 та ін.].

Прийнято, що ЧХД – феномен виключно віковий. Цю групу складають переважно діти дошкільного віку, які хворіють на ГРЗ більше чотирьох разів на рік. Однак, дослідження вказують на те, що гострі респіраторні вірусні інфекції не єдина причина частих захворювань. У якості причин виокремлюють дитячі інфекції, отити, синусити та звернення з приводу хронічних захворювань лише у фазі загострення [1, 3, 17, 18].

У дослідженні Н.Г. Веселова [8] зазначено, що в медицині часто хворіючими вважаються:

- діти до 1 року, у яких випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) - 4 і більше на рік;
- діти від 1 до 3 років - частота 6 і більше ГРЗ на рік;
- діти від 3 до 5 років - 5 і більше ГРЗ на рік;
- діти старше 5 років - 4 і більше ГРЗ на рік.

Також критерієм є те, що дитина хворіє не тільки часто, але і тривалий час (більше 10-14 днів одне ОРЗ) [18, 22, 25, 31]. У структурі хронічних захворювань ЧХД, із досліджень Н.Г. Веселова [8], найбільш значними є: захворювання ЛОР-органів (від 32% до 87,3%), органів травлення (від 20% до 25%), опорно-рухового апарату (від 18,3% до 28,7%) і хвороби нервової системи (неврози - 23%, астеничний синдром - 16,4%, мала мозкова дисфункція - 9,8%, невротичні реакції - 6,5%).

Найбільшою групою є група захворювань, пов'язаних з органами дихання. За останні 10 років вони склали 60 - 80% усієї захворюваності дітей у віці до 14 років. У групі дітей дошкільного віку перше місце за частотою проявів займають гострі респіраторні інфекції, 49,5% із них припадає на контингент часто хворіючих дітей (хворіють більше 4-х разів на рік). Як показують дослідження, проведені такими вченими як В.Ю. Альбіцький, А.А. Баранов, Н.В. Михайлова, М.М. Слободян, В.К. Таточенко, понад 46% дошкільнят, які часто хворіють, згодом до 8-9 років набувають одного або кількох хронічних захворювань [1, 4, 20, 21, 29, 31, 38].

Із досвіду медичної практики вчені роблять висновки про відсутність стійких результатів у лікуванні таких дітей, адже після закінчення курсу лікування, вони незабаром хворіють знову й змушені повторно звертатися до лікаря. Відповідно, життя цих дітей обмежується колом сім'ї, вони позбавляються повноцінного спілкування з однолітками, що перешкоджає їх психічному розвитку [21, 32, 38].

1.2 Теорія ставлень як теоретично-методична основа вивчення соматичних хворих

Розвиток теорії сучасної медичної психології пов'язаний із адекватним використанням наукових концепцій. Для розвитку медицини актуальним є особистісний підхід до хворого. Такий підхід може бути науково обґрунтованим, якщо він спирається на загальнопсихологічну концепцію особистості. У загальній психології таких концепцій багато, й існує проблема вибору однієї з них у якості теоретичної бази. До переваг концепції ставлень стосовно особистісного підходу в медицині належить те, що ця концепція виникла в неврології як розділі психіатрії пограничних станів, так і в медичній психології [31, 96, 124, 162, 163]. Методологічно важливим є висновок В.Н.Мясищева про те, що ставлення пов'язують людину з усіма сторонами дійсності, у якій можна встановити три основні категорії: світ речей, люди, сам суб'єкт -особистість.

Згідно з концепцією В.Н. Мясищева, сутністю особистості є ставлення до дійсності. Ставлення В. Н. Мясищев розглядав як психічний вияв зв'язку суб'єкта та об'єкта. Ставлення, згідно з В.Н.Мясищевим, об'єктивне, як реальний зв'язок між людським індивідом і предметами дійсності, але воно і суб'єктивне, з огляду на приналежність суб'єкту, людському індивіду, і отримує в його свідомості суб'єктивне відображення [162, 163, 164, 165, 166] ,

Психологічні ставлення людини В. Н. Мясищев представляв як цілісну систему індивідуальних, виборчих, свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності [162, 163, 164]. Формування цієї системи здійснюється під час конкретно-історичного процесу, висловлює особистий досвід людини, визначає його переживання, вчинки, поведінку.

До сутнісних характеристик ставлень відносяться: цілісність, активність, свідомість і вибірковість [124, 162].

Цілісність. Особистість є одиничне й унікальне ставлення людини до світу, що включає саму людину й інших людей. При вивченні особистості такий психологічний аналіз повинен бути доповнений синтезом виділених відносин у їх цілісну структуру.

Активність. Поняття відношення, на думку В. Н. Мясищева, виникає там, де є суб'єкт і об'єкт відносин. Чим більше виражена активність, тим більше виражене ставлення.

Свідомість. Свідомість визначається як здатність вітувати собі про дійсність, правильно відображати дійсність у її основних рисах, віддавати звітувати собі в сенсі впливу й обстановки.

Вибірковість. Вибірчий характер ставлень означає, що особливості характеру, зокрема й сили реакцій, залежать від змісту предмета й від значущості його для людини. Вибірковість - це поняття, яке тісно пов'язане з поняттям значущості. Ставлення вибагливі, перш за все, в емоційно-оціночному сенсі. Вибірковість відображає суб'єктивність ставлень. Особистість у своїх ставленнях - до інших людей, до себе, об'єктів, подій - завжди обирає, надає перевагу, обирає й відкидає.

Цілісність, активність, свідомість і вибірковість виступають як властивості, які завжди є у ставленні. Поряд із цими властивостями, в концепції відносин виділяються три компоненти, за допомогою яких психологічні ставлення описуються. Слід зазначити, що виокремлені В. Н. Мясищевим три компоненти кожного ставлення відповідають у сучасній психології виокремленню трьох сфер психічного: емоційної, когнітивної та мотиваційно-поведінкової [162].

Емоційний компонент ставлень. Емоції тісно пов'язані з найважливішим моментом в основній характеристиці ставлень, із їх вибірковістю, позитивною чи негативною, і їх активністю. Емоція, як цілісна реакція особистості, виражає й формує емоційне ставлення. Цілісність у емоції виражається єдністю способів прояву ставлення

організму до зовнішнього об'єкта і змінами всієї внутрішньосоматичної динаміки в зв'язку з важливістю об'єкта, що викликає у людини емоцію [162, 163, 164].

Мотиваційно - поведінковий (вольовий) компонент ставлень.

Поняття волі є видом активного перетворюючого ставлення людини до різних сторін об'єктивної дійсності й до самої себе [162, 163].

Когнітивний (пізнавальний) компонент ставлень. В. Н. Мясіщев підкреслював, що ставлення пов'язують людину не стільки із зовнішніми сторонами речей, скільки з їх змістом. Результатом пізнання дійсності, що сприймається, є розуміння її змісту [162, 163].

У системі ставлень людини особливе місце займає її ставлення до самої себе. Ставлення до себе є системним. При аналізі ставлення до себе можуть бути виділені такі ставлення: ставлення до свого фізичного і психічного стану, до своїх здібностей, до характеру, до виконуваних соціальних ролей, до особистісного та соціального статусу тощо.

Однією з інтегральних характеристик ставлення до себе є самооцінка. Людина оцінює своє становище в системі ставлень, в системі прийнятих нею особистісних цінностей, ступінь відповідності своїм ідеалам, до яких вона прагне, з одного боку, і тому, що людина відкидає, із іншого [162, 163].

Ставлення до інших (конкретних) людей: до сім'ї і найближчих родичів (мати, батько, брати, сестри, чоловік, дружина, діти); до найближчого оточення поза сім'єю (друзі, знайомі, сусіди та ін.); до оточення на роботі (співробітники, керівництво, підлеглі, адміністрація та ін.); до оточення при інших формах соціального функціонування (шкільні вчителі, діти, лікарі, продавці та ін.) [162, 163, 166].

Ставлення до подій. Сюди можна віднести, перш за все, ставлення до подій у власному житті й житті інших конкретних людей.

Ставлення до окремих конкретних подій у власному житті: закінчення школи, народження дитини, смерть близької людини, переїзд в інший будинок або місто, вихід на пенсію, конфлікт і ін. [124, 162].

1.3 Розвиток особистості в ситуації соматичного захворювання

У психології прийнято уявлення про те, що розвиток психіки є нестабільним рухом, який є переривний процес, що може призвести до кризи [43, 44, 45, 48, 21, 125, 128, 266, 270 та ін.]. Дослідження і ретельне вивчення суб'єктивної сторони захворювання є ефективним способом, який дає можливість об'єктивно оцінити внутрішній світ хворої дитини і намітити методи корекційно-розвивальної діяльності з нею.

Розвиток особистості дитини, яка часто та тривало хворіє, представляє собою особливий, якісно інший характер, обумовлений особистісними особливостями хворої дитини, які багато в чому тісно пов'язані з характером взаємин дитини з батьками, його суб'єктивними знаннями і ставленням до здоров'я, а не тільки об'єктивної тяжкості захворювання. Все це визначає своєрідну поведінку дитини в ситуації хвороби, яку дослідники характеризують як адаптивну.

Хвороба обмежує активність людини, формує дефіцітарні умови для розвитку особистості, може стати причиною кризи психічного розвитку, привести до появи новоутворень як нормального, так і патологічного типу, що тим самим має прямий вплив на життєвий досвід людини.

Психологічні особливості часто хворіючих дітей досить ретельно описані різними авторами, які пов'язують їх зі стійким емоційним напруженням дитини і, зокрема, зі складнощами в розвитку вольової поведінки [3, 6, 10, 17, 20, 22, 28, 30, 34].

Аналіз даної проблематики дозволяє нам виокремити психологічні особливості соматично хворих дітей. Є цілий ряд досліджень, у результаті яких встановлено, що розвиток соматично хворої дитини не є уповільненим, а є «якісно іншим».

У психологічній літературі наводяться дані, що вказують на відмінності часто хворюючих дітей від їх здорових однолітків за певними індивідуально-психологічними характеристиками. Так, їм властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (насамперед від думки матері). Вони можуть довго бути зайняті однією і тією ж іграшкою, обходитись без спілкування з іншими дітьми, проте їм необхідна присутність поруч матері, від якої вони не відходять ні на крок [34, 62, 70, 79 та ін.].

Погане самопочуття, обмеження рухів, важке й тривале лікування призводять до розвитку емоційного занепокоєння, порушення сну, високої тривожності, депресивних і регресивних реакцій. Все це відображає соціальну ситуацію розвитку, яка складається в умовах хвороби. Основними наслідками цієї ситуації є зміни в спрямованості особистості в системі самооцінки, в установці на діяльність [30, 31, 34, 64, 79, 86, 101 та ін.].

Паралельно з адекватною й навіть дещо завищеною усвідомленою самооцінкою в часто хворюючих дітей співіснує негативне емоційне самооставлення. У цьому випадку часто має місце порівняння з матір'ю, що виявляється в самознищенні, приписуванні собі негативних емоцій, таких як горе (печаль), страх, гнів (злість) і почуття провини [86, 101, 135, 183 та ін.].

1.3.1 Особливості соціальної ситуації розвитку ЧХД

Л.С.Виготський увів поняття «соціальна ситуація розвитку». «Соціальна ситуація розвитку» не є просто середовищем, тобто тим, що знаходиться поза людиною у вигляді сукупності об'єктивних зовнішніх чинників розвитку, не є простою обстановкою розвитку, а являє собою особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку й зовнішніх умов, яке є типовим для кожного вікового етапу і обумовлює як психічний розвиток на цьому етапі, так і психологічні новоутворення, що виникають у цей період [74, 75, 76].

«Соціальна ситуація розвитку» представляє собою вихідний момент для всіх динамічних змін, що відбуваються в розвитку упродовж даного періоду. Вона цілком і повністю визначає ті форми й той шлях, слідуючи яким людина набуває нових і нових властивостей особистості, черпаючи їх із соціальної дійсності, як з основного джерела розвитку [72, 73].

Л.С.Виготський підкреслював, що головна ознака соціальної ситуації розвитку - особливе поєднання внутрішніх і зовнішніх процесів розвитку [73].

Соматичне захворювання якісно змінює всю соціальну ситуацію розвитку людини: рівень її психічних можливостей, веде до обмеження контактів з людьми, тобто воно змінює об'єктивне місце, яке людина посідає в житті, а також її «внутрішню позицію» [162, 167, 288] щодо до себе самої й життя в цілому. Розглянемо більш детально, в чому полягають ці зміни.

Перш за все, підкреслимо, що соматична хвороба може змінити самі біологічні умови протікання діяльності. Сама собою біологічна зміна організму не входить до змісту соціальної ситуації розвитку, а є тільки передумовою протікання психічної діяльності, однак, вона відбивається на загальній динаміці діяльності, витривалості людини стосовно навантажень

(фізичних і психічних), стійкості енергетичного потенціалу діяльності, збереження її операційного складу [68, 79, 86].

Хвороба може змінити й перспективу людського життя в цілому. Будь-який справжній розвиток передбачає саме спрямованість у майбутнє, відкритість перспективі руху. Зміни ескізу майбутнього - одна з найбільш істотних характеристик нової соціальної ситуації розвитку, що складається в умовах хвороби

Нову соціальну ситуацію розвитку, що виникла в умовах хвороби, «ускладнює» наявність соціальних наслідків хвороби [103].

Нова соціальна ситуація розвитку стає предметом активної внутрішньої «роботи» самого хворого, внаслідок якої формується нова «внутрішня позиція» людини, зміст і динаміка якої відображають основні смислові зміни в структурі особистості. Нова соціальна ситуація розвитку може стати джерелом формування в людини як психологічно позитивних для розвитку її особистості новоутворень (у вигляді, наприклад, компенсаторних і пристосувальних проявів), так і негативних рис із тенденцією до оскуднення й збіднення всього психічного образу, звуження зв'язків зі світом тощо. Останнє в медичній літературі кваліфікується у поняттях невротичного, психопатоподібного й патохарактерологічного розвитку хворого [101, 116, 136, 140 та ін.]

Таким чином, для розуміння психології соматично хворого, необхідно розглядати соціальну ситуацію розвитку в умовах хвороби. Соціальна ситуація розвитку в умовах хвороби досить суперечлива за своїм змістом і може бути кваліфікована як кризова. Однак, як показують клініко-психологічні спостереження, незважаючи на подібний її об'єктивний контур, кризи психічного розвитку може й не бути [137].

1.3.2 Особливості ставлення до хвороби у часто хворіючих дітей

Розглянемо відношення до хвороби в контексті концепції ставлень В. Н. Мясичева. Як і кожне ставлення, ставлення до хвороби має сутнісні характеристики. Ставлення особистості до хвороби цілісне, активне, свідоме й вибіркоче [176, 211].

Цілісність. Людина відноситься до хвороби в цілому, тому ставлення до хвороби пов'язане з усією системою відносин. Ставлення до хвороби пов'язане в тій чи іншій мірі з будь-яким іншим ставленням. Ставлення до хвороби формується всіма ставленнями особистості й саме впливає на всі інші ставлення.

Зрозуміти ставлення до хвороби можна лише за умови розуміння інших ставлень людини. Таке розуміння створює евристичну установку на розгляд ставлення до хвороби в контексті всіх інших відносин особистості, і ця евристична установка орієнтує дослідження на виявлення реакцій особистості на хворобу в усіх сферах функціонування особистості.

Крім того, цілісність ставлення до хвороби має й інший зміст. Ставлення до хвороби може виступати як ціла підсистема відносин, відповідних безлічі всіляких аспектів аналізу хвороби, однак, кожне ставлення цієї підсистеми визначається не тільки відповідним аспектом захворювання, а й ставленням до хвороби як цілого, відбитого в цілісному розумінні цієї події в житті людини [212, 215].

Активність. При розгляді активності, як сутнісної властивості відношення до хвороби, слід враховувати загальний стан концепції відносин про те, що поведінка особистості не може визначатися активністю окремого ставлення. Ставлення до хвороби активне й у взаємодії з іншими відносинами і визначає зміни в поведінці людини. Ставлення до хвороби обумовлює активність особистості, спрямовану на позбавлення від неї, усунення страждань і всіх, пов'язаних із хворобою, небажаних наслідків.

Ставлення до хвороби стосується всіх сфер поведінки в тій мірі, у якій відношення до хвороби зачіпає всі інші відносини особистості. Активність ставлення до хвороби може змінювати активність всіх інших відносин. Таким чином, ставлення до хвороби змінює в тій чи іншій мірі всю поведінку людини.

Свідомість. Ставлення до хвороби представлено в свідомості хворої людини. Людина усвідомлює факт захворювання як подію життя, своє ставлення до цієї події й зміни в інших ставленнях до дійсності, що відбуваються в зв'язку з хворобою. [212, 215].

При розгляді свідомого ставлення до хвороби необхідно звернути увагу на те, що при психологічному аналізі проблеми «особистість - хвороба» під хворобою слід розуміти не об'єктивно існуючий патологічний процес організму, а хворобу, як подію в житті особистості. Ставлення до хвороби виступає як феномен свідомості особистості хворого.

Істотним фактором, що впливає на усвідомлення ставлення до хвороби, є її фруструючий характер. Будь-яка хвороба, в більшій чи меншій мірі, завжди фруструє особистість. Ступінь фрустрації залежить від ступеня й широти впливу хвороби на задоволення потреб особистості [8, 221].

Потрібно враховувати той факт, що хвороба, будучи руйнівною подією в житті людини, може, тим не менше, відкривати для неї й сприятливі можливості. Факт хвороби може бути використаний як інструмент у спілкуванні з іншими людьми, близькими, а також соціумом у цілому.

Вибірковість. Ставлення до хвороби залежить не тільки від того, якою є хвороба, але й від того, якою є особистість самого хворого. Ставлення до хвороби у хворих визначається не клінічною картиною захворювання, яку описує об'єктивна медицина, а тим, як сам хворий сприймає, розуміє й оцінює свою хворобу як подію в житті. Неповторність особистості хворого

створює неповторність, унікальність сенсу хвороби як події життя й тим самим формується унікальне, неповторне ставлення до хвороби [211].

Поняття про компоненти ставлення відображає можливість його розгляду в трьох різних смислових ракурсах.

Емоційний компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в емоційній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу й лікування. Із хворобою пов'язаний широкий спектр почуттів - багатство і сила емоційних переживань, обумовлених хворобою, залежить від ступеня значущості тих відносин, яких торкається хвороба. Емоційний компонент ставлення до хвороби, як правило, характеризується негативними емоціями. Обумовлено це тим, що хвороба фруструє особистість, блокує її потреби.

Емоції, що відображаються емоційним компонентом ставлення до хвороби, пов'язані з соматичним станом хворого. Ці емоції включаються як один із патогенетичних факторів у цілісний процес патогенезу захворювання. Зміни в емоційній сфері можуть призвести до зміни його соматичного стану, а новий соматичний фон, в свою чергу, може змінити перебіг захворювання. Таким чином, ставлення до хвороби може впливати на її розвиток [212, 215].

Мотиваційно-поведінковий компонент. Мотиваційно-поведінковий компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в мотиваційно-поведінкової сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу.

Хвороба приносить фізичні й душевні страждання, загрожує благополуччю людини. У зв'язку з цим виникають нові мотиви діяльності, спрямовані на позбавлення від страждань і на лікування захворювання [211, 212, 213].

Зміни у мотиваційній сфері особистості хворого викликані також тим, що хвороба блокує можливість досягнення багатьох з цілей, які раніше

визначали поведінку особистості. У зв'язку із цим у мотиваційній сфері відбувається відмова від старих цілей або формування нових цілей [76 та ін.].

Когнітивний компонент. Когнітивний компонент ставлення до хвороби відображає ті зміни в когнітивній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу.

Смислова структура когнітивної сфери, що відображає хворобу як об'єктивне явище, є репрезентацією хвороби в психіці. У когнітивному компоненті ставлення до хвороби може бути виокремлена інша смислова структура, яка містить знання про можливий вплив хвороби. Хвороба може містити в собі загрозу смерті, інвалідизації, втрати працездатності. Хворий може побоюватися змін свого соціального статусу. Хвороба викликає незліченну кількість наслідків у житті не тільки хворого, але і його оточення. Хвороба може в цілому змінити особистісну перспективу на майбутнє, оцінку сучасного, впливати на оцінку минулого хворого [214, 215].

Про важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання писав ще 1944 р Р. А. Лурія, продовжуючи розвиток ідей Гольдшейдера (1926) про «аутопластичну картину захворювання» [176].

Р.А. Лурія зазначав, що добре знання скарг, переживань і змін характеру хворого є таким же важливим для постановки діагнозу, як і результати об'єктивного дослідження його хвороби.

Р.А. Лурія, створивши поняття внутрішньої картини хвороби (ВКХ), відніс до нього «все те, що відчуває й переживає хворий, усю масу відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, але його загальне самопочуття, самоспостереження, уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язано для хворого з його відвідуванням лікаря, - весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних

переживань і травм». ВКХ необхідна не тільки для розуміння психіки хворого, але й для лікування (психотерапії) [176, 198].

1.3.3 Особливості батьківсько-дитячих стосунків у сім'ї з ЧХД

На формування в дитини ставлення до себе, до світу, до своєї хвороби тощо вирішальний вплив має сім'я. У перші місяці життя під впливом батьківської любові й доброго відношення близьких у дитини виникає загальна самооцінка. Вона стає фундаментом для формування особистості. При дефіциті батьківської любові в дитини не виникає позитивна спрямованість загальної самооцінки. Це призводить до різних деформацій у розвитку особистості: збільшенню відчуття своєї неповноцінності, страху перед новим, агресивності, озлобленості тощо. Відсутність позитивної загальної самооцінки в ранньому віці важко компенсувати в більш пізні періоди [16, 17, 32].

Юстицькій та Ейдемільер виділяли два типи батьківських стосунків та їх складові. Автори виокремлюють гіперпротекцію (опіку), яка в свою чергу поділяється на домінуючу й потураючу, а також гіпопротекцію (бездоглядність), яка також буває прихована та потураюча. Вважається, що гіперпротекція характеризується надмірною батьківською турботою, завищеним рівнем протекції. Основою гіперпротекції може стати любов до дитини, а в деяких випадках гіперпротекція може поєднатися з емоційним відкиданням. Досить частою причиною гіперопіки стає фобія втрати дитини, тривожне очікування можливого нещастя. Ці типи батьківського ставлення особливим чином впливають на рівень самооцінки в дітей. Кожен із них може стати причиною формування як завищеної так і заниженої самооцінки, в залежності від свого типу [54, 55].

Домінуюча гіперпротекція - надмірний контроль, постійні заборона й нагляд за дитиною. Батьки все вирішують за дитину, що призводить до

нівелювання почуття власної гідності та відповідальності. При потураючій гіперпротекції дитина стає кумиром родини. Батьки задовольняють усі потреби та бажання дитини.

Гіпопротекція проявляється у недостатній увазі до дитини та низькому контролю з боку батьків. При прихованій гіпопротекції контроль за поведінкою та життям дитини також відбувається, але він скоріш формальний. Дитина відчуває, що батькам не до неї, й нерідко починає вести таємне життя. Потураюча гіпопротекція характеризується поєднанням безконтрольності з некритичним ставленням до поведінки дитини. У разі якогось поганого випадка, батьки намагаються виправдати власну дитину, перекласти її провину на інших.

В.В.Ніколаєва сформулювала загальну гіпотезу дослідження соматично хворих дітей: хронічне соматичне захворювання, створюючи особливу дефіцитарну соціальну ситуацію розвитку, активізує власну пізнавальну активність дитини (підлітка), спрямовану на подолання перешкод, створених хворобою, в реалізації життєво важливих потреб. Психічне співіснування з хворобою залежить від віку хворої дитини, її провідної діяльності. Не володіючи достатнім життєвим досвідом, дитина виявляє прагнення отримати допомогу від близького дорослого (батьків). Останні, встановлюючи певний тип виховного ставлення до дитини, можуть як сприяти подоланню психологічних перешкод, викликаних хворобою, так і перешкоджати цьому процесу, навіть у разі благополучного відновлення соматичного здоров'я [220].

Р.В. Овчарова [224] зазначає, що приблизно 80% батьків ЧХД використовують тип сімейного виховання за типом гіперопіки. Спілкування батьків із дитиною стає схематичним: на всі випадки життя даються прямі поради, роз'яснюються варіанти поведінки. У результаті такого стилю виховання в дитини не напрацьовується досвід взаємодії з

людьми, вона не вчиться самостійно приймати рішення й нести відповідальність за свої вчинки. ЧХД живуть за суворо встановленими правилами, які їй запропонували дорослі, вони перестають досліджувати життя й межі власних можливостей. Батьки часто хворіючих дітей, як зазначає Шарова, висувають до своїх дітей занижені вимоги.

Г. А. Аріною і Н. А. Коваленко [34, 136] розглянуто особливості ставлення матері до часто хворіючої дитини. Автори наголошують, що майже всі матері ЧХД реалізують «відкидаюче з елементами інфантилізації та соціальної інвалідизації» батьківське ставлення. Матері емоційно низько оцінюють особистісні якості дитини, відкидають дитину, не співвідносять дитину з її реальним віком, іноді приписують їй погані тенденції. Таке материнське ставлення проявляється або в постійному крику на дитину, або в надмірній опіці й постійному контролі будь-якої дії дитини. Автори вказують на стереотип ставлення матерів ЧХД до своєї дитини, у якому неусвідомлюване емоційне відкидання дитини поєднується з тенденцією до авторитарного контролю всього психічного й тілесного життя дитини.

Дослідження А. А. Міхеєвої [202, 203] уточнює уявлення про специфіку материнського ставлення до часто хворіючих дошкільників. У більшості випадків, коли дитина хворіє 4-5 разів на рік, вона явно відкидається матір'ю, не відповідає її очікуванням; мати не приймає хвороби дитини, хоче бачити її здоровою й висуває досить високі соціальні вимоги. У тих випадках, коли дитина хворіє 6 і більше разів на рік, відкидання дитини матір'ю не усвідомлюється, хоча і наявне; на перший план виступає симбіотичний зв'язок, а хвороба служить засобом її підтримки. Це викликає ставлення до дитини як до «маленького невдахи», соціальні вимоги до неї зводяться до мінімуму через впевненість у тому, що вона, в силу свого фізичного стану, не може обійтися без участі й опіки матері.

Часто хворіючу дитину сприймають як людину, якій із самого раннього дитинства довелося зіткнутися з важкими проблемами і яка потребує особливої підтримки і допомоги. Саме сім'я повинна стати розвивальним середовищем для такої дитини. Здоровий психологічний клімат є гарантією її гармонійного розвитку й дозволяє повніше розкрити потенційні можливості. Багато в чому це залежить від прийняття батьками інформації про захворювання дитини, вибору стилю і тактики її виховання, адекватного сприйняття захворювання на всіх етапах розвитку дитини і збереження поважних відносин між усіма членами сім'ї [275].

Із моменту постановки діагнозу дитині, життя в родині може змінитися докорінно, батьки спочатку можуть перебувати в «шоковому стані». Вони живуть в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, постійному емоційному напруженні. Спочатку батьки відкидають саму думку про можливість серйозного захворювання і про те, що їхня дитина не така, як усі. Найчастіше вони схильні звинувачувати один одного і близьких родичів у поганій спадковості та генах, неправильній поведінці. Заперечення захворювання змінюється переживанням провини. Екстравертовані матері, як правило, звинувачують у трагедії медичний персонал у недогляді, неякісній роботі тощо. Вони неадекватно сприймають хворобу дитини, вважаючи, що вона цілком вибікова - так проявляється механізм психологічного захисту від травмуючих переживань. Інтровертовані матері звинувачують у трагедії себе. Вони впадають у відчай і виявляють депресивні реакції, їх настрій сповнений сумом, а в свідомості домінує думка про те, що трапилося. З плином часу матері стають більш замкнутими, втрачають інтерес до навколишнього середовища, до колишніх захоплень. В емоційній сфері відзначається уразливість, дратівливість, нестриманість афектів, сльозливість при розмовах про дітей [54, 78, 180, 276 та ін.]. У більшості випадків через різні фізичні, емоційні й соціальні навантаження, обумовлені наявністю

хронічних захворювань дитини, матері страждають і переживають набагато сильніше і гостріше, ніж батьки.

У батьківської пари, починаючи з перших місяців хвороби дитини, на думку Д.М. Ісаєва, може сформуватися три типи ставлення до захворювання [113]:

- адекватний, що обумовлює гармонійне виховання;
- надцінний (тривожно-недовірливий), пов'язаний із вихованням дитини в умовах гіперопіки;
- байдужий, пов'язаний із недооцінкою стану хвороби дитини та супроводжується гіпоопікою.

Оцінка дітьми свого стану в більшій мірі являє собою копію батьківської. При надцінному підході батьків до захворювання дитини, у самої дитини відзначається фіксація на соматичному неблагополуччі, «відхід у хворобу», іпохондричні скарги, негативна прогностична оцінка одужання. При байдужому ставленні батьків до захворювання, діти демонструють явне нерозуміння важливості комплексного лікування та зміст госпіталізації. Тим самим, неадекватне ставлення батьків до хвороби дітей, виступає в якості чинника, що призводить до формування в дитини спотвореної внутрішньої картини хвороби, що має місце для розстановки акцентів при проведенні психотерапії [113, 114].

1.3.4 Особливості самоставлення ЧХД

У дослідженні Н.А. Мосіної [206] показано, що ЧХД мають занижену самооцінку, особливо це проявляється у ЧХД учнів другого класу. Також автором робиться висновок, що існує взаємозв'язок між заниженою самооцінкою ЧХД і неадекватним ставленням батьків до хвороби і здоров'я дитини [157].

Ж.Г.Дускадзіева [97] показала, що хлопчики, які часто хворіють, мають більш високий рівень самооціночної й міжособистісної тривожності, а також негативне сприйняття власної статевої ролі, ніж дівчатка. Автор пояснює це суперечливим батьківським ставленням до часто хворіючих хлопчиків, як наслідок невинного очікування матері, так як вимоги соціуму до маскулінного типу поведінки суперечать його особистісним особливостям. Також автором показаний прямий взаємозв'язок між рівнем тривожності хлопчиків і дівчаток старшого дошкільного віку і неефективним батьківським ставленням до них, а також зворотній зв'язок між тривожністю дітей старшого дошкільного віку і ефективним типом батьківського ставлення до них.

Серед особливостей розвитку особистості часто хворіючої дитини старшого дошкільного віку можна виділити переважання позиції «малоцінності», ущербності й безпосередньо-чуттєве ставлення до себе (Ліванова М.Н., Миколаєва В.В.) [173]. Для дітей, які часто хворіють, характерно приписування собі негативних емоцій, таких, як горе, страх, гнів і відчуття провини (Аріна Г.А., Коваленко Н.А.) [34]. Крім того, яскраво виражена тривожність, невпевненість в собі, залежність від чужої думки (Касаткін В.Н., Румянцев А.Г.) [129, 130, 260]. У хворої дитини формується негативне уявлення про власну особистість, відзначається нестійка оцінка хвороби, наростання песимізму і депресивності, змінюється ієрархія мотивів, знижується їх спонукальна сила. Зміна соціальної ситуації розвитку призводить до затримки розвитку особистості - інфантилізму (Ліванова М.Н.). У молодшому і середньому дошкільному віці у дітей, що часто та тривало хворіють, більш ніж у їхніх здорових однолітків виражена тенденція до адекватної самооцінки, але вона багато в чому залежить від типу сімейного виховання. Основна спрямованість бажань часто хворіючих дітей звернена на запобігання таких симптомів хвороби і уникнення страждань, в той час як у їх здорових однолітків переважають бажання,

спрямовані на перетворення навколишнього середовища і на взаємодію з іншими людьми (В.А. Ковалевський) [136, 137].

1.3.5 Особливості ставлення до міжособистісної взаємодії

Молодший шкільний вік є переломним у житті дитини. Зміна соціальної ситуації розвитку й ведучого типу діяльності сприяє за собою виникненню у неї нових відносин з учителем, а згодом і з однолітками.

Міжособистісні відносини - це, з одного боку, суб'єктивно пережиті взаємозв'язки між людьми, що об'єктивно проявляються в характері та способах взаємних впливів, які люди демонструють в процесі спільної діяльності і спілкування. З іншого боку, міжособистісні відносини являють собою систему установок, орієнтацій, очікувань, стереотипів та інших диспозицій, через які люди здійснюють взаємне сприйняття і взаємну оцінку [96].

Для дитини, що нещодавно прийшла до школи, вирішальними факторами соціалізації стають оволодіння навчальною діяльністю і соціальним досвідом у процесі міжособистісних відносин. Дитина з перших днів перебування в школі включається в процес міжособистісної взаємодії з однокласниками й учителем.

Ставлення до друзів і саме розуміння дружби дітьми мають певну динаміку. Для дітей 5-7 років друзі – це, перш за все, ті, із ким дитина грає, кого бачить частіше за інших. Між 8 і 9 роками діти вважають друзями тих, хто допомагає їм, озивається на їхні прохання і розділяє їх інтереси. Поступово, у міру освоєння дитиною шкільної дійсності, у дитини складається система особистих відносин у класі. Її основу складають безпосередні емоційні відносини, які превалюють над усіма іншими. [37].

У той же час, для встановлення дружніх відносин з однолітками велике значення має наявність у дитини таких якостей, як самостійність,

упевненість у собі, ініціативність, основою яких є позитивна самооцінка. Для молодших школярів принципово важливим є знання своїх здібностей і наявність можливості для їх реалізації. Незадовільний стан у групі однолітків переживається дітьми дуже гостро й нерідко є причиною неадекватних афективних реакцій. Однак, якщо у дитини існує хоча б одна взаємна прихильність, вона перестає усвідомлювати й не дуже переживає своє об'єктивно погане становище в системі особистих відносин. У формуванні міжособистісних відносин, які тільки-но виникають, вирішальна роль належить педагогу [106].

Часта і тривала відсутність дитини в шкільному колективі через хворобу не дає їй повної можливості потрапити в групу зірок, проте і не заважає перебувати в групі бажаних дітей. Хвороба і переживання пов'язані з нею, сприяють, в певній мірі, формуванню в даній категорії дітей менш конфліктного й більш сенситивного ставлення до оточуючих або викликають, за певних умов, більше співчуття до себе [37]. Хороша успішність молодшого школяра й позитивне ставлення вчителя до дитини, не дивлячись на часту і тривалу відсутність на заняттях, дають їй можливість залишатися значущою в системі соціальних відносин дітей.

1.4 Психологічні особливості ЧХД

Як джерела психологічних особливостей часто хворіючих дітей [34, 70, 86 та ін.]. можна розглядати наступні:

- частота захворювань;
- умови життя;
- особливості сім'ї;
- методи виховання.

На користь впливу умов життя говорить той факт, що істинно часто хворіючі діти рідко відвідують дошкільні установи, набагато частіше їх життя замкнуте в колі сім'ї. Отже, основний соціалізуючий вплив вони відчувають з боку батьків.

У дослідженні Л.В. Доманецької [93] визначено, що спілкування з батьками ЧХД старшого дошкільного віку має свої специфічні особливості, а саме: розвиток видів спілкування визначається показниками, характерними для більш ранніх періодів онтогенезу (ситуативно-ділове спілкування домінує над позаситуативно-пізнавальним і позаситуативно-особистісним); значно знижена активність дітей у спілкуванні за показниками ініціативності, чутливості, інтересу; зниження показників емоційного благополуччя (тривожність, конфліктність, почуття неповноцінності). Автор вказує на сильний взаємозв'язок між наступними показниками, які характеризують спілкування ЧХД старшого дошкільного віку з батьками - ситуативно-ділова форма спілкування, низький рівень ініціативності в спілкуванні, прояв ознак емоційного неблагополуччя; а також між переважанням позаситуативно-особистісної форми спілкування, високим рівнем ініціативності, чутливості до реакцій дорослого в процесі спілкування, проявом емоційного благополуччя.

До особливостей пізнавальної діяльності у групи часто хворіючих старших дошкільників відносять:

- 1) виснаженість психічної діяльності, яка проявляється в зниженні показників розумової працездатності;
- 2) труднощі перемикання уваги;
- 3) зниження продуктивності відтворення;
- 4) зниження продуктивності уваги;
- 5) зменшення рівнів розвитку творчої уяви;
- 6) зменшення обсягу довільної, зорової пам'яті;

7) велику емоційність, виразність монологічного мовлення, але меншу самостійність, повноту й логічну послідовність [173].

У дослідженні І.П. Бадьїної [37] визначено, що процес адаптації ЧХД в молодшій школі полягає в наростаючому зниженні показників фізіологічної та психологічної адаптованості й стабільності показників адаптованості в соціальній та педагогічній сферах. Особливості шкільної адаптації ЧХД визначаються особливостями сприйняття дитиною сімейної ситуації й батьківського відношення: підвищення рівня протекції й мінімум санкцій із боку матері; гіпопротекція з боку батька.

Підвищення адаптованості в ЧХД пов'язано з розвитком компенсаторних механізмів, сутність яких полягає в розвитку рефлексії й довільності поведінки та діяльності. Компенсаторні механізми сприяють успішній адаптації у фізіологічній, педагогічній та соціальній сферах, але призводять до порушень психологічної адаптації та негативних емоційно-особистісних переживнь. Передумовами формування компенсаторних механізмів є особливості сприйняття дитиною сімейної ситуації: конфліктів, ворожості, переживання тривоги, почуття власної неповноцінності в сім'ї, а також особливості ставлення до дитини з боку батьків (матері - надмірна вимогливість, проекція на дитину власних небажаних якостей, страх втрати дитини, батька - нерозвиненість батьківських почуттів) [107].

Г.Г.Вилегжаніна показала [78], що мотивація часто хворюючих дітей дошкільного віку відрізняється за змістом переважаючих мотивів діяльності від мотивації їх здорових однолітків: у часто хворюючих дітей молодшого, середнього та старшого дошкільного віку, у спілкуванні з дорослими домінуючим мотивом є отримання нових вражень, у взаємодії з дорослим сформований практичний тип спілкування (спільна гра з іграшками); у взаємодії з однолітками в дітей відсутнє мотивування свого

вибору в спілкуванні з партнером; у дітей старшого дошкільного віку ігровий мотив переважає над навчальним.

При дослідженні стану фактора ортобіозу в батьків, з'ясувалось, що реальне дотримання ортобіозу нижче ідеального уявлення про нього. Причинами того, що ортобіозу реально не дотримується, можуть служити, на думку автора: відсутність саморегуляції; низька культура поведінки в побуті; недалекоглядність дорослих у тому плані, що діти повторюють їх помилки, копіюючи зразки поведінки [79].

В.О.Штумф показала [317-320], що когнітивні здібності часто хворіючих старших дошкільників (на прикладі розуміння часто хворіючими дітьми феномена обману) характеризуються рядом особливостей. ЧХД частіше зазнають труднощів і рідше використовують синоніми обману при його поясненні; частіше приймають обман за правду в галузі знань, у меншій мірі використовують стратегію заперечення правдивої інформації в галузі знань, змішану стратегію розпізнавання обману в області емоцій; частіше спираються на контекстуальні ознаки ситуації в ситуації власного обману; рідше спираються на поведінкові прояви, контекст ситуації й індивідуальні особливості в ситуації обману з боку іншого; менш схильні до обману в області намірів. Кращому розумінню обману часто хворіючих дітей сприяють вік матері, вік дитини, рівень освіти матері, наявність повної сім'ї, більша кількість дітей у сім'ї; тип материнського ставлення «кооперація»; реалізація сім'єю ортобіозу. Труднощі в розумінні обману викликають такі типи ставлення матері, як «емоційне відкидання», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленький невдаха»; недостатнє дотримання сім'єю ортобіозу.

Висновки до розділу 1

1. Часто хворіючі діти - це термін, що позначає групу дітей і підлітків, яка виділяється при диспансерному спостереженні та характеризується більш високим, ніж у їх однолітків, рівнем захворюваності на ГРЗ. Основним критерієм виділення пацієнтів в цю групу є частота захворюваності на гострі респіраторні інфекції. Клінічні прояви ГРЗ у часто хворіючих дітей такі ж, як і у дітей, які рідко хворіють: підвищення температури, риніт, катаральні прояви в ротоглотці. У цілому клінічні прояви залежать від збудника.

2. Розвиток теорії сучасної медичної психології пов'язаний із адекватним використанням наукових концепцій. На сьогоднішній день для розвитку медичної практики актуальним є особистісний підхід до хворого. Однією з найбільш адекватних загальнопсихологічних теорій, як базису вивчення часто хворіючих дітей, є концепція ставлень, особливістю якої є те, що ця концепція виникла в неврології, розділі психіатрії пограничних станів, так і в медичній психології. Методологічно важливим є положення про те, що ставлення пов'язують людину з усіма сторонами дійсності.

Психологічні ставлення людини становлять собою цілісну систему індивідуальних, виборчих, свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності. Як і кожне ставлення, ставлення до хвороби має сутнісні характеристики. Ставлення особистості до хвороби цілісне, активне, свідоме й вибіркоче.

Поняття про компоненти ставлень дає можливість їх розглядати в трьох різних смислових площинах. Емоційний компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в емоційній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу та лікування. Мотиваційно-поведінковий компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в мотиваційно-поведінковій сфері особистості хворого, які

відбуваються з виникненням хвороби і в процесі її перебігу. Когнітивний компонент ставлення до хвороби відображає ті зміни в когнітивній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу.

3. Розвитком психіки є нестабільний рух, який представляє собою переривний процес, який може призвести до криз. Л.С.Виготський увів поняття «соціальна ситуація розвитку». «Соціальна ситуація розвитку» представляє собою особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку й зовнішніх умов, яке є типовим для кожного вікового етапу й обумовлює як психічний розвиток на цьому етапі, так і психологічні новоутворення, що виникають й цей період. «Соціальна ситуація розвитку» представляє собою вихідний момент для всіх динамічних змін, що відбуваються в розвитку упродовж даного періоду. Вона цілком і повністю визначає ті форми і той шлях, слідуючи якому дитина набуває нових властивостей особистості, отримуючи їх із соціальної дійсності.

Соматичне захворювання якісно змінює всю соціальну ситуацію розвитку людини. Соціальна ситуація розвитку при соматичній хворобі стає предметом активної внутрішньої «роботи» хворого, внаслідок якої формується нова «внутрішня позиція» людини, зміст і динаміка якої відображають основні смислові зміни в структурі особистості. Для розуміння психології соматично хворого необхідно розглядати соціальну ситуацію розвитку в умовах хвороби.

3. Основними складовими внутрішньої картини хвороби у дітей є: 1) об'єктивні прояви хвороби; 2) особливості емоційного реагування особистості; 3) статеві особливості; 4) рівень інтелектуального функціонування; 5) особистий досвід (життєвий досвід і досвід перенесених захворювань); 6) отримана інформація про здоров'я, внутрішні органи, хворобу, її причини, лікування; 7) розуміння універсальності та незворотності смерті; 8) ставлення батьків та інших осіб із оточення дитини

до її захворювання; 9) вплив лікаря і медперсоналу на хворого; 10) наявність інших стресорів.

Психічні засоби співіснування з хворобою залежать від віку хворої дитини, її провідної діяльності. Хвора дитина прагне отримати допомогу від близького дорослого (батьків), які встановлюють певний тип виховного ставлення до дитини, можуть як сприяти подоланню психологічних перешкод, спровокованих хворобою, так і перешкоджати цьому процесу.

4. Часто хворіючим дітям притаманні специфічні особливості, а саме: розвиток видів спілкування визначається показниками, характерними для більш ранніх періодів онтогенезу, знижена активність дітей в спілкуванні за показниками ініціативності, чутливості, інтересу; знижені показники емоційного благополуччя.

Пізнавальна діяльність часто хворіючих дітей характеризується виснаженням психічної діяльності, труднощами перемикання уваги; зниженою продуктивністю відтворення й зниженням уваги; слабким розвитком творчої уяви; зменшенням обсягу довільної, зорової пам'яті; більшою емоційністю; меншою самостійністю.

Процес адаптації часто хворіючих дітей у молодшій школі полягає в наростаючому зниженні показників фізіологічної та психологічної адаптованості й стабільності показників адаптованості в соціальній та педагогічній сферах. Особливості шкільної адаптації визначаються особливостями сприйняття дитиною сімейної ситуації й батьківського ставлення. Підвищення адаптованості у ЧХД пов'язано з розвитком компенсаторних механізмів, сутність яких полягає в розвитку рефлексії й довільності поведінки й діяльності. Компенсаторні механізми сприяють успішній адаптації у фізіологічній, педагогічній та соціальній сферах, але призводять до порушень психологічної адаптації та негативних емоційно-особистісних переживань.

Найчастіше батьки часто хворіючих дітей використовують стиль сімейного виховання за типом гіперопіки, у результаті якого в дитини не напрацьовується досвід взаємодії з людьми та самостійного прийняття рішення.

Матері ЧХД реалізують відкидаюче батьківське ставлення з елементами інфантилізації та соціальної інвалідизації. Матері емоційно низько оцінюють особистісні якості дитини, відкидають дитину, не співвідносять її з реальним віком, іноді приписують їй погані тенденції поведінки.

РОЗДІЛ 2

ОПИС ВИБІРКИ Й МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Опис вибірки й процедури дослідження

Дослідження проводилося на базі Харківської гімназії №169 та спеціалізованої школи «ліцей мистецтв» № 133. У дослідженні взяло участь 62 дитини (29 хлопчиків, 33 дівчинки) молодшого шкільного віку, частота епізодів ГРЗ коливається від 4 до 6 разів на рік, інфекційний індекс 0.33 - 0.50. Групу контролю склали 62 умовно здорові дитини (30 хлопчиків, 32 дівчинки) із частотою від 1 до 3 епізодів ГРЗ на рік, інфекційний індекс < 0.30. Усі діти віком від 8 до 11 років, середній вік дітей 9,5 (11 років – 56 дітей, 10 років – 14 дітей, 9 років – 20 дітей, 8 років – 10 дітей).

Дослідження проводилося в період клінічного благополуччя дітей. Усі діти виховувались у повних сім'ях. 58,5% дітей є єдиною дитиною в сім'ї. У таблиці 2.1 наведені характеристики експериментальної й контрольної груп.

Таблиця 2.1

Характеристика груп

Характеристики	Група 1 (ЧХД)	Група 2 (умовно здорові діти)	T p <0,01
Частота ГРЗ за рік	4,98 ± 0,78	2,20 ± 0,65	4,87
Наявність супутніх соматичних патологій	15	12	
Жителі міста	62	62	
Наявність сіблінгів	12	14	
Матеріальний достаток сім'ї *	Високий	8	10
	Середній	52	52
	Низький	2	0

Освіта матері	Вища	53	55
	Середня	9	7
Освіта батька	Вища	57	56
	Середня	5	6
Трудова зайнятість матері	Працює	33	37
	Не працює	4	6
	Домогосподарка	25	19
Трудова зайнятість батька	Працює	61	62
	Не працює	1	0

Процедура дослідження. Дослідження проводилося в період клінічного благополуччя дітей і складалося з декількох етапів:

- 1) психодіагностичний;
- 2) психокоректувальний;

На цьому етапі брало участь 20 ЧХД та їх батьки, які були відібрані за результатами психодіагностичного етапу. Групу контролю склали 20 ЧХД, які не відвідували психокорекційної програми. Усього на даному етапі було задіяно 40 ЧХД у віці від 9 до 11 років та 20 батьків.

- 3) оцінка ефективності.

Із метою отримання найбільш достовірних результатів, із дитиною проводився один тест на один день, у цілому для отримання результатів за всіма використаними в роботі методиками з кожною дитиною було проведено 10 психодіагностичних зустрічей. Середній час проходження тестування 30 хв.

У процесі психодіагностики було виокремлено особливості ЧХД і їх здорових однолітків.

Здорові діти краще йдуть на контакт, із цікавістю виконують завдання, задають питання, їх цікавлять результати тестування, просять провести «що-небудь ще».

ЧХД виконують завдання старанно, однак без ентузіазму, ініціативи в спілкуванні з психологом не виявляють, питань не задають, у постмалюнкових бесідах відповідають односкладно, незалежно від типу питання, що задається (відкрите, закрите).

2.2 Методи й методики дослідження

Теоретичне дослідження проводилося за допомогою методів теоретичного пізнання (формально-логічний аналіз аспектів дослідження, логіко-дедуктивний метод, сходження від абстрактного до конкретного) й логічних методів і прийомів дослідження (аналіз і синтез). Емпіричне дослідження побудовано на номотетичних та ідіографічних методах психодіагностики.

У роботі були використані наступні методики дослідження, спрямовані на діагностику:

- *особистісних особливостей ЧХД* – адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Кеттелла (адаптація К.М.Александровської), графічний тест «Зірки і хвилі» (Урсула Аве Лаллемант); проєтивна методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич)
- *самоствалення* – кольоровий тест відносин (А.М.Еткінд);
- *ствалення до важких життєвих ситуацій* – проєктивний тест «Людина під дощем», розроблений С.Розенцвейгом (дитячий варіант, адаптація О.Е.Данілова);
- *міжособистісних відносин* – методика «Міжособистісні відносини дитини» (Р. Жиль), методика «Кінетичний малюнок родини» (Р. Бенс,

С.Кауфман), методика «Малюнок родини тварин» (Л.А. Венгер), модифіковане інтерв'ю на основі опитувальника «Суверенність психологічного простору (СПП)» (С. К.Нартова-Бочавер), опитувальник шкільної тривожності (Філліпс), модифікований варіант методики «Малюнок чоловіка й жінки» (Н.М. Романова).

Опишемо більш детально використані методики діагностики.

Методика Рене Жиля «Міжособистісні відносини дитини» [63].

Методика належить до числа проєктивних і призначена для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини та її сприйняття внутрішньосімейних стосунків. Мета методики – вивчення соціальної пристосованості дитини, а також її взаємин із оточуючими. Методика складається з 42 картинок із зображенням дітей або дітей і дорослих, а також текстових завдань. Перед початком роботи з методикою, дитині повідомляється, що від неї чекають відповідей на питання по картинках. Дитина розглядає малюнки, слухає або читає питання і відповідає. Дитина повинна обрати собі місце серед зображених людей, або ідентифікувати себе з персонажем, що посідає те чи інше місце в групі. У текстових завданнях дитині пропонується обрати типову форму поведінки. Психологічний матеріал, що характеризує систему особистісних відносин дитини, умовно поділяється на дві великі групи змінних: 1) змінні, що характеризують конкретно-особистісні відносини дитини: ставлення до сімейного оточення (мати, батько, бабуся, сестра й ін.); ставлення до друга чи подруги, до авторитарного дорослого та ін.; 2) змінні, що характеризують саму дитину й проявляються в різних відносинах: товариськість, обережність, прагнення до домінування, соціальна адекватність поведінки.

Адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Кеттелла (адаптація Е.М.Александровської) [29].

Метою даного опитувальника є оцінка індивідуально-психологічних особливостей особистості дитини. Опитувальник призначений для обстеження дітей 8-12 років і включає 12 факторів або шкал, що відображають характеристики деяких якостей особистості. Кожен особистісний фактор розглядається як континуум певної якості або «первинної риси».

Методика «Людина під дощем» (О. Романова, Т. Ситько) [255].

Методика «Людина під дощем» орієнтована на діагностику сили «Его» людини, на її ставлення до складних життєвих обставин; методика дозволяє оцінити особистісні резерви людини й особливості протективних стратегій. Методика проведення дослідження полягає в тому, що дитині на чистому вертикально орієнтованому аркуші пропонується намалювати людину, потім на іншому ідентичному аркуші – людину під дощем. Зіставлення двох малюнків дає можливість визначити, як людина ставиться до несприятливих ситуацій, які відповідні реакції викликає у неї стресова ситуація.

Методика «Кінетичний малюнок сім'ї» (Р. Бенс, С. Кауфман) [63].

Методика відноситься до числа проєктивних. Мета – виявити особливості сприйняття дитиною сімейної ситуації, свого місця в сім'ї, а також його відносин до членів сім'ї. Тест КМС складається з 2 частин: малювання своєї сім'ї та бесіди після малювання. На виконання тесту дитині дається стандартний аркуш паперу для малювання, олівець і ластик. Дитині пропонується наступна інструкція: «Будь ласка, намалюй свою сім'ю так, щоб кожен займався якоюсь справою». Після того, як малюнок закінчено, із дитиною проводиться бесіда. У системі кількісної оцінки враховуються формальні й змістовні аспекти малюнка. Формальними особливостями малюнка вважаються якість ліній малюнка, положення об'єктів малюнка на папері, стирання малюнка або його окремих частин, затушування окремих

частин малюнка. Змістовними характеристиками малюнка є зображувані діяльність членів сім'ї, представлених на малюнку, їх взаємодія й розташування, а також розміщення речей і людей на малюнку.

Проективна методика «Неіснуюча тварина» (М. З. Дукаревіч) [143].

Головною метою методики є загальне дослідження особистості, на основі якого висуваються гіпотези про деякі її особливості. Досліджуваному пропонують придумати й намалювати неіснуючу тварину, а також дати їй ім'я, якого раніше не існувало.

Графічний тест «Зірки і хвилі» (Урсула Аве Лаллемант) [26]. Автор тесту виходить із уявлень про те, що вода й море є символічним вираженням несвідомих бажань і імпульсів, а зірки – усвідомленими намірами, цінностями, вольовими зусиллями. Малюнок є відбитком зусиль «Я» з контролю як над зовнішнім оточенням, так і над несвідомим. Тому дану методику рекомендовано використовувати для діагностики психічних станів і внутрішніх проблем людини, а також її особистісних особливостей.

Модифіковане інтерв'ю на основі опитувальника «Суверенність психологічного простору (СПП)» С.К.Нартова-Бочавер [217]. Опитувальник містить 6 шкал, що відбивають вимірювання психологічного простору. Субшкала «Суверенність фізичного тіла» вимірює спроби порушити соматичне благополуччя, якщо таких спроб не відзначається, то діагностується збереження суверенності фізичного тіла, депривованість констатується при наявності переживань дискомфорту, який був викликаний дотиками, запахами і тощо. Субшкала «Суверенність території» вимірює переживання безпеки фізичного простору. Субшкала «Суверенність світу речей» вимірює шанобливе ставлення до власності людини, розпоряджатися якою може тільки вона. Шкала «Суверенність звичок» вимірює прийняття тимчасової форми організації життя людини.

Шкала «Суверенність соціальних зв'язків» вимірює право людини мати друзів, які можуть не схвалюватися близькими. Шкала «Суверенність цінностей» вимірює свободу смаків і світогляду.

На основі шкал, запропонованих авторами та, вікових особливостей виникнення аспектів суверенності психологічного простору, було розроблено бесіду, під час якої діти відповідали на питання. Відповіді допомогли отримати уявлення про формування суверенного психологічного простору ЧХД і їх здорових однолітків.

Опитувальник шкільної тривожності Філіпса [143]. Опитувальник належить до стандартизованих психодіагностичних методик і дозволяє оцінити не тільки загальний рівень шкільної тривожності, але й якісну своєрідність переживань тривожності, пов'язаної з різними галузями шкільного життя. Опитувальник дозволяє вивчити рівень і характер тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Модифікований варіант методики «Малюнок чоловіка й жінки» Н. М. Романової [255]. Нами був модифікований варіант методики для вивчення пласта гендерної актуалізації молодших школярів. Респонденти отримували інструкцію «Намалюйте дівчинку й хлопчика». Потім дитині пропонувалося скласти розповідь за малюнком, у якому знайшли б відображення відповіді на наступні питання:

Хто ці люди?

Чим вони займаються?

Що вони робили до цього?

Чим будуть займатися пізніше?

У яких вони стосунках?

Тест С. Розенцвейга (дитячий варіант) (адаптація Е. Е. Данілова) [179]. Дитячий варіант методики включає 24 контурних малюнка. На них зображені фруструючі ситуації, які відтворюють поширені сцени з повсякденного життя дітей. Дійових осіб, як правило, дві. Персонажем, що фруструється, є дитина (хлопчик чи дівчинка), яка взаємодіє або з дорослим (чоловіком або жінкою), або з іншою дитиною своєї або протилежної статі. Ситуації методики діляться на дві групи: 1) ситуації перешкоди – безпосередньою причиною фрустрації є деяка перешкода, (інша особа або предмет), яке розчаровує суб'єкта, зриває його плани, ускладнює дії, будь-яким чином заважає досягненню бажаної мети. 2) ситуації звинувачення, – діючий суб'єкт піддається звинуваченням, доганам, нападкам з боку іншої особи.

Тест дає можливість оцінити напрям реакції (екстрапунітивна, інтропунітивна, імпунітивна), тип реакції (з фіксацією на перешкоді, із фіксацією на самозахисті, із фіксацією на задоволенні потреб), ступінь соціальної адаптації.

Колірний тест відносин (А. М. Еткінд) [48]. Колірний тест відносин – це невербальний метод, спрямований на дослідження як свідомих, так і несвідомих відносин людини. У методологічному плані метод спирається на концепцію відносин В. Н. Мясищева й ідеї Б. Г. Ананьева про образну природу психічних структур. Методичною основою методу є колірно-асоціативний експеримент. У колірних асоціаціях відображаються характеристики невербальних компонентів відносини. У використовуваному короткому варіанті тесту дитину просили дібрати до кожного поняття який-небудь один колір, який найбільш підходить.

Метод термометра. На лінії, що імітує термометр, із поділами від нуля до ста, необхідно оцінити відсоток змін, що відбулися.

Для обробки отриманих результатів використовувалися математико-статистичні методи, а саме: факторний аналіз (метод головних компонентів) та кореляційний аналізи (τ -Кендалла), для вивчення взаємозв'язків між різними показниками; t-критерій Стьюдента, ϕ -критерій Фішера, G-критерій знаків – для виявлення значимих відмінностей між показниками в емпіричній групі та групі контролю [218].

Факторний аналіз використовується для обробки даних, отриманих під час експерименту. Це статистична процедура, яка використовується для виявлення відносно невеликої кількості глибинних (що не є очевидними) конструктів, які можна використовувати для пояснення відносин між чисельними змінними.

Кореляційний аналіз. При вивченні кореляцій намагаються встановити, чи існує якийсь зв'язок між двома показниками в одній вибірці або між двома різними вибірками, і якщо цей зв'язок існує, то чи супроводжується збільшення одного показника зростанням (позитивна кореляція) або зменшенням (негативна кореляція) іншого.

t-критерій Стьюдента використовується для визначення статистичної значущості відмінностей середніх величин. Може застосовуватися як у випадках порівняння незалежних вибірок (наприклад, групи хворих на ГРЗ і групи здорових), так і при порівнянні пов'язаних сукупностей (наприклад, середня частота пульсу в одних і тих же пацієнтів до й після прийому антиаритмічного препарату).

Критерій Фішера призначений для зіставлення двох вибірок за частотою повторюваності показника, який нас цікавить. Чим він більший, тим вірогідніше відмінності. За допомогою даного критерію можна оцінити вірогідність різниці між тими процентними долями двох вибірок, у яких зареєстрований цікавий для нас ефект.

Критерій знаків. Критерій відмінності, який дає можливість встановити, на скільки однонаправлено змінюються значення ознаки при повторному вимірі пов'язаної однорідної вибірки.

Висновки до розділу 2

1. Дослідницька вибірка достатня за обсягом, репрезентативна й рандомізована, це означає, що результати, отримані на цій вибірці, можуть бути поширені на генеральну сукупність.

2. Методи й методики, використані в роботі, відповідають вимогам сучасної психодіагностики. Обраний комплекс методів і методик дослідження включає метод бесіди, метод напівструктурованого інтерв'ю, психодіагностичний метод, що дозволяє верифікувати результати, отримані за окремими методиками.

3. Методи математичної статистики відповідають типовій дослідницькій потребі й структурі вихідних даних.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ

3.1 Особистісні особливості дітей, які часто хворіють

У контексті даної роботи важливо провести аналіз психологічних особливостей дітей молодшого шкільного віку. Дитина, яка відвідує початкову школу, психологічно переходить у нову систему відносин із оточуючими її людьми. Живучи серед тих же близьких, у тому ж просторі, що носить назву «будинок», вона починає відчувати, що її життя принципово змінилось – на неї лягли зобов'язання не тільки щодня відвідувати школу, але й підкорятися вимогам навчальної діяльності. Сім'я починає по-новому контролювати дитину в зв'язку з необхідністю вчитися в школі, виконувати домашні завдання, суворо організовувати режим дня. Жорсткість вимог до дитини, навіть у найдоброзичливішій формі, покладає на неї відповідальність за саму себе. Необхідність утримання від ситуативних імпульсивних бажань і обов'язкова самоорганізація створюють спочатку в дитини почуття самотності, відчуженості себе від близьких – адже вона повинна нести відповідальність за своє нове життя й самоорганізувати його. Звичайно, дорослі стурбовані навчальними проблемами дитини. Саме вдома намагаються організувати його правильне ставлення до навчальної діяльності – відношення до взятої на себе відповідальності. Найголовніше, що може дати сім'я молодшому школяреві, - навчити його утримуватися від розваг в урочний час, відчутти, що означає «справі час - потісі годину», брати відповідальність на себе, тим самим навчитися керувати своєю волею. Успіхи дитини при засвоєнні норм життя в нових умовах формують у неї потребу у визнанні не тільки в колишніх формах відносин, але і в навчальній діяльності. Характер адаптації до умов життя в молодшому шкільному віці й ставлення до

дитини з боку сім'ї визначають стан і розвиток її почуття особистості. В умовах чутливої до зміни соціального статусу дитини сім'ї дитина знаходить нове місце й усередині сімейних відносин: вона – учень, вона – відповідальна людина, з нею радяться, до неї дослухаються. Учитель стає для дитини фігурою, що визначає її психологічний стан не тільки в класі, на рівні й у спілкуванні з однокласниками, його вплив поширюється і на стосунки в сім'ї.

Для діагностики особистісних особливостей ЧХД було використано адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Кеттелла (адаптований Е. М. Александровською). За допомогою t-критерія Стюдента було визначено значимі відмінності, та відмінності, які не є значимими для цих двох груп. Отримані результати наведені в табл 3.1.

Таблиця 3.1

Особистісні особливості ЧХД

Фактори	Гр.	Мін.	Макс.	М(σ).	t
Фактор А (холодність- доброзичливість)	Гр.1	3	6	5,19 (1,22)	-2,51*
	Гр.2	6	10	9,53(1,23)	
Фактор В (вербальний інтелект)	Гр.1	1	9	5,90 (1,98)	-1,30
	Гр.2	3	10	9,54 (1,89)	
Фактор С (емоційна нестійкість – стабільність)	Гр.1	2	8	3,90 (1,57)	2,24*
	Гр.2	5	10	9,54 (1,97)	
Фактор D (урівноваженість- збудливість)	Гр.1	2	7	5,68 (1,22)	0,08
	Гр.2	2	8	5,86 (1,96)	
Фактор Е (покірність- незалежність)	Гр.1	1	7	3,83 (1,22)	-3,12**
	Гр.2	4	9	9,86 (1,50)	

Фактор F (стурбованість – безтурботність)	Гр.1	1	6	3,54 (1,16)	2,67**
	Гр.2	4	9	7,86 (1,13)	
Фактор G (низька – висока сумлінність)	Гр.1	3	8	5,94 (1,12)	0,51
	Гр.2	4	8	5,11 (1,19)	
Фактор H (боязкість – сміливість)	Гр.1	2	6	4,84 (1,04)	-2,81**
	Гр.2	5	9	11,43 (2,10)	
Фактор I (твердість – м'якість)	Гр.1	5	9	8,98 (1,29)	1,67
	Гр.2	4	8	5,23 (1,84)	
Фактор O (самовпевненість – пригніченість)	Гр.1	5	9	7,98(1,24)	2,32*
	Гр.2	2	7	3,23 (1,64)	
Фактор Q3 (самоконтроль)	Гр.1	5	9	6,85 (1,76)	0,22
	Гр.2	5	9	6,36 (1,34)	

Примітка ** $p < 0, 01$; * $p < 0, 05$

Як показано в табл 3.1, виявляється низка значущих відмінностей між групою часто хворіючих дітей і їх здоровими однолітками. ЧХД відрізняються недовірливістю, надмірною уразливістю, відсутністю інтуїції в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, у той час як здорові діти - емоційно теплі, товариські, веселі, добре соціально адаптовані. ЧХД гостро реагують на невдачі, оцінюють себе як менш здатних у порівнянні зі своїми однолітками, виявляють нестійкість настрою, погано контролюють свої емоції, відчувають труднощі в пристосуванні до нових умов; існують труднощі в навчальній діяльності.

Здорові діти характеризуються упевненістю в собі, спокоєм, стабільністю, кращою підготовленістю до успішного виконання шкільних вимог. ЧХД залежні від дорослих та інших дітей, легко їм підкоряються;

їхні здорові однолітки схильні до самоствердження, лідерства та домінування. У ЧХД відзначається низький рівень енергійності, оптимізму, недооцінка своїх можливостей порівняно з їх здоровими однолітками.

Часто хворіючі діти проявляють сором'язливість і боязкість у спілкуванні з батьками та вчителями, у той час як їхні здорові однолітки невимушені й сміливі у спілкуванні, легко вступають у контакт із дорослими. ЧХД повні передчуття невдач, легко виводяться з душевної рівноваги, часто мають знижений настрій, тривожні, у той час як здорові діти – спокійні, рідко втрачають рівновагу.

Отже, особистість ЧХД відрізняється недовірливістю, надмірною уразливістю, відсутністю інтуїції в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, вони гостро реагують на невдачі, вирізняються нестійкістю настрою, поганим контролем емоцій, поганою адаптованістю, залежністю від дорослих, підкореністю, зниженими енергійністю та оптимізмом, боязкістю, легкою втратою внутрішньої рівноваги.

На основі отриманих даних можна скласти характерологічний профіль ЧХД, що складають такі риси: *паранойальність* (недовірливість негативізм), *сенситивність* (надмірна уразливість, знижений емоційний самоконтроль, нестійкість настрою), *залежність* (підкореність, готовність слідувати правилам), *інфантильність* (упертість, егоцентризм, відсутність міжособистісної інтуїції) та *астено-апатичність* (зниження енергійності, песимізм, тривога, апатичність). Важливою особливістю особистості ЧХД є дискордантність – сполучення контрарних рис: відособленості та залежності, упертості та покірності, еготизму та центрації на значимій людині. Така дискордантність створює внутрішньоособистісну конфліктність – високу тривожність і напруженість селф-системи, що безумовно відбивається в системі забезпечення нарцистичного балансу, у самоставленні.

Для поглиблення уявлень про особливості особистості ЧХД був використаний графічний тест «Зірки і хвилі» із таблиці видно, що результати обох груп відрізняються між собою. Для перевірки значимості цієї різниці було використано критерій Фішера. Дані, отримані за допомогою цього методу, представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Частота відмінностей у зображенні малюнка «Зірки і хвилі»

Одиниці аналізу	гр.1	гр.2	φ
	абс .; %	абс .; %	
Предметне рішення	12; 19%	11; 18%	0,23
Образне рішення	6; 10%	21; 34%	-3,39 *
Емоційне рішення	10; 16%	10; 16%	0,00
Формальне рішення	22; 35%	9; 15%	2,75 *
Смислове рішення	12; 19%	11; 18%	0,23
Гармонійність	12; 19%	25; 40%	-2,58 *
Рівномірність	22; 35%	10; 16%	2,50*
Правильність	13; 21%	14; 23%	-0,21
Дисгармонічність	15; 24%	13; 21%	0,43
Збалансоване співвідношення	16; 26%	16; 26%	0,00
Домінування неба	20; 32%	23; 37%	-0,56
Домінування води	26; 42%	23; 37%	0,55
Бар'єри між водою і небом	19; 31%	4; 6%	3,67 *
Акцент вліво	18; 29%	19; 31%	-0,19
Акцент вправо	20; 32%	24; 39%	-0,75
Акцент на середині	24; 39%	19; 31%	0,94

Зображення скелі	19; 31%	8; 3%	2,44 *
Слабо промальовані зірки	17; 27%	3, 5%	3,66 *
Гроза	17; 27%	6; 10%	2,61 *
Гармонійні хвилі	12; 19%	28; 45%	-3,13 *
Сильні хвилі	18; 29%	17; 27%	0,20
Слабкі хвилі	32; 52%	17; 27%	2,78 *
Острів	8; 13%	24; 39%	-3,38 *
Маяк	6; 10%	19; 31%	-3,01 *
Корабель	5; 8%	17; 27%	-2,93 *
Одинарний штрих	12; 19%	28; 45%	-3,13 *
Маятниковий штрих	7; 11%	17; 27%	-2,82 *
Впевнений штрих	8; 13%	21; 34%	-2,04
Невпевнений штрих	17; 27%	8; 13%	2,04
Штрих із відривом	15; 24%	7; 11%	1,91
Тонування	15; 24%	4; 6%	2,86 *
Штрихування	7; 11%	14; 23%	-1,69
Груба обробка поверхні	14; 23%	345%	3,04 *

Примітка*- рф < 0,01

Встановлено достовірно значимі відмінності в образному вирішенні малювання, до такого рішення частіше вдавалися здорові діти. Таке виконання відрізняється обдуманною організованістю елементів простору малюнка, з доповненнями барвистих елементів. Такий спосіб зображення свідчить, що у авторів даних малюнків при малюванні відбувалася емоційна включеність у процес малювання. Для ЧХД характерне формальне рішення, що перешкоджає проникненню в психологічні особливості авторів малюнків.

Здоровим дітям характерний гармонійний розподіл елементів малюнка. Малюнки втілюють органічне природне утворення й указують на те, що їх автори гармонійні, спокійні, духовно розвинені, урівноважені.

ЧХД властиве прагнення до формальної збалансованості зображення, що вказує на готовність їх авторів слідувати правилам і пристосовуватись. ЧХД властиві зображення бар'єрів між водою і небом, що вказує, що обидві стихії, а значить і дві сфери психічного, протистоять один одному, породжуючи внутрішньоособистісний конфлікт.

ЧХД властиве зображення скель, що вказує на опір власним вітальним прагненням. Також ЧХД властиве слабке промальовування зірок, що вказує на те, що проблема духовності на малюнку витіснена на задній план. Також ЧХД зображували грозу, що вказує на наявність переживань загроз і негараздів у житті дітей, які це намалювали.

Гармонійні хвилі в малюнках здорових дітей вказують на емоційність, що легко проявляється ззовні. Слабкі хвилі в малюнках дітей, які часто хворіють, указують на апатію й знижений фон настрою.

Острів, корабель і маяк, зображувані здоровими дітьми, є позитивними символічними показниками. Острів може бути розглянутий як підґрунтя й міцне місце, маяк є світлом, що вказує дорогу, корабель – місце перебування й захисту під час плавання.

Були встановлені значущі відмінності в особливостях графіки. Техніка одинарного штриха частіше зустрічається в малюнках здорових дітей. Така техніка свідчить про цілісність дитини – автора малюнка, люди, які вдаються до такого малювання, здатні до раціонального управління, здатні брати під контроль свої імпульси й цілеспрямовано добиватися наміченої мети. Також цій групі дітей притаманне малювання маятниковим штрихом, даний рух відбувається шляхом розслаблення й характерний людям, які

можуть довіряти своїм ритмам. Упевнений штрих свідчить про те, що людина впевнено і без коливань йде до наміченої мети.

Невпевнений штрих, а також штрих із відривом, значно частіше зустрічаються в групі хворих дітей. Дані штрихи свідчать про те, що дитину легко збити з пантелику, вона невпевнена у собі, нерішуча. Лінія з відривом указує на те, що дитина в процесі малювання перевіряла себе.

Тонування значно частіше зустрічається в групі ЧХД і вказує на нестійкість емоцій. Здорові діти значно частіше обробляли поверхню малюнка штрихуванням, яка за своїм проєктивним змістом ближча до свідомої галузі.

Діти, які часто хворіють, значно частіше фарбували поверхню малюнка безсистемними окремими штрихами, що вказує на знервованість дітей та наявність проблем у комунікативній сфері.

Для вивчення агресивних тенденцій була використана проєктивна методика «Малюнок неіснуючої тварини». За вказаною методикою були отримані такі результати: частота повторюваності ознаки відкритої агресії (роги, зуби, кігті) складала в групі частохворюючих дітей 29%, у той час, як у групі здорових дітей – 34%; ознака пригніченої агресивності (гострі кути в малюнках) зустрічались у групі хворих дітей у 54%, а в групі здорових дітей – у 19% випадків.

Отже, хворі діти відрізняються від здорових дітей за параметром стриманої агресивності. Окрім того, була відмічена неузгодженість між зображенням тварин та їх вербальними описами під час післямалюнкової бесіди. Так 22% дітей, які зобразили відверто агресивних тварин із ознаками хижості, описали їх як таких, що їдять траву, добрих та дружелюбних. При цьому розходження в графічних ознаках тварин та їх вербальних описів у здорових дітей відмічено лише в 5%. Цей феномен ще

раз доводить, що діти, які часто хворіють, схильні придушувати агресивні імпульси, агресивні прагнення дітьми не усвідомлюються та, можна припустити, переводяться в інші емоційні комплекси.

Слід відзначити, що тенденція до придушування агресії більш характерна дівчатам, ніж хлопцям ($\phi = 2,50, p < 0,01$). Саме у їх розповідях, відверто агресивні тварини з рогами, іклами та кігтями описувалися як добрі, або такі, що не можуть заподіяти шкоди (рисунок 3.1).

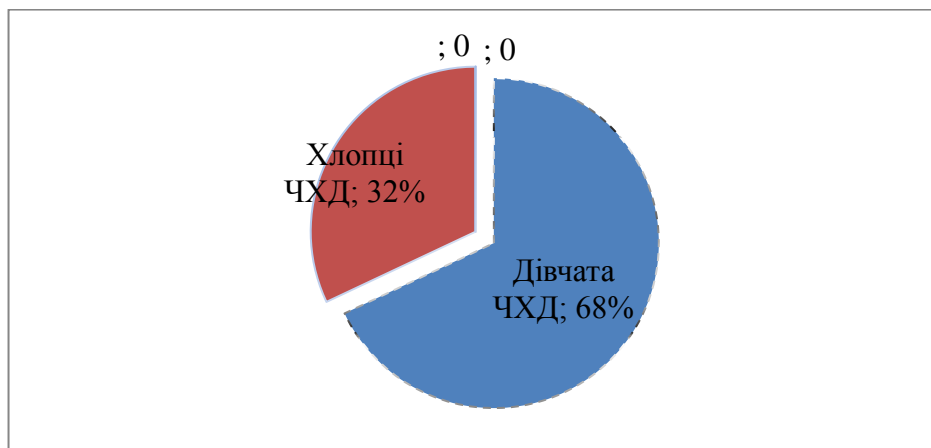


Рис. 3.1 Частота проявів стриманої агресії у дівчат та хлопців ЧХД.

Окрім того, відмічено, що діти, при відповіді на питання під час післямалюнкової бесіди, схильні до шаблонних відповідей, не схильні наділяти тварин настроєм, особливо складно дітям визначити емоційний стан тварини. Так, лише 22% хворих дітей змогли назвати конкретну емоцію (радість, здивування, страх, злість, сором), у той час як здорові діти в 62% були здатні назвати емоції (аналогічні тим, що не назвали часто хворіючі діти).

Також слід зазначити, що діти, які часто хворіють, схильні замінювати емоційні стани (37%), які приписуються тварині, фізичними станами (вона стомлена, у неї болить голова, вона хоче їсти, спати). Дана обставина може бути пов'язана із феноменом алекситимії.

Алекситимія буквально означає: «без слів для почуттів» (або в близькому перекладі – «немає слів для назви почуттів»). Алекситимія є психологічною характеристикою, яка визначається наступними когнітивно-афективними особливостями: 1) труднощами у визначенні (ідентифікації) та описі власних почуттів; 2) труднощами в виявленні відмінностей між почуттями та тілесними відчуттями; 3) зниження здатності до символізації. Існує гіпотеза, згідно з якою обмеженість усвідомлення емоцій і когнітивної переробки афекту веде до фокусування на соматичних компонентах емоційного збудження і його посилення. Клінічний досвід підтверджує концепцію алекситимії в тому відношенні, що багато соматичних хворих виявляють обмежену здатність описувати, диференціювати афекти й продукувати фантазії [13].

У дітей з групи часто хворіючих, оповіді про тварин позбавлені уяви та погано презентовані. На відміну від «бідних» оповідань дітей, які часто хворіють, здорові діти схильні наводити яскраві, різноманітні оповідання, з використанням різних лексичних форм. Наведемо приклад.

Софія, 9 років, часто хворіюча дитина.

- Софія, що це за тварина, яка в неї назва?

- Це кіт.

- Скільки йому років?

- 8 років.

- А де живе цей кіт?

- У себе вдома.

- Він чимось займається?

- Так, він любить спати та їсти.

- Може, ще щось?

- Навряд, погана погода, ідуть дощі, він сидить вдома, щоб не мочити та не забруднювати лапи.

- А який у нього настрій?
- Нормальний.
- А ось тут на малюнку, які в нього почуття?
- Він хоче їсти.
- А де він бере їжу?
- В холодильнику.
- І звідки вона в холодильнику?
- Він тільки їсть.
- А звідки ж береться їжа?
- Ну він може ходити раз на тиждень в гості до бабусі.
- Так, а що він там робить?
- Ну як, бере їжу в неї.
- А чим він ще займається?
- Я вже казала, він їсть і спить.
- Він спілкується з кимось?
- Ні, кіт, який гуляє сам собою.
- Він сам живе? Чи ще хтось мешкає поряд із ним?
- Він сам.
- Ще щось хочеш розповісти про нього?
- Та нічого такого.

Олена, 10 років (група контролю).

- Олена, що це за тварина, яка в неї назва?
- Шурша.
- Розкажи щось про Шуршу, про її життя.

- Шурша – це тварина-дівчинка, вона дуже весела та товариська. Живе на схилі гори, поряд багато таких тварин. Вони ходять один до одного в гості, спілкуються. Шурша відвідує коледж, «коледж для шурш», навчається добре, але занадто не старається, бо в житті ще є багато всього

цікавого. Наприклад, вона ходить гуляти зі своїми подругами та друзями. Шурші грають у різні ігри. Вона полюбляє гуляти довго-довго, до темна, але її батьки хвилюються, коли її довго немає й тоді батьки телефонують їй та кажуть, щоб Шурша поверталася додому. Що ще сказати? А, ось що. Шурша любить слухати музику, це її улюблена справа, навіть коли вона робить уроки, вона слухає музику. У неї гарний смак. Вона гарно одягається. У неї дуже красива кімната, вона сама собі дизайнер. Можливо, вона стане в майбутньому дизайнером або стилістом. Що ще вам розказати?

- Розкажи, на цьому малюнку в неї які почуття?

- О, радість! Бачите, вона посміхається.

- А чому вона радіє?

- Вона дізналася, що її батько дозволить їй літом поїхати до сестри. Її сестра також Шурша, живе далеко-далеко, тому вони рідко зустрічаються. Шурша любить мандрувати.

- А що їсть Шурша, де вона бере їжу?

- Шурша ще не доросла, тому її поки що годують батьки, а взагалі такі тваринки збирають ягоди, трави, а з більш сильними тваринками шурші домовляються.

- А які є можливості в Шурші, можливо вона літає, швидко бігає, ще щось?

- Ні, літати шурші не вміють. Проте вони швидкі й високо стрибають, вони можуть так стрибнути, що одразу зривають яблука чи банани.

- А чому така назва у цієї тварини?

- Шурша шарудить, дуже приємний звук виробляє ця тварина. А коли вона плаває в озері, цей звук дуже гучний та красивий. Шурші великі музиканти, їх поважають.

- Ще щось розкажеш про Шуршу?

- Так, вона починає вчитися писати вірші. Ось і все.

Слід зазначити, що діти(47%), які часто хворіють, малюють банальні фігури. У цих зображеннях відсутній творчий початок, вони часто використовують «готові» форми існуючих тварин (люди, коти, собаки, бики тощо), до яких лише додається якась «готова» деталь. Це зображення дельфіна з крилами, собаки з риб'ячим хвостом, кішки з пір'ям. У той час, як здорові діти проявляють більшу креативність і гнучкість у зображеннях, більш схильні до оригінальних зображень, що знаходять відображення у формі побудови фігури з елементів, а не цілих заготовок.

Усі ці дані свідчать про алекситимічно-подібні прояви емоційної сфери дітей, які часто хворіють. У частохворіючих дітей існує дефіцит здатності психіки до диференціації на рівні тілесної складової. Цей дефіцит виражається у відсутності сформованості базових категорій організації тілесного досвіду: на рівні емоційної складової – у слабкій здатності до диференціації емоційного досвіду; на рівні когнітивної складової – у дефіциті способів знаково-символічного опосередкування.

Отже, існує загальна нездатність психіки дітей, що часто хворіють, до диференціації. Окрім опису феноменів нездатності до диференціації було виявлено ще один феномен. Так діти, які часто хворіють, не могли визначитися зі статтю тварини (можливо – жіноча, а можливо – чоловіча) у 40% випадків; стать тварини визначалась як протилежна своїй – у 26% випадків. У групі здорових дітей лише 10% дітей не змогли визначити стать тварини і 15% визначили стать, як протилежну власній.

У цілому, отримані результати за методикою «Зірки й хвили» та малюнок неіснуючої тварини підтвердили дані особистісного опитувальника Р. Кеттелла.

Таким чином, встановлено, що дітям, які часто хворіють, притаманна недовірливість, надмірна вразливість, у них відсутня інтуїція в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, вони гостро реагують на невдачі, вирізняються нестійкістю настрою, поганим контролем емоцій, комунікативною незграбністю, залежністю від дорослих, підкореністю, зниженими енергійністю та оптимізмом, боязкістю, легкою втратою внутрішньої рівноваги, готовністю слідувати правилам та пристосувальністю, апатичністю.

3.2 Особливості самоствавлення ЧХД

Для вивчення самоствавлення ЧХД був використаний «Метод колірних відносин», де дітям пропонувалося співвіднести колір із категоріями самоствавлення й категоріями тілесності. У межах вивчення самоствавлення, при використанні кореляційного аналізу в групі ЧХД виявлено п'ять кореляційних зв'язків, із них два позитивні й три негативні (рис.3.2).

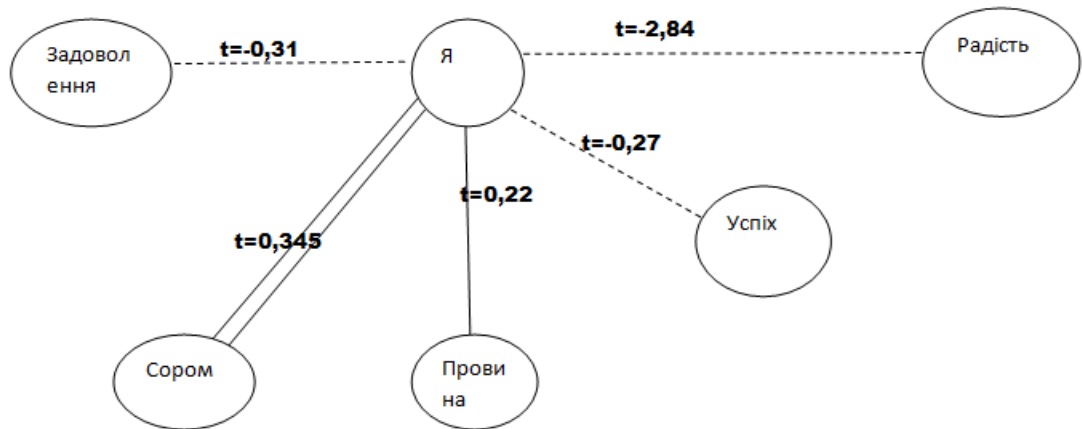


Рис.3.2 Корреляційна плеяда самоствавлення ЧХД

Примітка: дві риси – $p=0,01$, одна риска $p=0,05$; _____ прямий кореляційний зв'язок, ----- зворотній кореляційний зв'язок

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між «Я» і соромом ($\tau = 0,345$; $p = 0,01$). Сором визначається як хвороблива емоція, що виникає внаслідок усвідомлення чогось ганебного, безглузлого або непристойного в поведінці або обставинах життя (або в поведінці та житті інших, чий честь або ганьба людина розглядає як свої власні), або ж у результаті попадання в ситуацію, що ображає власну скромність або пристойність індивіда.

Уявлення про сором засновані на положенні про те, що сором супроводжується гострим і болючим переживанням усвідомлення власного «Я» і окремих сторін власного «Я» [106, 111, 112 й ін.]. Коли людина соромиться, то вона відчуває себе безпорадною, скутою, маленькою, дурною, ні до чого не здатною. Переживання сорому супроводжується гострим почуттям невдачі, провалу й повного фіаско. Сором породжує особливого роду відчуженість [82].

Феноменологічно, що сором розглядається як «вибух навпаки», або «всередину», який надає паралізуючий вплив і змушує завмерти. Сором породжує бажання «провалитися крізь землю». Феноменологія сорому

містить також спокусу відмовитися від своєї ідентичності, із метою забезпечення прийняття з боку іншого. Сором захоплює все «Я», виражається в повороті голови в сторону і погляді, опущеному донизу [82, 150, 156].

Сором містить спокусу відмовитися від своєї ідентичності з метою забезпечення прийняття з боку іншого й пов'язаний з труднощами вираження нарцистичних прагнень і з прийняттям себе (собою та значущими особами). Наслідками цього є дисфорія, субдепресивні та тривожні стани. ЧХД схильні обривати контакти з оточенням, закриваючись всередині самих себе й збільшуючи дистанцію у відносинах. Це також є проявом вищезазначеної особистісної дискордантності. Переживання сорому та провини викликає самоосуд і супроводжується зниженням самооцінки. Позбавлення системи «Я» радощів, успіху та задоволення свідчить про генералізоване напруження, невдоволеність собою, про почуття «безпорадності», про можливу психічну дезадаптацію.

Найбільш адекватним, на наш погляд, поясненням виявленого кореляційного зв'язку між «Я» і соромом у психосемантичному просторі дітей, які часто хворіють, є теорія психоаналізу, зокрема теорія об'єктних відносин [304].

Традиційний психоаналіз розглядає сором як захисну подію, пов'язану з розкриттям вираження потягів і нарцисичних спрямованостей особистості, із невдалою спробою їх реалізувати. Е. Рехардт і П. П. Іконен [250] указують, що формулою сорому є паралізуюча, така, що усуває та відгороджує особистість реакція, яка пов'язана з невдалою спробою отримати схвалюючу взаємність. Джерелом прагнення до взаємності є лібідо, Ерос; джерелом реакції сорому – Танатос, який блокує прагнення до реципрокності.

Сором – це сильне незадоволення, яке переживається, коли бажана взаємність не реалізується, хоча людина розраховувала, що вона буде реалізована. Звідси можна припустити, що вираз прагнення до взаємності ЧХД стикається з відсутністю взаємності з боку інших, наслідком чого є колапс, внутрішній параліч, зникнення життєвості «Я», падіння ентузіазму; дієвість змінюється відходом у себе й прагненням сховатися [334].

Відповідно до поглядів психоаналітиків, спроба сховати себе, яка пов'язана із соромом, є парадоксальним виразом надії - відмовившись від себе або від частини себе «яким я є насправді», я, можливо, зможу зберегти важливих для мене інших людей і їх прийняття. Наслідком сорому є потреба ховатися і йти в себе, що може поширюватися на повсякденне життя.

Гештальт-терапія розглядає сором як одне з перших соціальних почуттів, які є основою соціалізації дитини. Сором передбачає наявність контакту й має відношення до образу «Я», а також не може бути без наявності іншого (того, кого я соромлюся). У гештальт-терапії, як і в психоаналізі, зазначається, що сором характеризується нестачею або перериванням підтримки в полі особистості. Ф. Перлз зауважував, що сором, є «зрадником» організму, який зумовлено нездатністю переживати неприємні ситуації [230]. Сором взаємопов'язаний із гордістю; будь-яка емоція трансформується з приємної в неприємну, коли її напруга перевищує певну межу – на місце гордості стає сором.

Якщо природне вираження почуттів дитини не знаходить відгуку, гордість перетворюється на сором. Дитина, яка соромиться, відчуває себе під прицілом пильних поглядів у центрі загальної уваги. Звідси сором викликає бажання злиття з фоном, зникнення, але цього не відбувається; ізоляція від середовища здійснюється символічним шляхом: особа й інші

частини тіла закриваються (фарбою сорому або руками), дитина відвертається [82].

У гештальт-терапії розглядається два види сорому: творчий, адекватний ситуації, що виконує регулюючу функцію в усвідомленні меж свободи й у формуванні зрілої особистості; глобальний або токсичний, виникає в місці, що не залежить від контексту, тобто існує завжди, та не може бути пережитий і усвідомлений. У таких ситуаціях виникає вторинний сором, який проявляється у вигляді страху сорому. Токсичний сором є почуттям аутичним – контакти блокуються, що передбачає самотність. Токсичний сором формується, якщо дитині упродовж життя ніколи не говорили, яка вона, внаслідок чого стає неможливим сформований образ «Я» [283].

Таким чином, сором, як почуття, пережите в контакті з соціумом, обриває ці контакти, спонукає часто хворіючу дитину замикатися всередині самих себе й збільшує дистанцію у відносинах. Е. Еріксон описує сором як межу можливостей переносити важкі переживання через неадекватні вимоги. Сором змушує вважати себе, своє тіло, свої потреби та бажання хибними й брудними, і змушує повірити в непогрішність тих, хто засуджує. Автор розглядає сором у межах поняття засудження. Сором пов'язаний із бажанням відповідати батьківським очікуванням, які ігнорують або грубо порушують індивідуальну ідентичність хворої дитини [328, 329].

Також виявлено прямий кореляційний зв'язок між «Я» і «Провиною» ($\tau = 0,22$, $p \leq 0,05$). У літературі зазначається, що переживання провини викликається самоосудом і супроводжується зниженням самооцінки. К. Ізард наголошує, що причиною провини стають власні дії людини або нездатність до дій [111]. Розуміння провини в класичному психоаналізі зводиться до протиріччя між учинками індивіда й моральними нормами, невідповідності вчинків Воно або Его – вимогам Суперего. Умовами

формування Суперего, а значить і провини, є інкорпорація / інтроекція, яка обумовлює інтерналізацію чужих думок і почуттів та розгляд їх як своїх власних, і ідентифікація, що передбачає усвідомлення своєї тотожності з певною групою людей [112]. Провина, із точки зору психоаналізу, – це «тривога совісті», тривога щодо реального чи уявного промаху

Розуміння провини і її джерел представлено в теорії наuczіння, згідно з якою процес розвитку провини проходить в основному під впливом навчання. Коли хороші вчинки дитини винагороджуються, а погані - засуджуються, виникає розуміння про правильність / неправильність своєї поведінки. Провина, таким чином, є страхом, який охоплює індивіда після вчинення проступку, за який він раніше був покараний.

Визнання своєї провини супроводжується болісними й досить стійкими переживаннями, які переслідують людину: відчуттям власної неправоти щодо іншої людини або до самої себе, докорами сумління, жалем про скоєне, незручністю [112]. Переживання провини пов'язане з негативним ставленням до себе, самозвинуваченням, пов'язаних з усвідомленням учиненого проступку або порушенням власних моральних принципів.

Виявлено негативний кореляційний зв'язок між «Я» і «Задоволення» ($\tau = - 0,31, p \leq 0,05$). Основний принцип психоаналізу – принцип задоволення \ недоволення, говорить, що метою будь-якої психічної активності є пошук задоволення й уникнення незадоволення. Ця ідея заснована на тому, що психіка містить певну кількість енергії, і що зростання рівня енергії, який створюється прагненням, викликає незадоволення, а усунення напруги, що виникає в результаті зростання енергії – задоволення. Велика кількість енергії спонукає людину до дій, що за своєю суттю і є життям. Таким чином, можна припускати, що «Я» ЧХД

переповнене (завантажене) енергією не знаходить розрядки, що призводить до безсилля, апатії й депресії.

Онтогенетично близьким до задоволення почуття радості, яке негативно корелює з «Я» ($\tau = -2,84, p \leq 0,05$) ЧХД. Радість переживається як приємне, позитивне почуття, яке можна назвати почуттям психологічного комфорту й благополуччя. При радісному переживанні душа й тіло перебувають у стані релаксації або гри. Коли людина радіє, вона стає більш упевненою в собі. Радість загострює сприйнятливність до світу, дозволяє захоплюватися й насолоджуватися ним. При відсутності цього почуття діти, що часто хворіють, не бачать світ у його красі і гармонії, не здатні сприймати людей у їх кращих проявах. «Я» ЧХД безрадісне, а, отже, окреме від світу, немає причетності до світу і почуття власної приналежності до нього. Радість супроводжується відчуттям енергії і сили, а її відсутність – занепадом життєвих сил і нестачею енергії. Радісні переживання корисні для людського організму. Коли людина відчуває радість, усі системи організму функціонують легко й вільно, розум і тіло знаходяться в розслабленому стані. Радісні переживання прискорюють процес одужання, відсутність радості є причиною багатьох фізичних недуг [150].

Також виявлено негативний кореляційний зв'язок між «Я» і «Успіх» ($\tau = -0,27, p \leq 0,05$). Успіх розглядається як наявність або відсутність результату діяльності; якість того, що робить людина; результативність; ефективність. Негативний зв'язок між «Я» і успіхом свідчить про незадоволення потреб ЧХД у їх діяльності, яка може бути заснована як на результаті самооцінок, так і на оцінках оточуючих. Відштовхуючись від ідей про успішність [67, 150], можна говорити про те, що у часто хворіючих дітей самооцінка є вразливою через порушення в сфері

мотивації на досягнення, цінностей, комунікативних навичок; когнітивних здібностей; ефективного контролю емоцій.

На відміну від хворобливих дітей, у групі здорових дітей було отримано три позитивні кореляційні зв'язки (рис. 3.3).

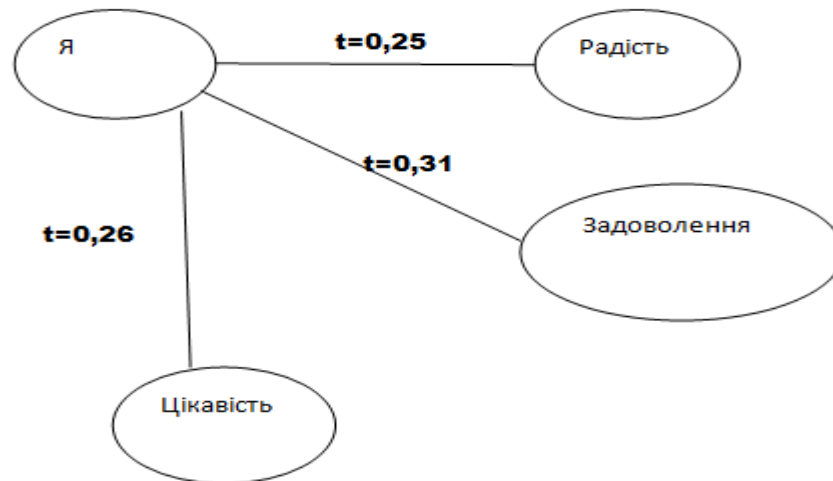


Рис. 3.3 Кореляційна плеяда здорових дітей

Примітка $p=0.05$, прямий кореляційний зв'язок

Як видно з кореляційної плеяди, «Я» здорових дітей пов'язано з радістю ($\tau = 0,25$, $p \leq 0,05$), задоволенням ($\tau = 0,31$, $p \leq 0,05$) і цікавістю ($\tau = 0,26$, $p \leq 0,05$), таким чином, самоствавлення здорових дітей, на відміну від їх часто хворіючих однолітків, – позитивне. Здорові діти відчують енергію й силу, інтерес – все це є мотивацією, що забезпечує працездатність людини й необхідна для творчості. Здорові діти натхненні, переживають почуття захоплення. Феноменологія цікавості також характеризується відносно високим ступенем почуття задоволення й почуття впевненості в собі. У патерні емоцій, пережитих у ситуації інтересу, часто входить емоція радості, що й відобразило отримані кореляційні зв'язки самоствавлення здорових дітей.

Було проаналізовано достовірність розходжень у частоті статистично значущих кореляційних зв'язків ЧХД і групи контролю окремо за групами хлопців та дівчат. Дані наведено у таблицях 3.3 та 3.4.

Таблиця 3.3

Достовірність розходжень частоти повторюваності кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у хлопців між групами ЧХД і групою контролю

Тип зв'язку	Модальність зв'язку	Група 1%	Група 2%	ϕ
«Я» - «сором»	+	65,5	26,7	3,07**
«Я» - «провина»	+	72,4	40,0	2,56**
«Я» - «задоволення»	-	34,5	58,6	1,87*
«Я» - «радість»	-	31,0	51,7	1,62*
«Я» - «успіх»	-	27,6	48,3	1,66*

Примітка: * $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Отже, у хлопців з групи ЧХД спостерігається психосемантичне спотворення «Я»-системи: образ «Я» насичений «соромом», «провиною» та позбавлений «радісті», «задоволення» й «успіху».

Таблиця 3.4

Достовірність розходжень частоти зустрічаємості кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у дівчат між групами ЧХД і групою контролю

Тип зв'язку	Модальність зв'язку	Група 1 %	Група 2	ϕ
«Я» - «сором»	+	66,7	43,8	1,87*
«Я» - «провина»	+	54,5	37,5	1,38
«Я» - «задоволення»	-	48,5	66,7	2,30*

«Я» - «радість»	-	39,4	45,5	0,50
«Я» - «успіх»	-	36,4	59,4	1,87*

Примітка: * - $p < 0,05$.

Із наведеної таблиці 3.4 видно, що «Я»-система дівчат із групи ЧХД є менш спотвореною: вона не є конотованою «провиною» й не відрізняється від дівчат групи контролю за насиченістю «радістю». У літературі (Р. Т. Поттер-Эфрон) зазначається, що «сором» адресований до системи «Я», а почуття провини до системи дії [235]. Дівчата не відчують того, що не відповідають рольовим зразкам – вони відчують себе менш успішними, але позиція «інфанта» у сім'ї й школі для них більш природна, не викликає внутрішніх заперечень. Приблизно в шість років починається новий етап психосексуального розвитку (препубертат), пов'язаний із формування статево-рольової ідентичності (Г. С. Васильченко). Хлопці мають пройти через систему маскуліних фільтрів (ідентифікація з батьком, статева сегрегація, гомосоціофілія, чоловічий шовінізм, дружбу тощо), що забезпечує їх нормативну гендерну соціалізацію. Ухилення від нормативного розвитку створює гендерну тривогу, яка відбиває порушення гендерної соціалізації. А система обмежень є стержневою характеристикою соціальної ситуації розвитку ЧХД і є особливо небезпечною саме для гендерного розвитку хлопців.

У дівчат із групи ЧХД конструкт «радість» не пов'язаний із конструктами «успіх» ($\tau = -0,43$, $p < 0,01$) та «задоволеність» ($\tau = -0,37$, $p < 0,01$), що вказує на те, що «радість» має не «ділове» походження. У той час як у хлопців вказаної групи конструкт «радість» пов'язаний із конструктами «успіх» ($\tau = -0,34$, $p < 0,01$) та «задоволення» ($\tau = -0,39$, $p < 0,01$), що свідчить про традиційно-культурну (Т. Парсонс) інструментальність (ділову направленість) хлопчиків.

Слід зауважити, що у хлопців з групи ЧХД спостерігається поєднання почуттів «сорому» й «провини» ($\tau=0,44$, $p<0,01$), у дівчат, навпаки – вони є диференційованими ($\tau = 0,38$, $p> 0,01$). Отже, у дівчат система «Я» менш спотворена, ніж у хлопців.

Суспільство наказує хлопчикам і чоловікам досягати успіху, бути унікальними, неповторними, конкурентними, тоді як часті й тривалі хвороби не дають можливості відповідати цьому стереотипу. Цих хлопців не хвалять, не поважають, не захоплюються, як наслідок – негативна оцінка Я. Хлопчики змушені вдаватися до більш потужного захисту своєї самооцінки, що може не спрацьовувати. Хворий хлопець – це не сильний хлопець, він поступається своїм ровесникам, відчуває себе невдахою, соромиться себе та відчуває провину. Для хлопців дуже важливі фізичні кондиції, які також зумовлюють їх соціальний статус. Неможливість конкурувати на рівних з іншими хлопцями, доводити свою силу та фізичну вправність залишає лише можливість пасти задніх, це призводить до того, що хлопцям, які часто хворіють, не залишається нічого, що могло б викликати в них радість і задоволення. Задоволення, зазвичай, викликається саме певним здобутком і досягненням, це призводить до почуття того, що є успіх; ситуація постійних і тривалих хвороб стає перешкодою до цього. Для чоловічої статі також дуже важливим є відчуття влади, яка стає недосяжною для хлопців, які часто хворіють [1, 10 та ін.].

Дівчатка більше хлопчиків цінують свої соціальні якості – свою сенситивність і міжособистісну гармонію, на що в меншій мірі впливають часті й тривалі ГРЗ. У дівчат найбільш уразливою є по самооцінка наноситься, коли зачіпають їх здатність налаштовувати гарні стосунки з іншими людьми, а у хлопців – щодо їх незалежності. Зазвичай, вважається, що чоловіки з дитинства мають велику потребу в досягненні в галузях, пов'язаних із неживими предметами й не пов'язаних із особистістю,

причому вони мотивовані на нього задля самого досягнення. Жінки ж мають мотивацію досягнення в галузях, пов'язаних із взаємодією з людьми, і їх зусилля спрямовані не на сам успіх, а на бажання подобатися іншим або уникати засудження. Отже, дівчата можуть відчувати радість від власної реалізації у сфері міжособистісних контактів, вони вільні від почуття провини, часті та тривалі хвороби менше зачіпають «Я» дівчаток. [156, 166 та ін.].

Таким чином, встановлено, що самооставлення ЧХД пов'язано з почуттям сорому, діти відчують себе скутими, ні на що не здатними, безпорадними. Ставлення до себе супроводжується гострим почуттям невдачі й відчуженості від інших людей. Їх «Я» прагне сховатись і дистанціюватись від інших людей. Онтогенетично близьким до цього я, в структурі самооставлення ЧХД, є «звинувачуюче» Я – самоосуджуюче, негативне ставлення до себе. Також самооставлення ЧХД конотовано відсутністю радості й неуспішністю, що призводить до падіння життєвих сил і порушень у сфері мотивації на досягнення, цінностей, комунікативних навичок; когнітивних здібностей; ефективного контролю емоцій.

Гендерні особливості психосемантичної організації зазначеної системи полягають у тому, що у дівчат вона менш спотворена, ніж у хлопців – не конотована почуттям провини й не позбавлена насиченістю радістю. У дівчат конструкт «радість» не пов'язаний із конструктами «успіх» та «задоволеність». У той час як у хлопців названої групи конструкт «радість» пов'язаний із конструктами «успіх» та «задоволення». Спотворення статеворольового розвитку, ухилення від нормативного його варіанту в хлопців створює гендерну тривогу, яка відбиває ретардацію гендерної соціалізації.

3.3 Особливості ставлень ЧХД до складних життєвих ситуацій

Як показав аналіз літературних даних, ситуації соматичного захворювання пред'являють до особистості дитини підвищені вимоги до її внутрішніх ресурсів, у тому числі до її адаптаційних ресурсів [83, 171]. Часті захворювання ГРЗ можуть бути додатковими джерелами стресу, які вимагають зусиль щодо його подолання, спроб жити з ним. Організація адаптаційного процесу – важлива й необхідна частина розвитку особистості дитини [21, 173]. У цьому віці виробляються стратегії адаптації, а з огляду на велике значення стресогенеза в походженні й перебігу ряду захворювань, виникає об'єктивна необхідність у вивченні особливостей ставлення ЧХД до ситуацій, що вимагають активізації адаптаційного потенціалу [1, 110, 166, 218].

Результати, отримані за допомогою методики «Людина під дощем», розміщені в таблицях 3.5 – 3.11.

Таблиця 3.5

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (одиниця аналізу: положення на аркуші).

Одиниця аналізу: положення на аркуші	гр.1 %	гр.%	φ
1.1 Людина йде	35%	11%	3,29 *
1.2 Зсув фігури вгору	37%	15%	2,24 *
1.3 Зсув фігури вниз	31%	13%	2,44 *
1.4 Зображення фігури зі зміщенням вліво	27%	15%	1,78
1.5 Зображення фігури зі	31%	16%	1,93

зміщенням вправо			
1.6 Людина зображена зі спини	27%	10%	2,61*

Примітка * $p < 0,01$

Значно частіше ЧХД, ніж їхні здорові однолітки, зображують людину, що йде, такі особливості зображення вказують на тенденцію до відходу хворих дітей від важких життєвих ситуацій, на уникнення складних життєвих колізій і «втечу» від неприємностей. Також відзначені значні відхилення між ЧХД і здоровими дітьми при зображеннях людської фігури, розміщеної у верхній частині листа, що є індикатором схильності групи хворих дітей до відходу від реальності за допомогою включення захисних механізмів за типом фантазування. Разом із цим ЧХД у 31% випадків, що значно частіше, ніж у групі здорових дітей, зображували людську фігуру, зміщуючи її вниз листа, що свідчить про почуття беззахисності, заниженої самооцінки, наявності депресивних тенденцій, страхи, пов'язані з самопред'явленням. Зміщення зображення людської фігури вліво, на малюнках часто хворюючих дітей, може бути показником орієнтованості цієї частини дітей на минуле й залежністю від матері. Зображення зі зміщенням вправо є сигналом того, що ця частина дітей орієнтована на соціальне оточення. Положення фігури спиною до глядача є показником прагнення ЧХД відмовитися від світу, закритості від оточуючих, заглибленості в світ власних переживань.

Таблиця 3.6

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (одиниця аналізу: трансформація фігури)

Одиниця аналізу:	гр.1%	гр.2%	Ф
------------------	-------	-------	---

трансформація фігури			
Збільшення фігури	5%	24%	-3,25 *
Зменшення фігури	50%	15%	4,39 *
Зміна статі (лише у жіночої фігури)	21%	5%	2,82 *
Зміна віку (у бік зменшення)	21%	5%	2,82 *

Примітка * $p < 0,01$

Малюнки «Людини під дощем» здорових дітей у 24% випадків виявляють відмінність їх малюнків «людини» в бік збільшення фігури, така трансформація малюнка вказує на те, що неприємності здатні мобілізувати, зробити більш сильними й упевненими в собі. Інша картина спостерігалася в групі ЧХД, трансформація фігури зазнавала її зменшення, така зміна фігури свідчить про те, що часто хворіючі діти у важкій ситуації відчують себе «маленькими», безпорадними, такими, які потребують більш сильного наставника й не здатні до самостійного протистояння труднощам. Про аналогічні психологічні реакції також свідчать малюнки часто хворіючих дітей, на яких «людина під дощем» зображувалась молодшого віку, ніж на малюнку «людина».

Таблиця 3.7

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (одиниця аналізу: засоби захисту від дощу)

Одиниця аналізу: засоби захисту від дощу	гр.1%	гр.2%	φ
Парасолька	39%	40%	0,18
Парасолька великих розмірів	29%	11%	2,52 *

Плащ	24%	23%	0,21
Об'єднання захистів: парасолька, плащ, взуття тощо.	31%	15%	2,18 *
Відсутність захистів	6%	23%	-2,64 *

Примітка * $p < 0,01$

Зображення парасольки великих розмірів часто хворіючими дітьми свідчить про сильну залежність від матері, яка є для дитини фігурою, яка вирішує все за неї, допомагає долати всі труднощі. Крім цього ЧХД схильні до формування великої кількості захистів, що утворюють непроникний панцир, що захищає ЧХД від життєвих стихій і негараздів. Якщо хворі діти схильні до утворення надмірного достатку захисних механізмів, здорові діти в 23% випадків демонструють відсутність таких взагалі, що говорить про несформованість механізмів, що дозволяють зустрічати життєво складні обставини, про несерйозне, «дитяче» ставлення до загрозованих ситуацій та їх недооцінки.

Таблиця 3.8

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (одиниця аналізу: атрибути дощу)

Одиниця аналізу: атрибути дощу	гр.1 %	гр.2 %	φ
Рідкісні краплі	23%	45%	-2,69*
Важкі, зафарбовані краплі	27%	6%	3,27 *
Урівноважені штрихи	5%	47%	-5,91 *
Безладні штрихи	95%	53%	5,91 *
Калюжі	55%	18%	4,44 *

Калюжі справа	15%	5%	1,88
Калюжі зліва	15%	5%	1,88
Людина в калюжі	13%	5%	1,62
Безліч калюж	15%	3%	2,08
Хмари	39%	8%	4,27 *

Примітка * $p < 0,01$

У методиці «Людина під дощем» дощ розглядається як небажаний вплив, що вимагає від людини якимось чином упоратись із ним. Характер його зображення вказує на сприйняття дитиною важких ситуацій. Так, характер зображення ЧХД – важкі, зафарбовані краплі дощу – свідчить про те, що труднощі сприймаються як важка перманентно існуюча проблема, у той час як здорові діти значимо відрізняються від часто хворіючих дітей у зображенні. Вони малюють небагато крапель, що є індикатором сприйняття складнощів як тимчасових і переборних.

За допомогою критерія Фішера було виявлено низку значимих відмінностей, що характеризують ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій. Виявлено значущі відмінності між лініями, якими діти обох груп зображували дощ. Урівноважені, однакові штрихи, зображені в 47% випадків здоровими дітьми, є показником того, що діти ставляться до оточуючого середовища з довірою, сприймають його збалансовано. Неупорядковане штрихування властиве 95% часто хворіючих дітей, це вказує на те, що навколишнє середовище сприймається як загрозливе, тривожне й нестабільне.

Виявлено значущі відмінності при зображенні калюж, які вказують на те, що складності, які виникають у житті часто хворіючих дітей, не проходять безслідно, діти фіксуються на їх наслідках, передбачають і

побоюються їх повторення в майбутньому. Крім цього, ЧХД значно частіше зображують хмари, ніж їхні здорові однолітки, що також є показником очікування неприємностей.

Аналіз додаткових деталей у малюнку «Людини під дощем» указує, що здорові діти значно частіше зображують веселку й сонце, що є показником того, що діти в складних життєвих ситуаціях не втрачають оптимізм, не схильні фокусуватись на неприємностях (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (за додатковими деталями)

Одиниця аналізу: додаткові деталі	гр.1%	гр.2%	φ
Веселка	5%	21%	-2,82 *
Сонце	5%	23%	-3,04 *
Блискавка	10%	16%	-1,07

Примітка * $p < 0,01$

Після завершення роботи над малюнком «Людина під дощем» була проведена постмалюнкова бесіда з метою виявлення додаткових даних про особливості ставлення дітей до складних життєвих ситуацій.

У результаті проведеного опитування було встановлено, що часто хворіючі діти наділяють зображеного персонажа поганим самопочуттям, у той час, як здорові діти, навпаки, приписують герою гарне самопочуття. Аналогічні результати були отримані й під час відповіді дітей на запитання «Який настрій у людини?». ЧХД значно частіше відповідали «поганий», здорові діти – «гарний». ЧХД значно частіше на питання «Що хочеться

зробити людині?» відповідали - «Прийти додому». Це означає, що у важких ситуаціях ці діти шукають підтримку в батьківській родині, у «будинку», який приховує їх від неприємності. Про бажання сховатися також свідчила відповідь «Сісти в автобус». Крім цього ЧХД давали відповідь «Одягтися», що свідчить про посилення психологічних захистів у ситуації труднощів, у той час як здорові діти відповідали на це питання «Погуляти», що свідчить про слабку усвідомлення труднощів. Поряд із цим діти з групи контролю вважали, що людина хотіла б бігти, що вказує на мобілізацію резервів у важких ситуаціях і на розрахунок на власні сили й ресурси.

На питання «Що сама людина може зробити в цій ситуації?» частохворіючі діти відповідали «Нічого»; у той час, як їхні здорові однолітки значно частіше відповідали «Швидше йти». Такі відмінності вказують на нездатність ЧХД справлятися самостійно з труднощами, на відсутність опори в самих собі і способів подолання труднощів; здорові ж діти схильні брати відповідальність у подібних ситуаціях на себе.

Щоб виявити значимість цих показників було використано критерій Фішера. Результати представлені у табл.3.10. Після опрацювання було виявлено, що всі відмінності в групі здорових дітей та ЧХД є значимими.

Таблиця 3.10

Розподіл досліджуваних за результатами постмалюнкowego опитування методики «Людина під дощем»

Питання		Гр.1%	Гр.2%	Ф
1. Як почувається людина в цій ситуації?	1.1 Добре	19%	47%	-3,31*
	1.2 Погано	39%	6%	4,61*
	1.3 Нейтрально	42%	74%	-0,54
2. Який у неї настрій?	2.1 Добрий	19%	47%	-3,31*

	2.2 Поганий	39%	6%	4,61*
	2.3 Нейтральний	42%	74%	-0,53
3. Що їй найбільше хочеться зробити?	3.1 Швидше прийти додому	32%	15%	2,37*
	3.2 Погуляти	5%	31%	-4,06*
	3.3 Сісти в автобус	18%	6%	1,98*
	3.4 Бігти	15%	42%	-3,49*
	3.5 Вдягнутися	18%	6%	1,98*
4. Що сама людина може зробити, щоб упоратися з дощем?	4.1 Нічого	34%	10%	3,39*
	4.2 Швидше йти	15%	44%	-3,67*
	4.3 Сховатися	27%	26%	0,20
	4.4 Поїхати на автобусі	18%	16%	0,23
	4.5 Роздягнутися	6%	3, 5%	0,39
5. Чи любите ви дощ?	5.1 Так	10%	55%	-5,76*
	5.2 Ні	90%	45%	5,76*
6. Чи була готова людина до того, що піде дощ, чи це для неї несподіванка?	6.1 Була готовою	53%	50%	0,35
	6.2 Несподіванка	47%	50%	-0,39
7. У який час доби пішов дощ?	7.1 Ранок	27%	31%	0,39
	7.2 День	32%	32%	0,00
	7.3 Вечір	40%	37%	0,36

Примітка * $p < 0,01$

Подальша обробка результатів методики «Людина під дощем» полягала в аналізі колірних рішень, до якого прибігли діти. Було встановлено, що найбільш частим колірним рішенням часто хворіючих дітей були коричневий і чорний кольори. М. Люшер розглядає коричневий колір, як пасивну рецептивність, зокрема, акцент на відчуттях тіла [48]. К. Г. Юнг також відзначав, що коричневий колір у роботах його клієнтів може бути пов'язаний із функцією відчуттів. М. Люшер розглядає коричневий колір як відображення потреби в емоційній безпеці, що може спостерігатися при наростанні фізичного дискомфорту. Згідно з М. Люшером, перевага коричневого говорить про сильне бажання звільнитися від ситуації, що викликає дискомфорт, від небезпеки або соматичного захворювання, конфліктів чи проблем, із якими людина не може впоратися [48, 336]. Використання чорного кольору в малюнках ЧХД указує на пригніченість, депресію, порожнечу, стриманість, обмеження.

Здорові діти найбільш часто використовували зелений, жовтий і помаранчеві кольори. Зелений колір – це вираз завзятості, твердості, жорсткості, він є сталим у всіх формах самоствердження й самоволодіння. Самоволодіння підвищує впевненість і особливо самовпевненість. Домінування зеленого вказує на те, що здорові діти намагаються підвищити впевненість у собі, за допомогою самоствердження, щоб зберегти ідеальну картину власного «Я», або шляхом підтвердження, якого вони чекають від інших. Цим дітям необхідне визнання, вони прагнуть самостверджуватися.

Використання жовтого кольору є показником веселості, легкості, оптимізму. У своїй зовнішній чистоті жовтий колір несе в собі природу світлого, йому притаманні радість, бадьорість. Жовтий колір висловлює основну психічну потребу – розкритися [48]. У розвитку й розкритті

закладено індивідуальний сенс усіх змін. У них укладена надія, прагнення до радості, щастя.

Помаранчевий колір відповідає за почуття ідентичності й позитивного самоствердження. Це колір радості, він стимулює товариськуність, пов'язаний із емоційним здоров'ям і м'язовою системою тіла. Цей колір є важливим енергетичним джерелом для сприйняття нових ідей і одночасно дає імпульс для їх реалізації. Використання даного кольору вказує на оптимізм, доброзичливість, радість здорових дітей, уособлює дружні стосунки. Разом із тим помаранчевий колір символізує допитливий розум, сприяє розвитку інтелектуальних можливостей [22, 63].

Для створення більш повної картини адаптаційних можливостей часто хворіючих дітей їх фрустраційної толерантності і стереотипів емоційного реагування в ситуаціях об'єктивно (або які суб'єктивно сприймаються як такі) непереборних перешкод на шляху до мети був використаний тест фрустраційних реакцій, розроблений С. Розенцвейгом (дитячий варіант).

Фрустрація, як сприйняття (суб'єктивне) ситуації як безвихідної, має відношення до емоційної саморегуляції. Нездатність гнучко реагувати на складану життєву подію може сприяти хроніфікації афекту, що й призводить до постійних захворювань дітей.

За допомогою критерія Стюдента було виявлено низку значимих відмінностей (табл. 3.11). Встановлено значимі відмінності в реакціях дітей на навколишнє середовище й зовнішнє соціальне оточення. ЧХД властива інтропунітивна спрямованість реакцій, що свідчить про самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; у той час, як здорові діти відрізняються від своїх частохворіючих однолітків імпунітивною спрямованістю реакцій, якій характерна позиція примирення. Крім цього, здорові діти фіксовані на задоволенні потреб, що є показником адекватного

реагування. У здорових дітей відзначається більш висока ступінь соціальної адаптації до свого оточення, ніж у ЧХД.

Таблиця 3.11

Середні показники фрустраційної толерантності ЧХД

Параметри		гр.1	гр.2	t
		М(σ)	М(σ)	
Напрямок реакцій	Екстрапунітивна	39,75(7,34)	33,49(9,10)	0,54
	Інтропунітивна	35,27(2,20)	21,12(2,23)	4,52 **
	Імпунітивна	20,55 (2,39)	28,17(1,13)	-2,88 **
Тип реакції	Із фіксацією на перешкоді	31,79(2,24)	33,15(2,10)	0,44
	Із фіксацією на самозахисті	32,99(2,10)	34,69(2,29)	-0,55
	Із фіксацією на задоволенні потреби	29,99(2,25)	38,69(2,10)	2,83 **
Ступінь соціальної адаптації		39,56(2,79)	57,45(8,29)	-2,02 *

Примітка *p < 0,05; **p < 0,01

Отже, можна зазначити, що ставлення часто та тривало хворіючих дітей до складних життєвих ситуацій характеризується тенденцією до «відходу» від дискомфорту, утечею від реальності, надмірністю психологічних захистів, зокрема за типом фантазування; ЧХД не роблять активних дій із подолання складнощів, відчують себе розгубленими, безпорадними, беззахисними. Вони фіксуються на минулому; шукають сильного наставника (частіше матір); характеризуються нездатністю до

самостійного протистояння труднощам; потребою в емоційній безпеці та зростанням фізичного дискомфорту.

ЧХД властива інтропунітивна спрямованість реакцій, що свідчить про самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; у той час, як здорові діти відрізняються від своїх частохворюючих однолітків імпунітивною спрямованістю реакцій, якій характерна позиція примирення. Здорові діти фіксовані на задоволенні потреб, що є показником адекватного реагування. У здорових дітей відзначається більш висока ступінь соціальної адаптації до свого оточення, ніж у ЧХД.

3.4 Особливості міжособистісних відношень дітей, які часто хворіють

Провідною діяльністю дитини молодшого шкільного віку є навчання, а школа – основний інститут її соціалізації [27, 45, 76 88 та ін.]. Шкільне середовище, міра включеності дитини в нього і є соціальною ситуацією розвитку, специфічною для цього вікового періоду, яка визначає систему відносин дитини в соціальній дійсності [37, 240, 291 та ін.]. Виходячи з цього, на першому етапі нашого дослідження особливостей міжособистісних відносин часто хворюючих дітей стало вивчення шкільної тривожності. Для діагностики рівня шкільної тривожності була використана методика діагностики шкільної тривожності Філліпса.

У результаті проведеного дослідження й використання критерія значимих відмінностей Стьюдента було виявлено ряд значимих відмінностей (табл.3.12). Було виявлено, що загальний емоційний стан часто хворюючих дітей, пов'язаний із різними формами включеності в життя школи, характеризується високим рівнем тривожності. Переживання соціального стресу, тобто емоційний стан часто хворюючих дітей, на фоні

якого розвиваються їх відносини з однолітками, знаходиться на рівні норми, однак, у порівнянні з групою контролю виявляються значні відхилення, що вказує на те, що часті епізоди ГРЗ позначаються на емоційних переживаннях дітей, які супроводжують її соціальні контакти. Виявлена підвищена фрустрація потреби в досягненні успіху, несприятливий психічний фон, який не дозволяє ЧХД розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату.

Зокрема, часто хворіючим дітям притаманний підвищений рівень страху самовираження, негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, пред'явлення себе іншим, демонстрації своїх можливостей. Ситуації перевірки знань викликають у часто хворіючих дітей страх і підвищений рівень тривоги. Діти, що часто хворіють, відчують страх не відповідати очікуванням оточуючих, орієнтуються на значимість інших у оцінці своїх результатів, думок, вчинків, відчують підвищену тривогу з приводу оцінок, яку дають оточуючі й очікують негативного оцінювання.

У часто хворіючих дітей виявляється вираженим низький рівень опірності до стресів, особливо психофізіологічну організацію даної категорії дітей знижують їх опірність і пристосовність до ситуацій стресового характеру, що підвищує ймовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний фактор навколишнього середовища. У часто хворіючих дітей виявлено підвищення тривожності в сфері відносин з учителями, емоційний фон - негативний, що позначається на зниженні успішності навчання часто хворіючих дітей.

Таблиця 3.12

Відмінності шкільної тривожності ЧХД і здорових дітей

Фактори	Групи	Мін.	Макс.	М(Стан.відхл.)	T
---------	-------	------	-------	----------------	---

Загальна тривожність у школі	гр.1	50	95,5	90,62(12,89)	2,80 **
	гр.2	4,50	63,4	27,29(18,54)	
Переживання соціального стресу	гр.1	18,2	45,63	34,63(7,48)	1,19
	гр.2	9,10	23,19	23,09(6,19)	
Фрустрація потреби в досягненні успіху	гр.1	53,8	84,6	64,63(9,11)	2,47 *
	гр.2	7,70	53,8	25,19(13,15)	
Страх самовираження	гр.1	33,30	83,30	68,63(12,24)	1,98 *
	гр.2	16,70	50	37,17(10,15)	
Страх ситуації перевірки знань	гр.1	33,30	83,30	68,71(11,44)	2,18 *
	гр.2	17,70	50	35,09(10,29)	
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	гр.1	40,00	80,00	67,41(13,15)	2,13 *
	гр.2	20	60	32,11(10,13)	
Низька фізіологічна опірність стресу	гр.1	60	100	76,64(13,57)	3,90* *
	гр.2	0,00	40	12,77(09,07)	
Проблеми і страхи у відносинах з учителем	гр.1	37,50	75,00	45,68(10,24)	1,80
	гр.2	12,50	37,50	24,27(6,11)	

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таким чином, часто хворіючим дітям властиве підвищення рівня шкільної тривожності. У змістовному аспекті висока тривожність діагностована за чинниками загальної тривожності в школі й низькою фізіологічною опірністю стресу. Підвищення тривожності в часто хворіючих дітей діагностовано в сферах потреби в досягненні успіху, невідповідності очікуванням оточуючих, а також у ситуаціях перевірки знань і відносин з учителями. Емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються його контакти з однолітками, опиняється в порівнянні з

іншими факторами тривоги таким, що в найменшій мірі піддається впливу частих епізодів ГРЗ у молодшому шкільному віці, при цьому в порівнянні зі своїми здоровими однолітками виявляється підвищення тривожності з даного параметру.

Для дослідження сфери міжособистісних відносин часто хворіючих дітей і, зокрема, їх сприйняття внутрішньосімейних стосунків нами використовувалася методика Рене Жиля «Фільм». Отримані дані дозволили охарактеризувати систему міжособистісних відносин, що включає ставлення до батьків, братів і сестер, інших родичів, учителів, інших значущих дорослих і друзів. Для виявлення значущості отриманих даних було використано критерій Стюдента. Отримані дані представлені в табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Різниця в міжособистісних стосунках дітей (Гр.1, Гр.2)

Шкали	гр.1	гр.2	t
	M(σ)	M(σ)	
Ставлення до матері	59,03(12,63)	56,61(13,29)	0,13
Ставлення до батька	22,09(8,51)	45,09(7,19)	2,06*
Ставлення до батьків як подружжя	38,10(7,52)	59,98(7,43)	-2,07*
Ставлення до брата / сестри	13,41(4,28)	26,06(4,11)	-2,13*
Ставлення до бабусі / дідуся	19,06(4,29)	16,42(4,26)	0,44
Ставлення до друга / подруги	18,70(7,78)	17,58(8,43)	0,05
Ставлення до вчителя	14,58(4,82)	26,80(3,74)	-2,00 *
Допитливість	24,30(6,16)	55,54(12,02)	2,31 *

Товариськість у групі	14,80(3,77)	29,58(4,00)	2,69* *
Лідерство	21,64(7,29)	23,90(12,90)	0,15
Конфліктність	27,00(9,00)	24,83(8,63)	0,17
Соціальна адекватність поведінки	33,17(6,12)	53,37(3,14)	2,94**
Відгородженість	26,03(4,26)	38,25(3,72)	2,21 *

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Для здорових дітей у системі міжособистісних відносин із оточенням найбільш значущі відносини з батьками. При цьому домінуюча роль відводиться відносинам із матір'ю. Здоровим дітям характерне сприйняття батьків як батьківського подружжя і емоційна прив'язаність до обох батьків. Відповідаючи на питання, пов'язані з тим, кому дитина хотіла б розповісти про радощі, розчарування, із ким би йому хотілося відпочивати, за ким би вона нудьгувала, якби поїхала одна, здорові діти давали відповідь: «Родині (із сім'єю, про сім'ю), татові й мамі», а після навідних запитань уточнювали його більш детально.

Для часто хворюючих дітей також найбільш емоційно значимими є відносини з батьками, особливо з матір'ю. При цьому ЧХД відрізняються у своєму ставленні до батька, до якого була продемонструвана менша прихильність, ніж у здорових дітей. Додаткові бесіди дали можливість визначити, що в більшості випадків (71%), батьки частіше, ніж матері (32%), негативно ставляться до своєї дитини (ЧХД), карають її за погану успішність, не толерантні щодо труднощів, які виникають у дитини в зв'язку з ускладненнями зі здоров'ям. Встановлено зниження показників у Гр. 1 за шкалою сприйняття «Батьків як подружжя» у порівнянні Гр. 2. Крім цього для ЧХД відносини з учителями менш значущі, ніж для їх

здорових однолітків. Приблизно однакове значення мають відносини з друзями для дітей Гр. 1 і Гр. 2.

Проаналізуємо дані за змінними, що описують особливості самої дитини, так як на емоційні стосунки часто хворіючих дітей із оточуючими впливають змінні, що характеризують саму дитини – допитливість, прагнення до спілкування у великих групах, прагнення до лідерства, конфліктність, соціальна адекватність поведінки, прагнення до усамітнення або відгородженості.

Установлено, що діти, які часто хворіють, менш допитливі, ніж їхні здорові однолітки, менш товариські, їм характерне прагнення до усамітнення й відгородженості від оточуючих. Діти Гр.1 відмовляються від спілкування у великій групі дітей, прагнуть її залишити, у них немає прагнення до лідерства, умовою якого є безпосереднє спілкування з іншими дітьми, урахування їх інтересів. За шкалою «Конфліктність» відмінностей між ЧХД і їх здоровими однолітками не виявлено. Відзначається зниження соціальної адекватності поведінки, що проявляється у хворих дітей у пасивній реакції, яка повертає дитину до більш примітивних форм поведінки й значно знижує ефективність діяльності.

3.5 Особливості ставлення до внутрішньо сімейних стосунків ЧХД

Для дослідження інтерактивних стосунків у сім'ї, додатково до методики Р. Жіля, була використана методика «Кінетичний малюнок сім'ї» та «Родина тварин», із бесідою за результатами малювання. Було виокремлено кілька типів малюнків, що відображають типи ставлення дітей до внутрішньо-сімейного типу взаємодії: гармонійний, вибірково-відкидаючий, коаліція з матір'ю, відкидаючий, «кумир родини» (результати табл. 3.14, 3.15).

Таблиця 3.14

Частота виявлення типів ставлення дітей до внутрішньо-сімейного типу взаємодії (Кінетичний малюнок родини) (Гр.1, Гр.2)

Типи внутрішньо-сімейної взаємодії	Кінетичний малюнок родини		Малюнок родини тварин	
	гр.1	гр.2	гр.1	гр.2
	%	%	%	%
Гармонійний	6	38	6	64
Вибірково-відкидаючий	25	12	32	8
Коаліція з матір'ю	30	16	21	10
Відкидаючий	22	27	23	12
Кумир родини	14	8	18	6

Отримані результати не протирічать, тому можна говорити про те, що ці батьківсько-дитячі стосунки реальні в родинях ЧХД та здорових дітей. Для наглядності отримані дані можна зобразити у вигляді діаграм рис. 3.4, 3.5.

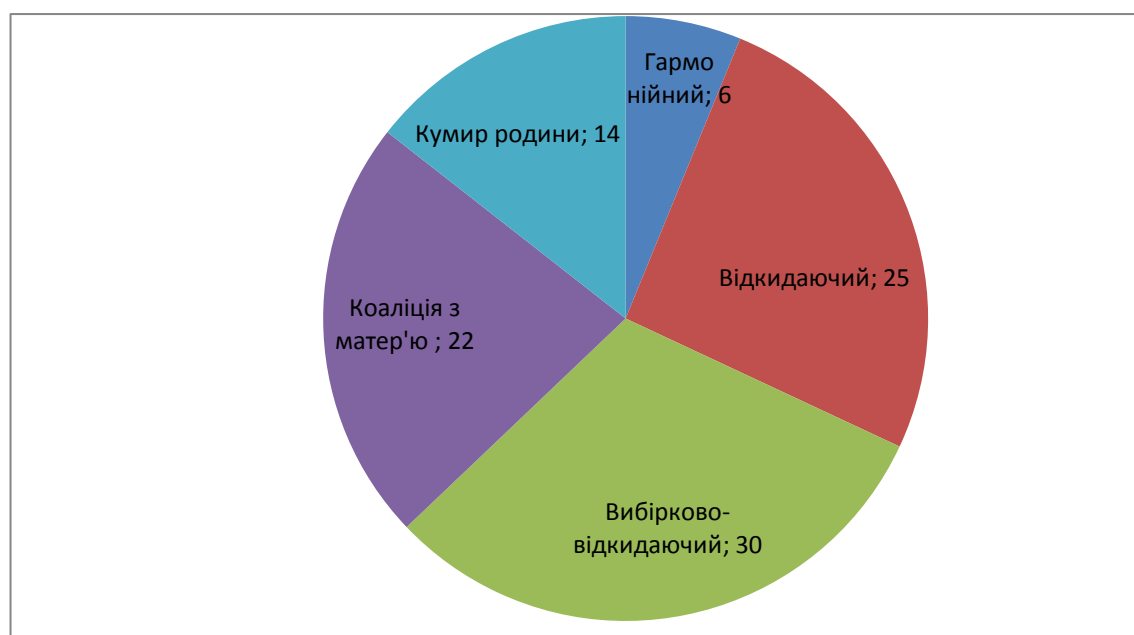


Рисунок 3.4. Частота поширеності типів сімейної взаємодії ЧХД



Рисунок 3.5. Частота поширеності типів сімейної взаємодії здорових дітей

Гармонійний тип сімейної взаємодії майже не представлений у групі ЧХД, більш поширеними в цій групі є вибірково-відкидаючий, коаліція з матер'ю та кумир родини. Тобто у ЧХД спостерігається спотворення сімейної соціалізації. Коаліція з матер'ю й вибірково-відкидаючий типи взаємодії відтворюють напружене подружнє спілкування, до якого долучається хвора дитина. Тому сімейне напруження є чинником, що predisponує розвитку частих рекурентних епізодів ГРЗ. Імовірно, хвороба дитини несе декілька смислів: примирення батьків; викриття чоловіка в його холодності, неспроможності, немужності, безвідповідальності, в тому, що він винен у нещасливості дружини; викриття жінки у тому, що вона неспроможна народити здорову дитину, у тому, що хвороба дитини – результат втручання когось стороннього, наприклад бабусі тощо. Тому хвороба дитини є резистентною до терапії – у ній «зацікавлені» деякі члени сім'ї: дитина – одержує «любов»; жінка – викриває/наближає чоловіка;

чоловік – набуває «свободу», або, навпаки, смисл бути у сім'ї. Це демонструє, що поряд із біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують і психологічні.

Кінетичний малюнок родини дає уявлення про внутрішньо-сімейні остосунки очима дитини. Порівняння складу зображеної сім'ї з реальною демонструє, що здорові діти малюють сім'ю в повному складі, такі зображення є показником переживання емоційного благополуччя сім'ї, також діти зображують себе в якості члена сім'ї. Члени сім'ї на малюнку зображені або такими, що тримаються за руки, або зайняті спільною справою. Наявність спільної справи – показник загального інтересу й прийняття членами сім'ї один одного [165, 48, 63 та ін.]. Здорові діти до процесу малювання приступають з ентузіазмом, не бояться, що в них щось не вийде. Найчастіше (80%) діти зображали першими матір (55%) або батька (25%).

У запропонованих гіпотетичних ситуаціях більшість дітей (68%) найбільш привабливим членом сім'ї називали мати, батько на другому місці. У 65% випадків виключення із загальної справи будь-якого члена сім'ї викликає у дитини подив, дитина відмовляється зробити вибір. Найбільш часто (43%) таким «виключеним членом сім'ї» виявляються брати / сестри або бабусі / дідуся.

Здорові діти використовують широкий репертуар кольорової палітри і різні декоративні елементи (візерунки, квіти, метелики). В ході бесіди здорові діти вільно пояснюють, хто зображений на малюнку, що робить кожен зображений персонаж, здатні пояснити композиційне рішення малюнка, розповідають різні історії, які наштовхнули на вибір зображеного сюжету.

У групі дітей, які часто хворіють, найбільший відсоток (27%) займає тип малюнків, віднесений до категорії «відкидаючий». За характером

малюнка можна говорити про низький рівень емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутнє почуття спільності з родиною, дитина переживає почуття знедоленої людини, відчуває себе покинутою, все це протікає на тлі негативного самоствавлення і зниженої самооцінки. Ознаками, що вказують на це, є відсутність дитини на малюнку (45%), або зображення тільки її самої (55%). Ці діти важко приступали до малювання, з небажанням пояснювали малюнок, говорили, що не вміють малювати, відмовлялися від вибору в гіпотетичній ситуації, аргументуючи це втому або тим, що їм «набрідло». Крім цього діти пропускають у своїх малюнках частини обличчя (рот і очі), що вказує на порушення в комунікативній сфері. Також діти в 27% випадків зображували фігуру без ніг, що свідчить про нестабільність, відсутність відчуття основи, стійке відчуття тривоги.

Тип малюнків, які несуть в собі елементи «вибірково-відкидаючого стилю», спостерігалися в 26%. Такі малюнки свідчать про неблагополуччя у сімейних взаєминах і негативне емоційне відношення до одного з членів сім'ї. Діти малюють свою сім'ю в неповному складі, невключення реально існуючого члена сім'ї в малюнок вказує на його емоційне відкидання, бажання обмежити його присутність в житті дитини. Найчастіше виключається з малюнка батько (94%).

Характер взаємодії членів сім'ї на малюнку вказує на середній рівень емоційного зв'язку в родині. Показниками цього є роз'єднаність членів сім'ї на малюнку, велика дистанція між персонажами. Діти зображують себе осторонь від інших, що вказує на відчуженість. На почуття власної меншовартості в житті сім'ї вказує те, що дитяча фігура зображується значно менше за інших. За колірним рішенням діти вдаються частіше (76%) до використання тільки холодних кольорів. У 24% - малюнок зображувався чорно-білим (з використанням олівця) або малюнок виконувався ручкою, дитина ігнорувала набір олівців.

У 24% випадків малюнки демонструють «коаліцію» між матір'ю і дитиною. На малюнках такого типу дитина і мати зображені близько один до одного, частіше зайняті спільною справою, батько також присутній на малюнку, однак, зображується на досить великій дистанції від матері і дитини. Першою в 75% випадків зображується мати, батько в 80% випадків зображувався останнім. Характер взаємодії дитини і матері вказує на емоційно близькі, довірчі відносини, при емоційному дистанціюванні батька.

В ході бесіди ці діти легко пояснюють, хто зображений на малюнку, що робить кожен зображений персонаж, здатні пояснити композиційне рішення малюнка, розповідають про те, що зображений сюжет типовий для їх сім'ї.

У 18% випадків при аналізі зображень можна говорити про наявність дитячого егоцентризму і про виховання за типом «кумир сім'ї». Сім'я зображена в повному складі, при цьому вона розташована навколо дитини, яка є центральним персонажем. Першою дитина малює саму себе, фігура зображується з особливою ретельністю, з великою кількістю різних елементів, за розмірами більше за інших. Це є показником компенсаторного завищення самооцінки дитини. Найчастіше (69%), найбільш близьким до фігури дитини виявляється зображення мами, потім - батька.

В ході постмалюнкової бесіди, вибір в гіпотетичній ситуації здійснюється дитиною легко і не замислюючись; в числі «виключених героїв» часто (77%) виявляється батько.

Малюнки дітей за методикою «Родина тварин» майже не відрізняються за розташуванням фігур від малюнків «Кінетичний малюнок

родини». Показним є те, що як у звичайних малюнках, так і у малюнку тварин у 42% ЧХД на своїх малюнках не зображували батька.

У малюнку родини тварин важливим є те, якою саме твариною діти зображували себе та свою родину. Вибір певної тварини для зображення на малюнку відображає ставлення дитини до певного члена родини. Частіше за все, зображені тварини інтерпретуються згідно до загальних асоціацій із певною твариною. Наприклад, лисиця повинна бути хитрою, ведмідь - сильним та незграбним, мураха - працьовитим і т.д. Але, вибираючи тварин для членів сім'ї, дитина не завжди орієнтується саме на ці асоціації, а може керуватися якимись іншими міркуваннями, тому так важливо запитати про все у постмалюнківській бесіді [255].

Так, змії, черв'яки, жаби тощо - свідчать про емоційну холодність і негативні емоції того персонажа, якого вони зображують. Хижаки: леви, тигри, пантери - символізують силу і високу активність. Якщо ж у них чітко промальовані зуби, кігті - можна говорити про їх агресивність. Буває, що діти зображують батьків у вигляді особливо великих тварин, наприклад, слонів або бегемотів. Це характерно для дітей, що живуть в умовах гіперопіки і відчують сильний тиск з боку батьків. А якщо хтось із батьків зображений у вигляді екзотичних тварин, можна зробити висновок, що ця людина, на думку дитини, надмірно демонстративна. Все вищесказане відноситься і до зображення інших членів сім'ї.

Особливо цікаво, у вигляді яких тварин діти зображують самих себе. Так, вперті діти часто зображують дитину у вигляді їжачка. Діти, які відчують себе в сім'ї знедоленими, можуть зобразити дитину у вигляді черв'ячка. Забіякуваті, агресивні діти - у вигляді левеняти або тигреня.

У таблиці 3.15. представлені результати отримані при аналізі малюнків дітей, та обробці за критерієм Фішера. З таблиці видно, що виявлено низку значимих відмінностей між здоровими та часто хворіючими дітьми.

Таблиця 3.15

Частота виявлення типів ставлень дітей до членів сім'ї (Малюнок родини тварин) (Гр.1, Гр.2)

Член родини	Зображення на малюнку	гр.1%	гр.2%	φ
Мати	Емоційне, тепле ставлення (Великі, спокійні тварини)	85%	75%	0.58
	Нейтральне ставлення (Маленькі, домашні тварини)	15%	25%	0.57
Батько	Емоційне ставлення, повага (Великі тварини)	15%	75%	2.20 *
	Відчуженість (Маленькі, непірємні тварини)	44%	18%	1.08
	Ізоляція (немає на малюнку)	42%	7%	3.42 **
сама дитина	Низька значимість (Маленькі, непрімітні тварини)	72%	11%	3.53 **
	Адекватне самоставлення (Середні тварини)	18%	79%	4.15 **

Примітка ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Виявлено значимі відмінності у ставленні до себе, та до батька. Частохворіючі діти значимо частіше зображують батька у ролі маленьких та відштовхуючих тварин (змії, хробаки, миші, тощо), на відміну від здорових дітей, на малюнках яких батько, частіше за все, зображується як велика та статна тварина (лев, тигр, ведмідь, тощо). Це свідчить про те, що частохворіючі діти відчувають неприязнь до батька, це викликано ставленням самого чоловіка до хворої дитини. Частіше за все, саме чоловіки не проявляють емоційної турботи про власних дітей, а тому виглядають у очах ЧХД як меншовартісні та неприємні. Так само пояснюється й відсутність батька на малюнку. Це підсвідоме бажання ЧХД

відгородити неприємні стосунки, та залишитися тільки із матір'ю, яка піклується, жаліє, допомагає.

Показовою ілюстрацією цієї тенденції є малюнок одного хлопчика (10 років), на якому він спочатку зобразив себе, далі мати, і останнім намалював батька. После малої паузи, хлопчик закреслів батька. Постмалюнкова бесіда виглядала таким чином

- Розкажи будь-ласка, кого ти намалював?
- Ця кішка – це моя мама. Ось тут , поруч з нею , зайчик – це я.
- А це хто?
- Це вовк, мабуть.
- І хто це?
- Спочатку я хотів намалювати батька, а потім передумав

Поруч із тим, цікавим є той факт, що на малюнках здорових дітей батько зображається як такий, якого поважають, до якого прислухаються. Він сильний та спокійний, але може проявити агресію у разі необхідності. Таке зображення батька свідчить про те, що здорові діти відчувають себе більш захищеними.

Найбільшої значимості набуває різниця у ставленні до себе на малюнках ЧХД та здорових дітей. Значно частіше, частохворіючі діти зображують себе маленькими тваринками - миші, їжаки, ховрашки, черепахи. Це пояснюється тим, що гіперопіка зі сторони матері не дає дитині відчуті себе спроможною на власні дії. Ситуація у ЧХД з відкидаючим типом відношення зі сторони батьків так само призводить до того, що хвора дитина не розуміє що її люблять та цінують у власній родині, дослухаються до неї. З таблиці 3.19 видно, що у групі здорових дітей майже 80% адекватно оцінюють себе, та свою роль у родині. Такі діти зображують себе у ролі мавп, кішок, собак, тощо.

Результати, отримані з цих двох методик, відображають порушення сімейних взаємовідносін. У сімейній психотерапії [16, 17, 32, 50 та ін.], сім'я - система, що постійно розвивається, для гармонічного існування якої необхідні певні умови. Так у системному підході сімейної психотерапії як такі необхідні умови зазначається: повага до кожного члена родини, динамічні коаліції без ревнощів та сталих сімейних трикутників. У сімей, що не дотримуються цих умов, часто виникають «ідентифіковані пацієнти» - члени родини, які через певні обставини демонструють черезмірну тривогу та певну поведінку, яка називається симптоматичною. До таких симптомів відносять порушення поведінки, тривожність, агресивність тощо, а ідентифікований пацієнт частіше за все є дитиною [87, 91, 107, 123, 213, та ін.]. Часті хвороби також можна розглядат як певний симптом, який проявляє дитина задля збереження внутрішньосімейної гармонії.

Це припущення знаходить своє підтвердження у тому, що саме ЧХД частіше за все демонструють такі ставлення до внутрішньосімейних стосунків: відкидаючий тип, вибірково-відкидаючий тип, та тип коаліція з матір'ю.

Для виявлення значимості цієї різниці було проведено аналіз за допомогою критерія Фішера (табл.3.16).

Таблиця 3.16

Поширеність типів сімейної взаємодії в групах ЧХД і К

Типи взаємодії	Гр.1(%)	Гр.2(%)	ϕ
Гармонічний	6,5	38,7	4,63**
Вибірково-відкидаючий	25,8	12,9	1,84*
Коаліція з матір'ю	30,5	16,1	1,92*
Відкидаючий	22,6	27,5	0,63
Кумир родини	14,6	4,8	1,90*

Примітка* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що порушення стосунків у родині є не останньою причиною у наявності у дітей соматичних хвороб та включення дітей до групи часто хворіючі. Здорові діти не демонструють дисгармонійних внутрішньо сімейних стосунків, на відміну від ЧХД. Тобто, значимим є те, що дитина, за допомогою своєї хвороби намагається нормалізувати стосунки у своїй родині. Юнг зазначав, що проблеми у дитини, це в першу чергу проблеми між батьками. І саме це демонструють нам значимі відмінності по ставленню здорових та частохворіючих дітей до внутрішньо сімейної взаємодії.

Якщо стосунки в родині впливають на розвиток та перебіг хвороби у дітей, то, однозначно, вони впливають і на особистісні особливості дітей. Для того, щоб з'ясувати, як кожен з типів ставлення хворих дітей до внутрішньо-сімейної взаємодії пов'язаний з іншими особливостями дітей, було проведено факторизацію простору ознак методик, які використовувалися в роботі. В результаті факторизації було отримано двохфакторну матрицю, що пояснює 68,33 % дисперсії (рис3.5).

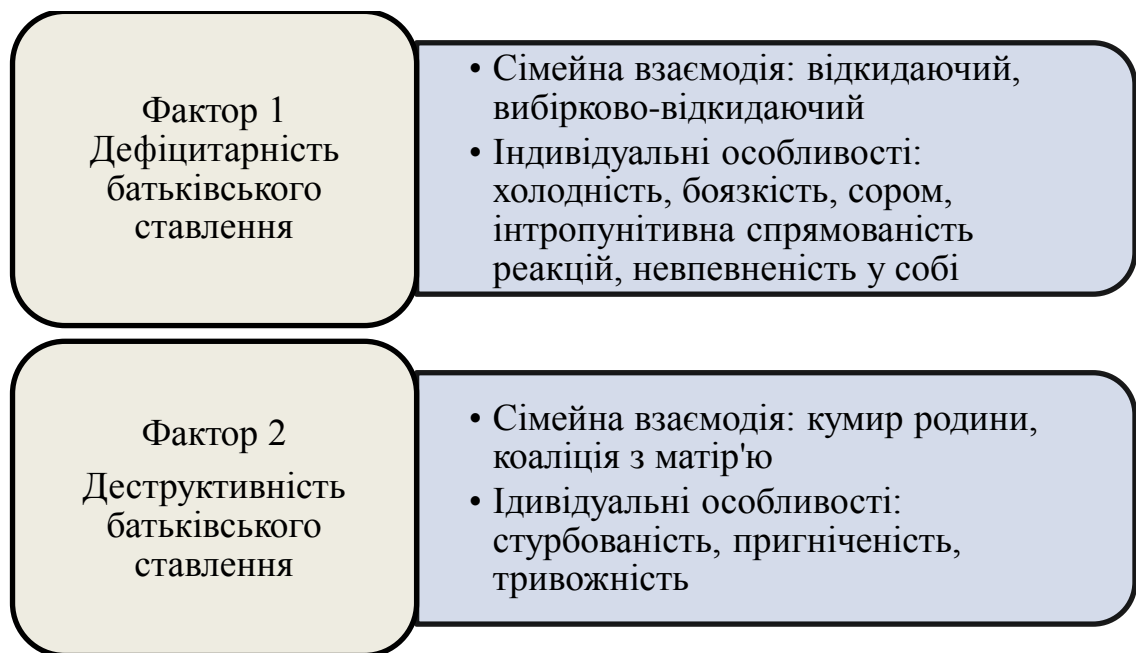


Рис.3.5. Факторна структура особистісного та сімейного простору ЧХД

Фактор 1 складається з наступних змінних: фактор А (холодність-доброзичливість), фактор Н (боязкість-сміливість), Я-сором, інтропунітивна спрямованість реакцій, імпунітивна спрямованість реакцій, відкидаючий тип ставлення, вибірково-відкидаючий тип ставлення.

Даний фактор отримав назву «Дефіцитарність батьківського ставлення». Дана факторна побудова демонструє те, що діти, які відчувають з боку батьків, або одного з них відкидання, холодні, не здатні до побудови теплих людських стосунків, занадто боязкі, невпевнені в собі, соромляться себе та схильні в складних життєвих обставинах звинувачувати себе, вдаватися до самоосуду.

Отже, мова йде про те, що відкидання з боку батьків, або, принаймі, одного з них, є умовою дефіцитарного характеру розвитку дитини, що часто хворіє. Байдуже ставлення до дитини, відсутність у батьків щирої зацікавленості не створюють необхідного «комунікативного поля». Дитина за таких умов не має змоги активно пізнавати світ та саму себе, вона позбавлена можливості задовільнити одну з головних потреб людського існування – потребу у корінні і любові. Такої любові, яку Е.Фромм називає плідною любов'ю, а К.Роджерс - безумовною любов'ю[18, 20, 21, 22, 252, 304]. Не відчуваючи від батьків любові, діти відчувають непереборну складність життя та відмовляються від реалізації власної активності. Діти, які не відчувають любові від найближчих людей, приходять до думки, що вони «не такі, як треба», виникає сором за себе: «Мене не люблять і відштовхують через те, що я не такий». Низька фізіологічна опірність стресу підкріплюється батьківською дисфункцією, що посилює переживання власної неповноцінності.

Можемо припустити, що часті і тривалі захворювання є спробою дитини привернути на себе увагу, отримати перманентну нестачу турботи та зацікавленості. Зазначимо, що це є лише гіпотезою, яка потребує подальшого спеціального вивчення.

Фактор 2 складається з таких змінних: фактор F (стурбованість-безтурботність), фактор O (самовпевненість-пригніченість), коаліція, кумир сім'ї. Даний фактор отримав назву «Деструктивність батьківського ставлення». Даний фактор демонструє, що при коаліції з одним з батьків, або, коли дитина стає «кумиром родини», діти відчують себе стурбованими та пригніченими. Отже, стосунки з батьками, які є дисфункціональними, пов'язані з надмірною залежністю від батьківських фігур призводять до формування дисфункціональних особливостей дитини. Такі діти нездатні прикладати зусилля для досягнення власних цілей, реалізації своїх планів, завдань, відстоювання інтересів і задоволення потреб. Їм характерне уникання будь-яких ситуацій «суперництва», конфронтації, конфліктів, дискусій. Таке ставлення до дітей сприяє звуженню кола інтересів у останніх й пасивній самоті, нездатності до встановлення продуктивних міжособистісних контактів і теплих людських відносин. Покидаючи зручну і звичну «коаліцію» або сімейний простір, який робить з дитини «кумира» і потрапляючи в шкільне середовище, де у дитини немає переваг як вдома, такі діти відчують тривогу. Відносини з вчителями викликають занепокоєння через те, що батьки, утримуючи дітей в «павутині» своєї «неплідної» любові, перекривають шлях до встановлення конструктивних контактів з іншими людьми. Це виглядає так: «Тільки мама (або мама і тато) гарні люди, які мене люблять, і яким я можу довіряти, всі решта - страшні». Низька фізіологічна опірність стресу дітей може використовуватись батьками для «прив'язування» дітей до себе, коли діти виконують функції, які задовільняють, часто несвідомі, потреби і потяги батьків.

Більш наглядно результати факторизації представлені у таблиці 3.17

Таблиця 3.17

Факторна структура сімейно-особистісного простору у хворих дітей

Дефіцитарність батьківського ставлення	Деструктивність батьківського ставлення
Фактор А (холодність-доброзичливість) (0,569)	Загальна тривожність у школі (0,809)
Фактор Н (боязкість-смелість) (0,611)	Проблеми і страхи у відносинах з учителем (0,673)
Я-сором (0,456)	Допитливість (- 0,677)
інтропунітивна направленість реакцій (0,655)	Фактор F (стурбованість-безтурботність)(0,671)
імпунітивне направленість реакцій (-0,677)	Фактор О (самовпевненість-пригніченість)(0,723)
страх не відповідати очікуванням оточуючих(0,578)	Коаліція (0,750)
відкидаючій (0,890)	кумир сім'ї (0,834)
вібірково-відкидаючій (0, 788)	Низька фізіологічна опірність стресу (0, 677)

З результатів факторного аналізу наглядно видно, що у обох факторах як значущі виділено сімейні стосунки. Отже, можна стверджувати, що певні типи батьківського ставлення до дитини викликають певні порушення у ставленні дитини до себе та до світу в цілому. Це дуже важливо для подальшої роботи з нормалізації порушеної системи ставлень ЧХД, бо, вочевидь, потрібно нормалізувати не лише порушені ставлення дітей, а й порушені сімейні взаємовідносини.

Таким чином, можемо відмітити дефіцитарно-деструктивний характер ставлень батьків до дітей, які часто хворіють. Деструктивні і дефіцитарні процеси батьківського ставлення блокують необхідні для розвитку дитини процеси. З цієї точки зору хвороба репрезентує ушкодження в регуляції психічних структур особистості дітей, які часто хворіють, і призводять до порушення процесів обміну соціальною енергією між ними і соціальним

середовищем. Хвороба та її симптоми являють собою компенсацію дисфункціонального батьківського ставлення.

Отже, хвороба - це ознака відчуженості в контакті дитини з самою собою, зі своїми потребами, відчуженість в її стосунках з іншими людьми, з навколишнім світом. Деструктивне і дефіцитарне ставлення з боку батьків «заповнюється» хворобливою симптоматикою. Бути здоровим означає бути здатним до розвитку, до побудови в навколишньому світі теплих, довірливих людських взаємин. Коли батьки не сприяють, а, навпаки, перешкоджають здоровому, в психологічному сенсі, розвитку дитини, блокують її потреби, не відповідають на них, або, навпаки, не здатні вибудувати необхідні межі в задоволенні дитячих забаганок, це позначається не лише на власне психічному розвитку, а включає до себе і соматичну сферу функціонування.

Важливим показником психологічного стану дитини є сформованість виміру психологічного простору і стану психологічних меж. С.К.Нартовою-Бочавер запропонована характеристика психологічного простору особистості - його суверенність [217]. Згідно С.К. Нартової-Бочавер, психологічний простір розвивається в онтогенезі за допомогою появи нових вимірів, перенесення своїх кордонів у рамках вже існуючих вимірів (розширення області суверенності), наповнення їх різним вмістом відповідно до досвіду і завданнями дорослішання .

Автор виділяє і емпірично обґрунтовує таку послідовність розвитку психологічного простору: тілесність виникає в дитинстві, особиста територія і речі - протягом раннього та дошкільного дитинства, тимчасові звички - з дошкільного по молодший шкільний вік. Соціальні зв'язки починають формуватися в дошкільному віці, смаки і цінності - тоді ж, але регулятором поведінки стають в підлітковому віці [217].

На ранніх етапах онтогенезу соціальне середовище для дитини представлено її батьками і тільки ними, а отже для нас інтерес представляє вивчення формування суверенності психологічного простору у здорових і частохворюючих дітей.

Для такого дослідження нами було модифіковано опитувальник СПП у форму інтерв'ю. У бесіду були включені питання на основі опитувальника, перероблені відповідно до молодшого шкільного віку. На основі результатів інтерв'ю було створено профіль формування суверенності психологічного простору (рис.3.6). З малюнку ми бачимо, що показники у ЧХД та здорових дітей дуже різняться.

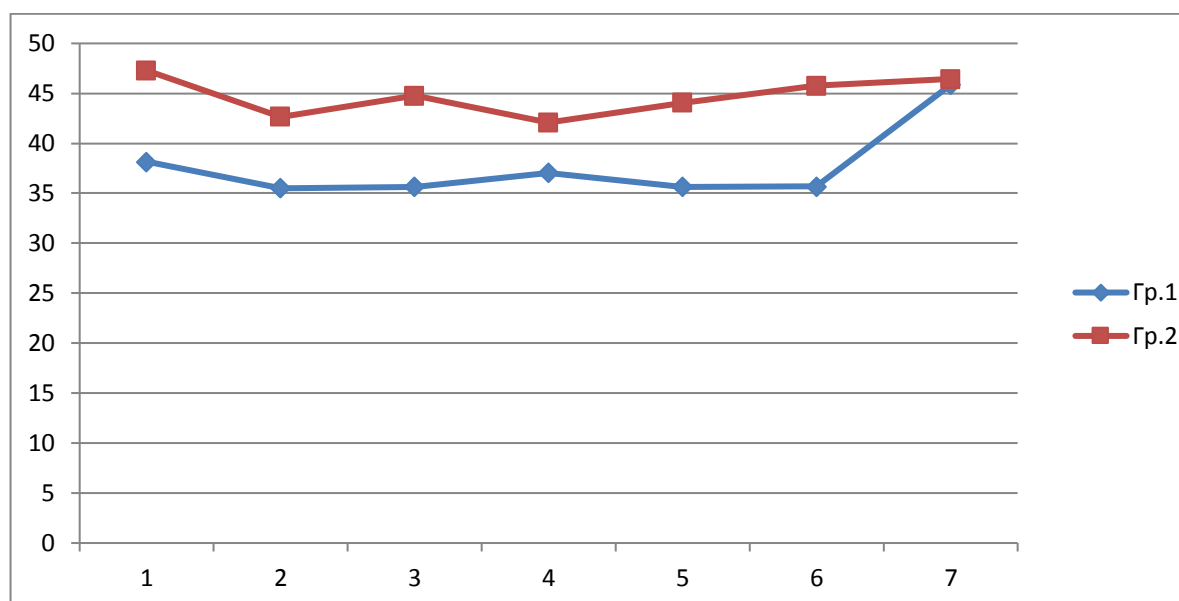


Рис. 3.6 Профілі суверенності психологічного простору

Примітка: 1 – інтегральний показник СПП; 2 – Суверенність фізичного тіла; 3 – Суверенність території; 4 – Суверенність речей; 5- Суверенність звичок; 6 – Суверенність соціальних зв'язків . 7 –Суверенність цінностей.

При аналізі суверенності психологічного простору емпіричної групи виявлено, що практично всі показники (окрім суверенності цінностей) значно нижче, ніж у контрольній групі. З цього випливає, що такі сектори суверенного психологічного простору як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, й соціальних зв'язків у часто хворюючих дітей

значно нижче. Встановлено, що різниця у профілях здорових дітей та частохворіючих не є випадковою, а є значимомою. Результати аналізу представлені у табл.3.18

Таблиця 3.18

Розбіжності у показниках суверенності психологічного простору

Індикатори СПП	t
Суверенність психологічного простору	-11,60 **
Суверенність фізичного тіла	-8,65 *
Суверенність території	-7,38 *
Суверенність світу речей	-8,17 *
Суверенність звичок	-7,38 *
Суверенність соціальних зв'язків	-7,38 *
Суверенність цінностей	-0,91

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Відповідно, ЧХД можуть бути описані, як такі, що переживають дискомфорт, викликаний дотиками, запахами, примусом. Також хворі діти страждають від відсутності власних територіальних кордонів. Виявлено, що ЧХД страждають від невизнання наявності власних речей, від насильницьких спроб змінити комфортний розпорядок, від контролю над їх соціальним життям. Депривованість суверенного психологічного простору вказує на порушення цілісної особистості, про порушені межі «Я» ЧХД.

Такі порушення суб'єктивного простору predisponують дискомфорту, що викликаний дотиками, запахами, примусом; вони страждають від відсутності власних територіальних меж, невизнання наявності власних речей, насильницьких спроб змінити комфортний розпорядок, контролю

над соціальним життям. Депривованість психологічного простору вказує на порушення сепараційних процесів, невизначення «Я»-системи, внутрішньоособистісний конфлікт процесів фузії/дистанціювання, що тільки імітує справжню сепарацію.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення гендерних настанов дітей, які часто хворіють.

В оригіналі методики «Малюнок чоловіка та жінки», автором (Романова) описано сім типів гендерних установок особистості. Аналіз дитячих малюнків, дав можливість виділити властиві даному віку типи гендерних установок. Так, було виділено п'ять типів гендерних установок: ізоляція, співпраця, незалежність, індеферентність, агресія, дружлюбність (рис..3.7).

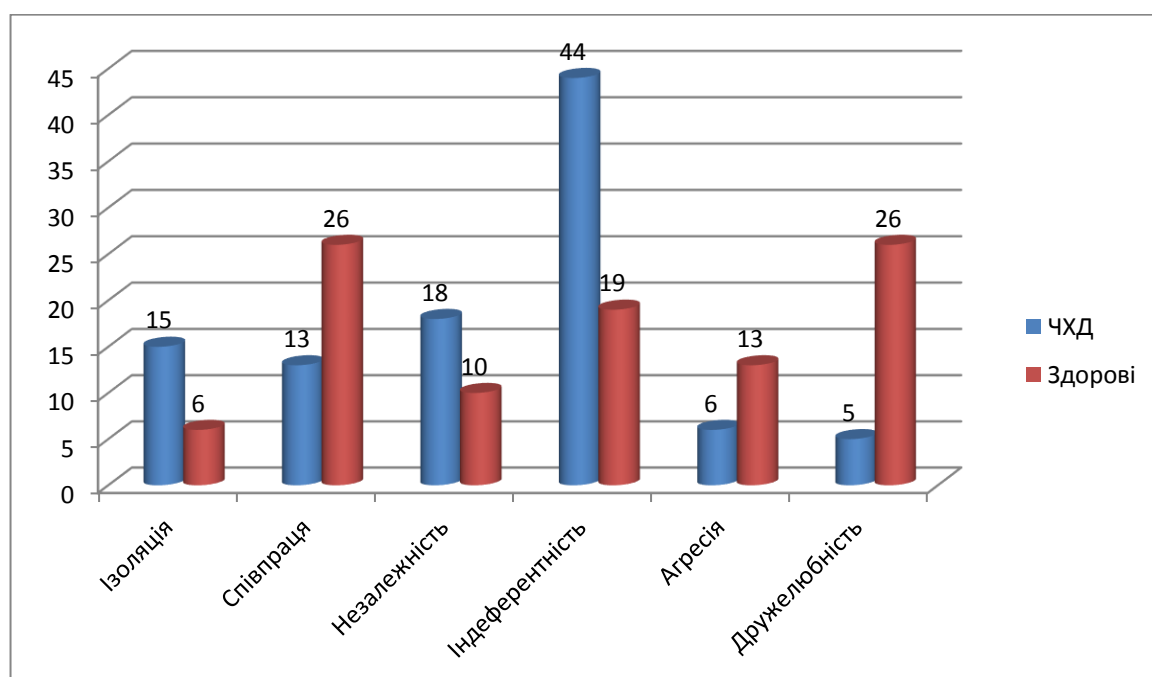


Рис. 3.7. Частота виявлення гендерних установок у відсотковому відношенні (Гр.1, Гр.2)

Значно частіше здорові діти зображали малюнок, що відображає тип установки «співпраця». На таких малюнках персонажі зайняті спільною справою (вирішують завдання, готуються до спільного виступу, допомагають дорослим, облаштовують майданчик для ігор), розташовані на невеликій відстані один від одного, фігури зображені однакового розміру, однаково промальовані, немає явної переваги до одного з персонажів. Відзначено, що діти, які прибігли до саме такого типу малюнків, першим персонажем зображували героя своєї статі. До малювання приступали з ентузіазмом. Пропозиція придумати історію до намальованого не викликала труднощів, діти легко і натхненно розповідали про зображені відносини. Наведемо кілька прикладів.

Саша, 9 років. «Я б сказав, що заняття закінчені, хлопчикові і дівчинці доведеться ще трохи побути в класі, поки за ними приїдуть батьки. Вони вирішують не втрачати час і зробити задану домашню роботу. Робота просувається швидко. Вони вирішать, звичайно, завдання з математики, вони обидва розумні, може трохи ледачі, хлопчик більше ледачий, але він вміє подолати свою ліню. Потім прийдуть їхні батьки, і кожен з них поїде додому задоволений, бо буде більше часу на відпочинок, можна буде пограти на комп'ютері».

- Як вони опинилися разом в цьому приміщенні?

- Уроки закінчилися, вони тут і були до цього, тепер чекають на батьків.

- Вони однокласники?

- Так.

- Які у них стосунки?

- Ну, цілком нормальні.

- Вони часто спілкуються?

- Ну, ні, не занадто часто.

-Чому вони вирішили робити домашнє завдання?

- Ну а що, час даремно витратити.

-А хто перший запропонував?

-Я думаю, хлопчик.

-А як ти думаєш, дівчинка могла не погодитися?

- Ну, взагалі могла.

-А якби вона не погодилася, що б відбувалося?

-Ну, значить, просто розмовляли б.

- У кого краще виходило вирішувати завдання?

-У хлопчика, але дівчинка теж добре вирішує.

-Вони швидко впоралися?

-Так.

- Чиї батьки прийшли першими?

-Одночасно прийшли.

- А чим дівчинка буде займатися вдома?

-Робити уроки, грати, відпочивати.

- А в які ігри любить грати дівчинка?

- Ну різні, комп'ютерні, в ляльки, може, грає, а може і не грає вже.

Соня, 9 років. «Це хлопчик і дівчинка, які вирішили посадити дерево (каштан). До цього вони перебували вдома, вихідний день, вони поїли і пішли садити дерево. Дерево вони взяли у своїх друзів. Погода дуже хороша, весна. Дерев на весні садять ж, ну ось і вони посадять, це потрібна справа. Хлопчик і дівчинка в дуже гарному настрої. Ось вони його садять, лопата у них є, відро є, все є для того, щоб правильно посадити. Хлопчик копає яму, дівчинка наливає туди воду. Вони дуже стараються. Напевно, вони дадуть дереву ім'я. Вони назвуть його «Веселий каштан». Потім, напевно, підуть, погуляють, весна ж, хороша погода, можна гуляти ».

- Хлопчик і дівчинка давно знайомі?

- Рік -два.

- А де вони познайомилися?

- Відпочивали разом на морі.

- Вони далеко живуть один від одного?

- Ні, не дуже.

- Чому вони вирішили посадити дерево?

- Тому що весна, навесні садять дерева

- А чому вони дали дереву ім'я?

- Ну, це як символ, їх дружби

- А чому він «Веселий»?

-А про що йому турбуватись, він просто росте, красивий, радує всіх, очищає повітря.

- А хлопчик і дівчинка дбатимуть про «Веселого каштана»?

-Звичайно! Вони будуть приходити, поливати його.

- Дівчинка і хлопчик гулятимуть, а куди вони підуть?

- Вони підуть на дитячий майданчик

- Вони довго гулятимуть?

-Так, довго, весною можна довго гуляти.

Також здорові діти відрізняються від ЧХД за установкою «дружелюбність». На таких малюнках, персонажі повернені обличчям один до одного, що вказує на їх зацікавленість. Автори таких малюнків відкриті для спілкування з протилежною статтю, в них існує психологічна зацікавленість. Про це свідчать як графічні репрезентації, так і складені за ними розповіді.

Малюнки часто хворіючих дітей відображають гендерну настановку «індиферентність». На таких малюнках персонажі представлені в анфас, на значній відстані один від одного. Між фігурою хлопчика і дівчинки відсутня чітка диференціація, герої відрізняються кількома ознаками, часто

ознаки статі відсутні взагалі, все це є показником слабкої статево-рольової диференціації ЧХД.

Розповіді дітей не мають сюжетної лінії, діти швидко відповідають на питання, причому коротко, часто не витримуючи логічного ланцюжка. Наведемо приклади.

Віталік, 9 років. «Хлопчик йде до школи. Дівчинка теж йде до школи. Раніше вони були кожен у себе вдома. Потім прийдуть в школу ».

- Хлопчик і дівчинка знайомі?

-Ні.

-А в якому класі хлопчик вчиться?

-В 5.

-А дівчинка?

-У 3.

-Вони йдуть однією дорогою?

-Ні різними.

-Вони бачать один одного?

-Ні.

-Вони в одну школу йдуть?

-Так.

- А раніше вони зустрічалися?

-Ні.

-А коли вони підійдуть до школи, вони побачать один одного?

-Ні, хлопчик йде швидше і прийде швидше в школу.

- А чому хлопчик йде швидше?

-Не знаю.

Аліна, 10 років. «Дівчинка і хлопчик стоять біля школи. До цього вони були в школі. Потім підуть назад ».

-Вони знайомі?

-Ні.

-Вони раніше бачили один одного?

-Може і бачили.

- Що вони роблять біля школи?

-Чекають на початок уроку.

- Вони могли б познайомитися?

-Не думаю.

В цілому потрібно відзначити, що складені розповіді здорових дітей відрізняються від оповідань часто хворіючих дітей розгорнутими оповіданнями, життєрадісністю, психологічними характеристиками, що приписуються персонажам. ЧХД складають односкладові, невиразні розповіді, описують лише зовнішні сторони зображуваного, їм не властиво приписувати героям психологічні особливості. Таким чином, часті захворювання обтяжують внутрішній світ дитини, створюють постійну напругу, сприйняття концентрується на неприємних переживаннях, стає звуженим, одностороннім. Про звуження сприйняття також свідчить те, що на малюнках ЧХД, на відміну від малюнків здорових, фіксуються тільки задані в інструкції фігури (хлопчик і дівчинка), в той час як здорові діти поміщають графічні репрезентації фігур в систему навколишнього світу. Малюнки здорових дітей доповнюються предметами, фігурами інших дітей, тварин. Тобто у здорових дітей існує гендерний концепт, що поміщається в систему навколишньої дійсності і є її частиною; в той час як для дітей, які часто хворіють, такий концепт відсутній, відносини між

статтями не вбудовуються в навколишню дійсність і не є частиною системи значущих ставлень.

Раніше, в главі 3.4, при аналізі малюнків неіснуючої тварини, ми вказували на те, що діти, які часто хворіють, не могли визначитися із статтю тварини (можливо жіноча, а можливо чоловіча) у 40% , визначали стать тварини як протилежну своїй 26 %. В той час як в групі здорових дітей лише 10 % дітей не змогли визначити стать тварини і 15% визначили стать, як протилежну власній. Окрім того, це свідчить про алекситимічно-подібні ознаки психіки. Виявлений феномен також вказує на порушення статево-рольової ідентифікації дітей, які часто хворіють.

За допомогою критерія Фішера було виявлено, що ці відмінності носять значимий характер(табл.3.19). Тобто, ми можемо говорити про те, що хвороба корінним чиним змінює гендерні настанови у дітей молодшого шкільного віку.

Таблиця 3.19

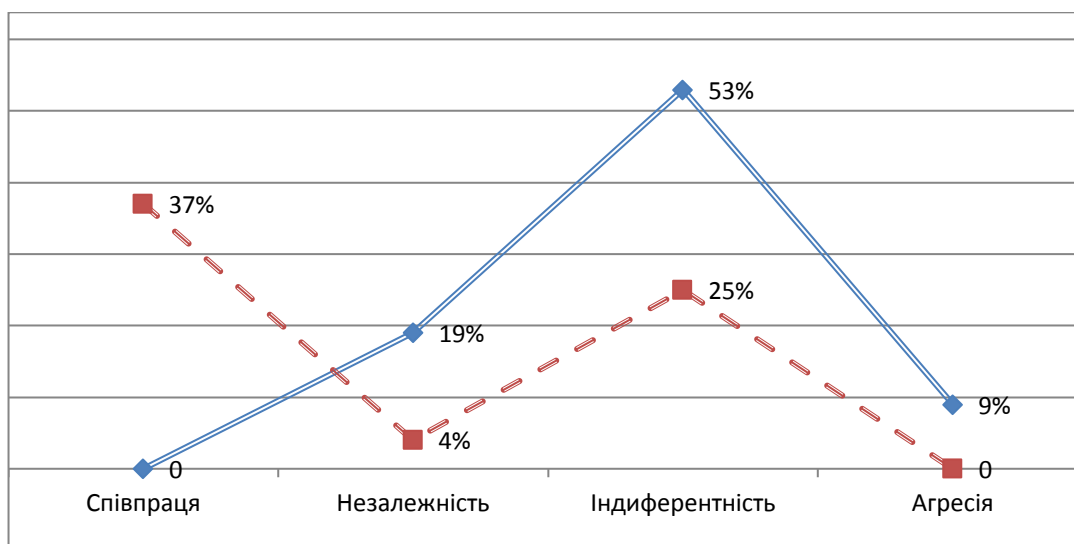
Значимість відмінностей у частоті типів гендерних установок

Тип гендерної установки	ϕ
Ізоляція	1,77 *
Співпраця	-1,84 *
Незалежність	1,31
Індиферентність	2,95 **
Агресія	-1,23
Дружелюбність	-3,46 **

Примітка: ** $p < 0,01$; * $P < 0,05$

Під час аналізу малюнків було виявлено ряд відмінностей між малюнками ЧХД та здорових дітей віком 8-9 років, та дітьми 11 років. Так, діти 8-9 років, незалежно від статі та наявності хвороби зображували гендерні настанови типів: співпраця, дружелюбність, індиферентність. А діти 11 років малювали більш емоційно негативні малюнки. Саме вони і склали основну частку гендерних настанов ізоляція та агресія. З рисунку 3.8 наглядно видно різницю вираженості гендерних настанов у здорових дітей та ЧХД, у віці 11 років.

У ЧХД більш агресивне та тривожне ставлення до протилежної статі. Майже немає випадків співпраці та дружелюбного налаштування. Вони різко реагують на протилежну стать, та намагаються зменшити усілякі контакти. В першу чергу це пов'язано з порушеними соціальними зв'язками, спричиненими частими та тривалими ГРЗ. Ще однією причиною є ті психологічні проблеми до яких ці захворювання призводять. Діти не вміють спілкуватися, будувати стосунки з однолітками як своєї статі, так і протилежної. ЧХД не знаходять підтримки з боку однолітків, вчителів та батьків, та використовують свій «захисний панцир». Невпевненість у собі виражається у зменшенні кількості контактів, та подавленні інтересу до протилежної статі. Якщо здорові діти проявляють цікавість та йдуть на контакт один із одним, то ЧХД не спроможні до співпраці з протилежною статтю.



Примітка _____ - група ЧХД, - - - - - група здорових дітей.

Рис.3.8. Частота зустрічаємості гендерних установок у віці 11 років

З початком статевого дозрівання (9-11 років) молодші підлітки вступають в платонічну стадію розвитку сексуальності (дитяча закоханість). Вони вчаться знайомитися, звертати на себе увагу і спілкуватися з об'єктом своєї любові. Про те, що дитина досягла цієї стадії, можна судити з появи інтересу до своєї зовнішності, одягу, косметики і прикрас, прагненню виділитися з-поміж однолітків, прояву знаків уваги до об'єкта закоханості. В ситуації частих та тривалих ГРЗ, дитина буває надовго виключеною з суспільного життя. У поєднанні з факторами підвищеної тривожності та заниженої самооцінки, це призводить до того, що формування платонічного лібідо протікає не так як у здорових дітей [7, 10, 12, 88, 97 та ін.].

Згідно з концепцією З. Фрейда [245, 304], лібідо становить джерело всієї психічної енергії індивіда, а будь-яке емоційне та фізичне задоволення він називав сексуальним. Г.С. Васильченко, відмічає, що будучи тісно пов'язаним зі свідомістю, лібідо зазнає тривалу індивідуальну еволюцію, поступово ускладнюючи і набуваючи нових якостей. Романтична стадія у

юнаків характеризується фантазіями, в яких вони здатні на різні подвиги на честь ідеалізованого об'єкта першої закоханості. У дівчаток чітко простежується прагнення подобатися, звернути на себе увагу, з'являються фантазії, основним змістом яких є безкорислива турбота про неї з боку прекрасного і хороброго «лицаря». Спроби зруйнувати ці ілюзії повчаннями з боку рідних або скороченням дистанції з боку юнаків сприймаються як брудні й образливі [97, 100, 330 та ін.]. Характерні риси цієї стадії - високе напруження почуттів з елементами солодкого трагізму і самозречення, переконаність в унікальності пережитого: «ніхто і ніколи не любив так як я». Значення цієї стадії формування лібідо полягає в підвищенні фізіологічного інстинкту до істинно людської любові. На відміну від стрімкого розвитку статевого потягу у юнаків, риси романтичної стадії у дівчат можуть надовго зберегтися, переплітаючись з еротичними елементами.

У запропонованому нами модифікованому варіанті методики малюнку чоловіка та жінки, дітям було запропоновано не тільки намалювати дівчинку та хлопця, а ще й розмалювати їх, використовуючи якісь із запропонованих кольорів. Саме аналіз коліру та положення фігур на малюнку було використано для виявлення гендерних особливостей формування еротичного лібідо у часто хворіючих та здорових дітей [84, 236].

Було виявлено, що існує різниця між формуванням лібідо у здорових та часто хворіючих дівчат. Наприклад, на своїх малюнках здорові дівчата зображували дружелюбне ставлення до протилежної статі у 50% випадків, у той час, як серед дівчат, які часто хворіють не було виявлено жодного малюнка, який демонструє таку гендерну установку. Проте, на відміну від здорових дівчат, які не демонструють установку ізоляція, дівчата ЧХД демонструють її у 43% випадків.

Така ж ситуація проявляється у малюнках хлопців. Якщо здорові хлопці демонструють цікавість та дружелюбність до протилежної статі, то ЧХД, навпаки, демонструють індиферентність та незалежність. Порівняльні результати можна побачити у рис.3.9.

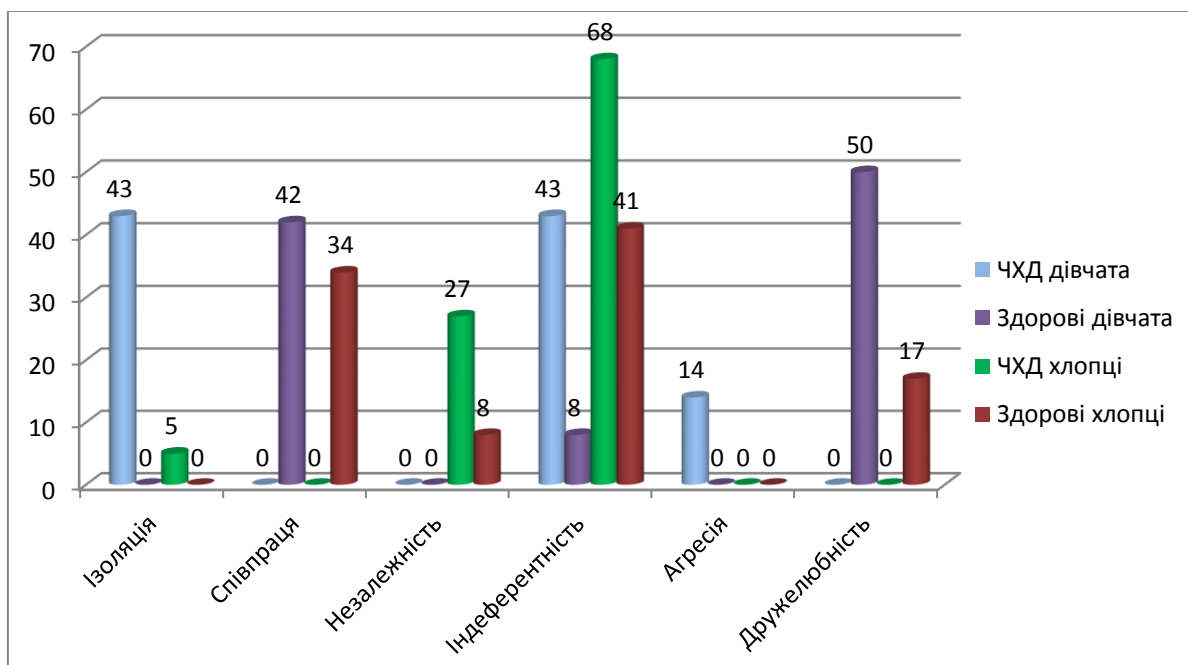


Рисунок 3.9. Частота поширеності гендерних настанов у віці 11 років

З діаграми видно, що існує різниця між ставленням до протилежної статі у здорових та хворих дітей. Виявлена гендерна відмінність у взаємодії з протилежною статтю орієнтована на розташуванні фігур на малюнку, їх взаємодії та постмалюнкової бесіди.

Здорові дівчата проявляють цікавість до хлопців, вони співпрацюють з ними, мають дружелюбне ставлення. Дівчата з групи ЧХД, за розташуванням малюнків, навпаки намагаються ізолювати фігуру протилежної статі, малюють її меншою або розташовують у протилежному боці аркуша. Частіше за все, спільної діяльності на малюнку немає. Тобто, з аналізу розташування фігур є значима різниця ($\phi = 2.34^*$, $p \leq 0.01$) між взаємодією з протилежною статтю у здорових дівчат, та дівчат, які часто хворіють.

З цього можна зробити висновок, що часто хворіючих дівчат не цікавить протилежна стать, вони намагаються відгородитися самі, та відштовхнути те, що їм неприємно. А це, в свою чергу, протиречить уявленням про формування еротичного лібідо у дівчат. Пояснення цього феномену знаходиться одразу, якщо проаналізувати кольори, які обирають ЧХД та здорові дівчата. Всі малюнки можна умовно поділити на три категорії: перевага надається теплим кольорам, перевага надається холодним кольорам, обидві фігури зображенні одним кольором. Порівняльні результати представлені у таблиці 3.20.

Таблиця 3.20

Характеристика кольорів на малюнках дівчат

Вибір кольору для зображення хлопця	Група 1 дівчата	Група 2 дівчата	φ
Теплі кольори	70%	80%	2,34*
Один колір з зображенням дівчини	30%	10%	2,47*

Примітка: * P < 0,01

Теплими кольорами зазвичай зображують щось бажане, приємне, що не викликає протиріч у особистості людини. Дуже часто дівчата обирали для зображення фігури протилежної статі такі кольори: жовтий, який при інтерпретації розглядається як радість, тепло; помаранчевий, який означає наявність бажання довести свою значимість; зелений, що відображає гармонію, природну силу, тощо.

Виявлене протиріччя між розташуванням фігури та обраним для неї кольором відображає наявне протиріччя у свідомості часто хворіючих дівчат. Формування їх платонічної сексуальності відбувається так само, як і у здорових дівчат, але під впливом частих хвороб, невпевненості у собі, інфантилізації через порушені сімейні стосунки, дівчата подавлюють у собі цікавість до протилежної статі. Вони мають певні очікування від цих

стосунків, та певні страхи, пов'язані із своїм почуттям меншовартості та нікчемності.

Малюнки здорових хлопців виявляють дружелюбність та тенденцію до співпраці частіше, аніж малюнки хлопців з експериментальної групи. При аналізі розташування фігур видно, що формування цікавості до протилежної статі проходить приблизно однаково. У обох групах є малюнки з настановами незалежність та індиферентність. Порівняльну характеристику результатів представлено у табл. 3.21

Таблиця 3.21

Різниця в частоті зітрічаємості типів гендерних установок у здорових та ЧХД хлопців

Тип гендерної установки	група 1	група 2	φ
Ізоляція	4%	-	
Співпраця	-	30%	
Незалежність	26%	9%	1,77*
Індиферентність	66%	46%	1,84*
Агресія	4%	-	
Дружелюбність	-	15%	

Примітка: * P <0,05

З таблиці 3.21 наочно видно, що у хлопців обох груп найбільшу вираженість мають гендерні настанови незалежність та індиферентність. На цьому фоні, у здорових хлопців ще є дружелюбність та співпраця. Це свідчить про те, що здорові хлопці мають більш високий інтерес до протилежної статі. Вони проявляють більш активні дії щодо налаштування комунікації та взаємодії з дівчатами, у той час, коли хлопці з групи ЧХД просто не цікавляться такою взаємодією.

Психосексуальний розвиток - це формування статевої самосвідомості (відчуття себе представником певної статі), статевої ролі, адекватної спрямованості статевого потягу і наявність відповідних стереотипів статевої поведінки, формування сексуального потягу і сексуальної поведінки в результаті спільних зусиль природи і виховання.

Традиційна психоаналітична концепція, як відомо, приписує основну роль в статевій диференціації біологічним факторам і вважає основним її механізмом процес ідентифікації дитини з батьками [2, 3, 11 та ін.]. Ця концепція, весь процес розвитку особистості, в якому вона основну увагу приділяла формуванню поведінки і уявлень, обумовлених статтю, пов'язувала з сексуальною сферою. Традиційний психоаналіз визнає, що чоловіча і жіноча моделі діаметрально протилежні за своїми якостями, і якщо для типової чоловічої поведінки характерні активність, агресивність, рішучість, прагнення до змагання і досягнення, здатності до творчої діяльності, розсудливість, то для жіночої - пасивність, нерішучість, залежну поведінку, конформність.

Якщо дитина часто хворіє, то порушуються її стосунки з соціальним оточенням: родиною, однолітками, протилежною статтю. Якщо це часто хворіючий хлопчик, то постійні обмеження у фізичній та соціальній активності, через хвилювання матері, можуть призвести до того, що хлопець буде більш фемінним. Він не буде гратися з однолітками у жваві ігри, не буде бешкетувати, не зможе навчитися бути більш самостійним та мужнім. До цього додається і той факт, що з дослідження сімейних стосунків ми бачили порушення у внутрішньо-сімейній взаємодії, які так само призводять до спотворення статево-рольової ідентифікації.

У молодшому шкільному віці діти приміряють на себе ролі чоловіка і жінки. Батьки і їх взаємини між собою стають об'єктом пильної уваги і наслідування. Вони сприймаються дитиною як модель мужності і

жіночності, як зразок взаємини статей. Навички і стиль статеворольової поведінки дитини формуються в іграх і побуті. Хлопчик засвоює чоловічий тип поведінки, дівчинка - жіночий. Автори (А. Бандура, Р.Уолтерс, Ф.Парсонс) [45, 71, 72, 73, 125, 153, 232 та ін.] відмічають, що це реалізується, перш за все, через правильну поведінку і розподіл ролей матері та батька в сім'ї. Вони багато в чому визначають формування відповідної статевої ролі у підростаючої дитини. А якщо самі батьки між собою не встановили гармонічних стосунків, то дитина не може перейняти на себе правильну модель поведінки з протилежною статтю. Її поведінка буде копіювати ту порушену модель, яку вона бачить у власній родині. Деструктивний вплив неправильних стосунків у родині також було освітлено у главі 3.5.

Отже, у ЧХД більш агресивне та тривожне ставлення до протилежної статті. Майже немає випадків співпраці та дружелюбного налаштування. Вони різко реагують на протилежну стать, та намагаються зменшити усілякі контакти. В цей час існує значима різниця між взаємодією із протилежною статтю у ЧХД та здоровими дітьми віком 11 років. Дівчата з групи ЧХД, так само як і здорові дівчата, проявляють цікавість до протилежної статті, що видно із їх малюнків, але вони намагаються приховати та подавити це через невпевненність у собі та негативне ставлення до своєї хвороби. Вони відчувають тривогу через стосунки із хлопцями, що виявляється у негативному ставленні до них. Часто хворіючі хлопці, проявляють тенденцію до індеферентного ставлення й ізоляції, на відміну від здорових хлопців, які цікавляться протилежною статтю й готові до співпраці.

Таким чином, виявлено, що у ЧХД вище рівень тривожності в сферах потреби в досягненні успіху, невідповідності очікуванням оточуючих, а також в ситуаціях перевірки знань і відносин з вчителями; система міжособистісних відносин характеризується емоційно домінуючою

прихильністю до матері, при зменшенні прихильності до батька. ЧХД менш допитливі, менш товариські, їм характерно прагнення до усамітнення і відгородженості від оточуючих, вони відмовляються від спілкування в великій групі дітей, прагнуть її покинути, у них немає прагнення до лідерства; встановлено декілька домінуючих типів ставлення ЧХД до внутрішньосімейного типу взаємодії: відкидаючий тип (22%), характеризується низьким рівнем емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутнє почуття спільності з родиною, дитина переживає почуття знедоленої людини і покинутості, все це протікає поруч із негативним самоставленням і зниженою самооцінкою; вибірково-відкидаючий тип (25%), характеризується неблагополуччям у сімейних взаєминах й негативному емоційному відношенні до одного з членів сім'ї та середнім рівнем емоційного зв'язку в сім'ї, почуттям власної меншовартості в житті сім'ї дитини, яка часто хворіє; коаліція з матір'ю (30%), характеризуються емоційно близькими, довірчими стосунками між матір'ю і дитиною, при емоційному дистанціюванні від батька; «Кумир родини» (14%), характеризується наявністю дитячого егоцентризму, вихованням за типом «кумир родини».

У ЧХД 8-11 років відсутній гендерний концепт, що поміщається в систему навколишньої дійсності, домінує гендерна настанова «індиферентність», яка свідчить про емоційну незначущість осіб протилежної статі в системі відносин, слабку статево-рольову диференціацію.

Висновки до 3 розділу

1. Особистість часто хворіючих дітей відрізняється недовірливістю, надмірною вразливістю, відсутністю інтуїції в міжособистісних відносинах, в їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, вони гостро реагують на невдачі, відрізняються нестійкістю настрою, поганим контролем емоцій, поганою адаптованістю, комунікативною незграбністю, залежністю від дорослих, підкореністю, зниженими енергійністю та оптимізмом, боязкістю, легкою втратою внутрішньої рівноваги, готовністю слідувати правилам та пристосувальністю, апатичністю.

2. Самоствалення часто хворіючих дітей пронизане почуттям сорому, яке робить дітей безпорадними, скутими, ні на що не здатними. Ставлення до себе супроводжується гострим почуттям невдачі і відчуженості від інших людей, джерелом чого є прагнення до схвалюючої взаємності, яке не викликає бажаного резонансу з боку інших. В результаті виникає «Я, що соромиться», яке прагне сховатися і дистанціюватися від інших людей. Онтогенетично близьким до нього, в структурі самоствалення у часто хворіючих дітей, є «винувате» Я –самозасуджуюче, негативне ставлення до себе. «Я» дітей, які часто хворіють, заповнено енергією, яка не знаходить розрядки, що призводить до незадоволення самим собою. Також самоствалення ЧХД конатовано відсутністю радості і неуспішністю, що призводить до падіння життєвих сил і порушень в сфері мотивації на досягнення, цінностей, комунікативних навичок; когнітивних здібностей; ефективного контролю емоцій.

3. Ставлення часто та тривало хворіючих дітей до складних життєвих ситуацій характеризується формуванням непроникного захисного панцира, тенденцією до «відходу» від дискомфорту шляхом втечі від реальності за

допомогою включення надмірності психологічних захистів, зокрема за типом фантазування; ЧХД не роблять активних дій з подолання труднощів, відчувають себе розгубленими, безпорадними, беззахисними; ставлення до труднощів - як до перманентної, непереборної сили, з фіксацією на минулому; пошуком сильного наставника, частіше матері, нездатністю до самостійного протистояння труднощам; потребою в емоційній безпеці й наростанням фізичного дискомфорту.

4. Частохворіючим дітям характерно підвищення рівня шкільної тривожності. У змістовному аспекті висока тривожність діагностована за чинниками загальної тривожності в школі й низькою фізіологічною опірністю стресу. Підвищення тривожності у частохворіючих дітей діагностовано в сферах потреби в досягненні успіху, невідповідності очікуванням оточуючих, а також в ситуаціях перевірки знань й відносин з вчителями. Емоційний стан дитини, на фоні якого розвиваються її контакти з однолітками, опиняється, в порівнянні з іншими факторами тривоги таким, що в найменшій мірі піддається впливу частих епізодів ГРЗ в молодшому шкільному віці, при цьому в порівнянні зі своїми здоровими однолітками виявляється підвищення тривожності по даному параметру

5. Система міжособистісних відносин характеризується емоційно домінуючою прихильністю до матері, при зменшенні прихильності до батька, що є нетолерантним по відношенню до труднощів, які виникають у дитини у зв'язку з ускладненнями зі здоров'ям, діти не схильні сприймати батьків як «подружжя», відносини з вчителями менш значимі, ніж для їх здорових однолітків.

На емоційні стосунки часто хворіючих дітей з оточуючими впливають відсутність допитливості, діти значно менш товариські, їм характерне прагнення до усамітнення й відгородженості від оточуючих, вони відмовляються від спілкування у великій групі дітей, прагнуть її покинути,

у них немає прагнення до лідерства, умовою якого є безпосереднє спілкування із іншими дітьми, врахування їх інтересів. Відзначається зниження соціальної адекватності поведінки, що проявляється у ЧХД в пасивно-агресивній реакції, яка повертає дитину до більш примітивних форм поведінки і значно знижує ефективність діяльності.

6. Встановлено декілька домінуючих типів ставлення хворих дітей до внутрішньо сімейного типу взаємодії:

- Відкидаючий тип (22%), характеризується низьким рівнем емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутнє почуття спільності з родиною, дитина переживає почуття знедоленої людини і покинутості, що призводить до зниженої самооцінки та почуття меншовартості

-Вибірково-відкидаючий тип (25%), характеризується неблагополуччям у сімейних взаєминах та негативному емоційному відношенні до одного з членів родини, характерним є середній рівень емоційного зв'язку в сім'ї, почуттям власної меншовартості в житті сім'ї часто хворіє дитини;

- Коаліція з матір'ю (30%), характеризуються емоційно близькими, довірчими стосунками між матір'ю і дитиною, при емоційному дистанціюванні від батька;

- «Кумир родини» (14%), характеризується наявністю дитячого егоцентризму.

7. У ЧХД суверенний психологічний простір депривовано, кордони Я порушені. Зокрема, виявлено депривованість таких секторів психологічного простору, як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, соціальних зв'язків. Можна сказати, що формування цих аспектів СПП проходить не так рівномірно, як у здорових дітей.

8. У ЧХД 8-11 років відсутній гендерний концепт, що поміщається в систему навколишньої дійсності, гендерні відносини не є її частиною; домінує гендерна настанова «індиферентність», яка свідчить про емоційну незначущість осіб протилежної статі в системі відносин, слабку статево-рольову диференціацію. У хлопців та дівчат, які часто хворіють, в 11 років, починає формуватися цікавість до протилежної статі, але дівчата подавляють цей інтерес через почуття своєї меншовартості. Хлопці, через порушення у системі ставлень з батьками, мають менше цікавості до протилежної статі, у порівнянні зі здоровими хлопцями.

РОЗДІЛ 4

РОЗРОБКА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ, СПРЯМОВНОГО НА НОРМАЛІЗАЦІЮ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ

4.1 Основні положення комплексу психокорекційних заходів, спрямованих на нормалізацію системи ставлень част хворіючих дітей

Метою комплексу психокорекційних заходів є нормалізація системи ставлень особистості частохворіючих дітей. Даний комплекс включає розробку, проведення та оцінку ефективності наступних блоків психокорекції:

1. Програми психокорекції ЧХД.
2. Тренінгу для батьків ЧХД.
3. Педагогічної конференції з учителями, які працюють з ЧХД.
4. Індивідуальних психокорекційних зустрічей з частохворіючими дітьми і їх батьками.

Перший блок комплексу психокорекційних заходів спрямований на:

- Формування навичок спілкування ЧХД;
- Нормалізацію відносин з однолітками;
- Корекцію особистісних особливостей, які перешкоджають спілкуванню;
- Підвищення самооцінки ЧХД;
- Пом'якшення емоційного дискомфорту ЧХД;
- Підвищення активності і самостійності дітей,які часто хворіють;

- Формування адекватних гендерних відносини ЧХД.

Даний блок реалізується за допомогою адекватних меті і задачам психокорекційного комплексу даного блоку психокорекційних засобів, направлених на корекцію порушення ланок системи ставлень особистості ЧХД.

Психокорекційний комплекс включає основні етапи: діагностичний, установчий, корекційний і оцінювальний (рис 4.1).



Рис. 4.1 Етапи програми психокорекції

Діагностичний етап спрямований на вивчення системи ставлень особистості ЧХД.

Установчий етап спрямований на формування позитивної установки дитини на участь у програмі психокорекції. Задачами цього психокорекційного етапу є: зниження емоційної напруги у дитини,

формування емоційно-довірчого контакту психолога з учасниками психокорекції.

Корекційний етап спрямований на нормалізацію системи ставлень особистості ЧХД. Даний етап складається з двох частин.

Перша частина - орієнтовна, під час якої дитині надається можливість спонтанної гри, що формує позитивну емоційну установку на заняття, що дуже важливо в процесі згладжування внутрішніх конфліктів.

Друга частина - реконструктивна, під час якої проводиться корекція системи ставлень особистості ЧХД.

Оцінювальний етап спрямований на вивчення отриманих результатів психокорекційної програми за допомогою експертних оцінок, суб'єктивних оцінок батьків і на основі зіставлення результатів психодіагностики до участі в програмі і після її проходження. Оцінювальний етап складався з двох фаз (рис.4.2).

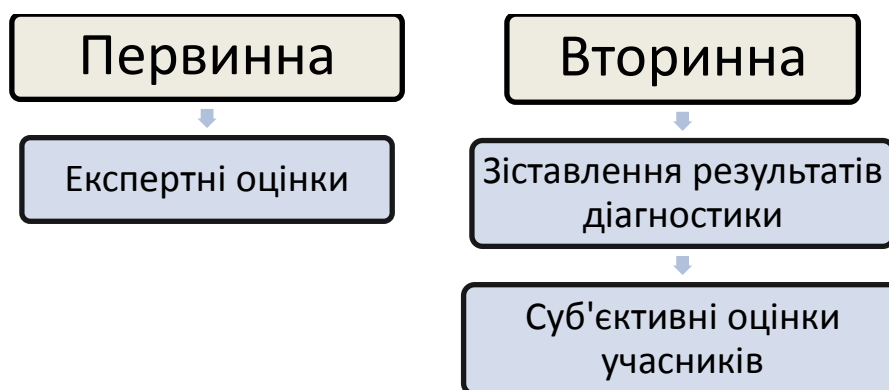


Рис.4.2 Фази оцінювального етапу психокорекції

На першій фазі (первинній) оцінка ефективності проводилася безпосередньо після проходження частохворючими дітьми психокорекційної програми (протягом 7-ми днів після її завершення) за допомогою експертних оцінок.

Друга фаза (вторинна) реалізовувалася через три місяці після завершення програми психокорекції, з повторною перевіркою психодіагностичних даних.

Другий блок психокорекційного комплексу реалізується за допомогою розробки і проведення тренінгу для батьків ЧХД (рис. 4.3). Необхідність цього блоку було виділено за допомогою факторного аналізу, який показав, що ставлення батьків до дитини визначає ті індивідуальні особливості дитини, які потребують корекції. За допомогою факторизації було виділено типи сімейної взаємодії, які треба змінити та привести до норми. Даний блок спрямований на:

- Активізацію батьків на самостійну психологічну роботу з дитиною;
- Знайомство з концепціями ефективного та неефективного ставлення до дитини; усвідомлення батьківських установок;
- Формування відповідальності за формування психологічних особливостей дітей;
- Усвідомлення ролі дитини в сімейній структурі;
- Усвідомлення вкладу батьків у формування «Я-концепції дитини»;
- Прагнення до порозуміння з дитиною;
- Розвиток навичок батьківського холдингу.

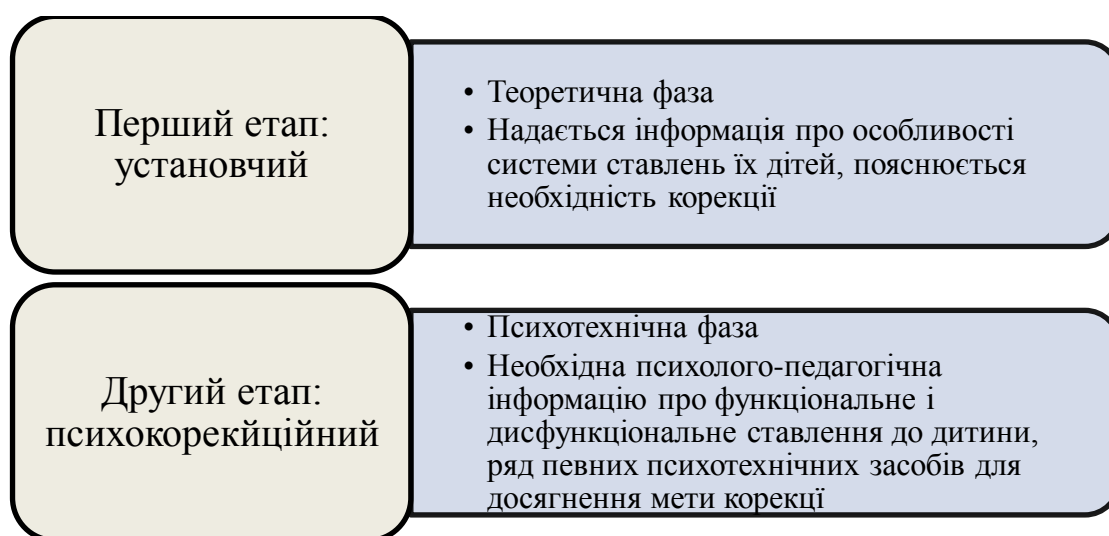


Рис.4.3 Фази батьківського блоку психокорекції

Даний блок включає два етапи:

- 1) установчий;
- 2) психокорекційний.

Психокорекційний блок складається з двох фаз - теоретичної і психотехнічної.

На першому етапі (установчому) батькам надається інформація про особливості системи ставлень їх дітей, які були отримані в результаті психодіагностики. Психолог пояснює психологічні проблеми, що існують у дитини в сьогоденні, які з плином часу можуть посилюватися і набувати більш яскраво виражених форм. Батькам пояснюється необхідність психокорекційних інтервенцій, спрямованих на припинення і корекцію порушених ланок системи ставлень особистості їх дітей. Даються роз'яснення, щодо батьківського внеску в нормалізацію системи ставлень особистості дітей. У загальних рисах батьків інформують про формальні та змістовні аспекти психокорекційного комплексу.

Другий етап складається з двох фаз. На першій фазі батьки отримують необхідну психолого-педагогічну інформацію про функціональне і дисфункціональне ставлення до дитини; про несвідомі батьківські установки; про роль дитини в сімейній структурі; про внесок батьківських відносин в «Я-концепцію» дитини. Друга фаза містить ряд психотехнічних засобів, спрямованих на досягнення мети психокорекційного комплексу і даного блоку.

Третій блок психокорекційного комплексу спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості ЧХД та формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей, що реалізується за допомогою педагогічної конференції.

Четвертий блок психокорекційного комплексу спрямований на нормалізацію відносин між частохворючою дитиною та її батьками, і реалізується за допомогою психокорекційних зустрічей. Основними задачами даного блоку є:

- 1) розвиток батьківської компетентності;
- 2) руйнування коаліцій;
- 3) формування нових альянсів;
- 4) прояснення кордонів між членами сім'ї.

4.2 Теоретико-методологічні основи психокорекційного комплексу

Розробка психокорекційного комплексу здійснювалася на основі прийнятих принципів психокорекційної роботи з дітьми, їх батьками, та педагогами [33, 35, 36, 42, 60, 83, 118, 127,145,175,200,205,213,231, 241, 242, 243 та ін.], а саме (рис. 4.3):



Рис 4.4 Принципи психокорекції

-

-

- принцип гуманістичної спрямованості психокорекції;
- принцип інтеграції різних способів, методів і прийомів психокорекційної інтервенції;
- принцип формування позитивного ставлення до дитини і адекватного ставлення до її стану;
- принцип підвищення педагогічних знань, психологічної компетентності та загальної культури батьків;
- принцип взаємодії сім'ї, психолога і педагогічних працівників;
- принцип нормативності розвитку, на основі врахування вікових, психологічних та індивідуальних особливостей дитини
- принцип відповідності протікання психічного і особистісного розвитку дитини нормативному розвитку і визнання унікальності та неповторності конкретного шляху розвитку кожної особистості ;
- принцип системності корекційних, профілактичних і розвиваючих завдань - цілі і задачі будь-якої корекційно-розвиваючої програми повинні бути сформульовані як система задач трьох рівней: корекційного (виправлення відхилень ,порушень розвитку, розв'язання труднощів розвитку); профілактичного (попередження відхилень та труднощів в розвитку) і розвиваючого (оптимізація, стимулювання й збагачення змісту розвитку);
- принцип єдності діагностики і корекції - ефективна корекція може бути побудована на основі ретельного і всебічного психологічного обстеження;
- діяльнісний принцип корекції - головним засобом корекційно-розвиваючого впливу є організація активної діяльності дитини, в ході якої створюються умови для її орієнтування у «важких», конфліктних ситуаціях, організовується їх вирішення й закладається необхідна основа для позитивних зрушень у розвитку особистості дитини.

Перший і другий блок психокорекційного комплексу реалізовувався в груповому форматі. Мета групової психокорекції полягає у відновленні психічної єдності особистості шляхом гармонізації її міжособистісних відносин. Задачі групової психокорекції пов'язані з емоційним відреагуванням конфліктних ситуацій в групі [176]. Головним інструментом корекційного впливу виступає група, яка допомагає виявити і скорегувати проблеми, за рахунок міжособистісної взаємодії [87, 280].

Групова психокорекція дає можливість розкриття, аналізу, усвідомлення та опрацювання проблем, внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів, корекції неадекватних відносин, установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу та використання міжособистісної взаємодії [231, 241, 284, 335 та ін]. Таким чином, задачі психокорекції зачіпають:

1. саморозуміння (когнітивний аспект);
2. ставлення до себе (емоційний аспект);
3. саморегуляції (поведінковий аспект) .

У пізнавальній сфері групова психокорекція повинна сприяти тому, щоб її учасники усвідомили:

- які ситуації в групі і в житті викликають страх, тривогу, напругу та інші негативні емоції;
- особливості своєї поведінки й емоційного реагування;
- як сприймається їхня поведінка іншими, як оцінюють оточуючі ті чи інші особливості поведінки, емоційного реагування, як відгукуються на них, які наслідки ця поведінка має;

- існуючу неузгодженість між власним образом Я і сприйняттям себе іншими;

- власні мотиви, потреби, прагнення, відносини, установки, особливості поведінки, емоційного реагування, а також ступінь їх адекватності, реалістичності й конструктивності;

- характерні захисні механізми; внутрішні психологічні проблеми й конфлікти; особливості міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти та їх причини; особливості формування системи ставлень;

- власну роль у виникненні та збереженні конфліктних ситуацій, а також те, яким шляхом можна було б уникнути їх повторення в майбутньому.

В емоційній сфері групова психокорекція повинна допомогти учасникам:

- отримати емоційну підтримку з боку інших учасників і психолога, що призводить до переживання власної цінності, ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності і спонтанності; переживання в групі тих почуттів, які учасники відчують в повсякденному житті;

- пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;

- навчитися більш точного розуміння своїх почуттів;

- розкрити свої проблеми з відповідними їм переживаннями;

- модифікувати сприйняття себе самого і своїх відносин з іншими; зробити емоційну корекцію своїх відносин.

У поведінковій сфері групова корекція повинна допомогти учасникам:

- придбати здатність більш щирого, вільного спілкування;

- подолати неадекватні форми поведінки, які проявляються в групі, у тому числі пов'язані з униканням складних ситуацій;

- придбати навички поведінки, пов'язані із співпрацею, взаємодопомогою, відповідальністю і самостійністю;

- закріпити нові форми поведінки, зокрема ті, які сприяють адаптації в реальному житті;

- виробити і закріпити адекватні форми поведінки й реагування на основні досягнення у пізнавальній та емоційній сферах.

Психокорекційні групи - це можливість отримання зворотнього зв'язку і підтримки від людей, що мають спільні проблеми чи переживання з конкретним учасником групи. У процесі групової взаємодії приходить прийняття цінностей і потреб інших [259]. У групі людина відчуває себе прийнятим і таким, що сама приймає, вона викликає довіру і довіряє, відчуває себе оточеною турботою і сама дбає. У підтримуючій і контрольованій обстановці, людина може навчатися новим умінням, експериментувати з різними стилями відносин серед рівних партнерів [231 та ін.].

Як ідеологічна основа психокорекційного комплексу виступили ідеї клієнт-центрованого підходу К. Роджерса [18-22, 145, 252]. Важливою є ідея К. Роджерса про тенденцію до самоактуалізації, яка розглядається як процес здійснення людиною протягом усього життя своїх можливостей з метою стати повноцінно функціонуючою особистістю.

Мета клієнт-центрованої психотерапії полягає в допомозі людині у приведенні її Я-концепції в більшу відповідність з відчуваємым досвідом і досягненні більшого самоприйняття, що дозволить їй більшою мірою реалізувати свій природний потенціал [145, 252 та ін.].

В якості умов психокорекційного процесу в клієнт - центрованому підході висуваються наступні характеристики даних умов: безумовна позитивна оцінка, емпатія, конгруентність. Якщо зазначені умови дотримуються, можливе протікання психокорекційного процесу в наступному напрямку [25]:

- Учасник корекції вільніший в натуральному вираженні почуттів;
- Виражені почуття перестають бути безликими і все більше відносяться до «Я»;
- Усвідомлення загрози невідповідності переживань і «Я-концепції»;
- Усвідомлення почуттів, щодо яких раніше відзначалися відмови і спотворення;
- Реорганізація «Я-концепції», асиміляція переживань, що раніше придушувалися;
- Зростання самооцінки;
- Джерелом відчуття стають власні відчуття.

Психокорекційний комплекс побудований за полімодальним принципом і включає наступні елементи провідних на сьогоднішній день напрямків психокорекції.

Поведінковий напрямок [50, 110, 174, 199, 200, 323 і ін.]. Як актуальні задачі для нашої психокорекційної роботи акумульованих поведінковим напрямком є такі: побудова нових стереотипів поведінки, нівелювання неадаптивних стереотипів поведінки, розширення поведінкового репертуару.

Когнітивний напрямок [33, 110, 134, 175 і ін.]. Як актуальні задачі для нашої психокорекційної роботи акумульованих когнітивним напрямком

є: зміна переконань, які беруть участь у формуванні неадаптивної поведінки і негативних переживань, корекція неправильної переробки інформації.

Ігротерапія [33, 36, 41, 50, 83, 110, 118, 127 та ін.] – Метод психокорекційного впливу на дітей і дорослих з використанням гри і ігрових елементів. Основними задачами ігротерапії є: розширення форм самовираження, підвищення комунікативної компетентності, підвищення рівня самоприйняття, розвиток саморегуляції.

Психогімнастика [174, 241, 242, та ін.] є методом, за допомогою якого учасники психокорекційних заходів виявляють себе і спілкуються між собою без слів. Цей метод ефективний тим, що дає можливість оптимізувати соціально перцептивну сферу дітей і дорослих, за допомогою переміщення уваги на «мову тіла», просторові і тимчасові особливості спілкування. Психогімнастика передбачає вираження почуттів, емоцій за допомогою міміки, пантоміміки, рухів. Задачі, які вирішувалися за допомогою психогімнастичних вправ, в нашому психокорекційному комплексі наступні: зменшення напруги учасників групи, зменшення тривоги, розвиток уваги, скорочення психологічної дистанції між учасниками, розвиток здатності виражати свої почуття, думки, стану без слів, навчитися розуміти невербальну поведінку інших людей .

Арт-терапія [14, 164, 165 та ін.] - форма психотерапії, заснована на образотворчому мистецтві. Основне завдання арт-терапії полягає в розвитку самовираження і самопізнання дитини і дорослих. Цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати і виражати їх на символічному рівні. Основна мета арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання.

4.3 Опис складу учасників і формально-динамічних аспектів психокорекційного комплексу

У психокорекційному комплексі взяло участь 20 часто хворіючих дітей (10 дівчаток і 10 хлопчиків) у віці від 8 до 11 років ($M = 9,15$). Їх батьки в кількості 40 осіб (20 матерів і 20 батьків) у віці від 28 до 42 років. Всі батьки мають вищу освіту, та працюють.

Діти були відібрані за результатами психодіагностики на попередньому етапі. У всіх дітей порушена система ставлень та наявні дисфункціональні та деструктивні батьківські ставлення (табл. 4.1). Ці діти та батьки склали емпіричну групу (Група 1). Групи склалися за власним бажанням сімей, після проходження психодіагностичного та установчого етапів.

Таблиця 4.1.

Поширеність типів сімейного ставлення у емпіричній групі

Типи сімейної взаємодії	Гр.1(%)
Гармонічний	5
Вибірково-відкидаючий	5
Коаліція з матір'ю	60
Відкидаючий	20
Кумир родини	10

Також, було сформовано групу контролю (Група 2), яку склали 20 ЧХД, що пройшли діагностичний етап, але не проходили програму психокорекції.

Перший блок психокорекційного комплексу (психокорекційна програма для ЧХД) складається з 15 занять, по 1,5 години кожне; заняття

проводився два рази на тиждень (загальне число годин -22, 5 год). Другий блок психокорекційного комплексу (тренінг для батьків ЧХД) складався з 10 занять по 1,5 години кожне, частота зустрічей - 1 раз на тиждень (загальне число годин - 15 годин). Третій блок психокорекційного комплексу (педагогічна конференція) складався з одноразового заняття тривалістю в 2, 5 години. Четвертий блок психокорекційного комплексу (індивідуальні психокорекційні заняття з ЧХД і їх батьками) включав 4 зустрічі тривалістю по 1 годині.

В цілому психокорекційний комплекс був реалізований протягом 2,5 місяців.

4.4 Програма психокорекції системи ставлень особистості ЧХД

Структура психокорекційного заняття складається з чотирьох етапів (рис. 4.5)

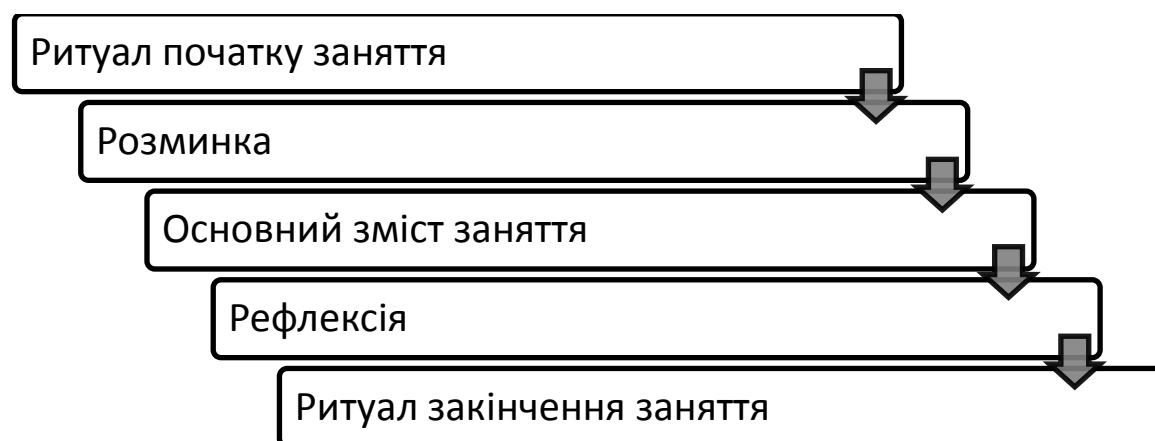


Рис. 4.5 Структура психокорекційного заняття

- Ритуал початку заняття - дозволяє об'єднувати дітей, створювати атмосферу групової довіри і прийняття;

- Розминка - виконує важливу функцію налаштування на продуктивну групову діяльність;

- Основний зміст заняття - сукупність психотехнічних вправ і прийомів, спрямованих на вирішення завдань даного заняття;

- Рефлексія - оцінка заняття;

- Ритуал закінчення заняття - дозволяє об'єднувати дітей, створювати атмосферу групової довіри і прийняття.

Детальна програма психокорекційного комплексу представлена у додатку 1.

4.5 Педагогічна конференція «Дитина, яка часто хворіє»

Третій блок психокорекційного комплексу спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості частохворюючих дітей і формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей, й реалізується за допомогою педагогічної конференції. Конференція розрахована на 2,5 години. Етапи педагогічної конференції:

1) Підготовка до конференції. Педагогам пропонувалося подумати над тими психологічними особливостями, які притаманні ЧХД, і над тим, які психолого-педагогічні стратегії сприяють кращому встановленню контакту з такими дітьми та дозволяють забезпечити гармонійний розвиток дитини. За бажанням, педагоги могли підготувати письмові тези.

2) Виступи на конференції. Педагоги по черзі виступають зі своїми повідомленнями на задану тему, діляться своїми педагогічними спостереженнями, пропонують стратегії взаємодії з ЧХД.

3) Обговорення. На цьому етапі педагоги і психолог обговорюють можливі варіанти педагогічної допомоги частохворіючим дітям, важливість психологічної підтримки цього контингенту дітей через можливі проблеми.

4) Написання резолюції за результатами конференції «Часто хворіюча дитина» у якій буде відображено основні теми та моменти, які були висвітлені на конференції.

4.6 Програма індивідуальних занять з сім'ями ЧХД

Залежно від типу сімейного виховання було розроблено 4 програми індивідуальних занять з сім'ями ЧХД. В їх основу покладено дані проєктивної методики «Кінетичний малюнок родини», в результаті якої були визначені наступні типи виховання:

Відкидаючий тип (характеризується низьким рівнем емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутні почуття спільності з сім'єю, дитина переживає почуття знедоленої людини і покинутості, все це протікає на фоні негативного самоствавлення і зниженої самооцінки). Задданням індивідуальних психокорекційних занять є підвищення сімейної згуртованості, зростання рівня емоційного зв'язку між членами родини, формування батьківської компетентності, підвищення рівня самооцінки дитини.

Вибірково-відкидаючий тип (характеризується проблемами у внутрішньо-сімейних стосунках і негативним емоційним ставленням до одного з членів сім'ї, середнім рівнем емоційного зв'язку в сім'ї, почуттям власної незначимості в житті сім'ї частохворіючої дитини). Завданням індивідуальних психокорекційних занять є налагодження зв'язків між членами родини, формування позитивного досвіду взаємовідносин з відкинутим членом сім'ї, розвиток почуття значущості в житті сім'ї.

Коаліція з матір'ю (характеризуються емоційно близькими, довірливими стосунками між матір'ю та дитиною, при емоційному дистанціюванні батька). Завдання індивідуальних психокорекційних занять є руйнування коаліції між діадою мати-дитина і формування сімейного альянсу дитина - батьки.

Кумир родини (характеризуються наявністю дитячого егоцентризму, вихованням за типом «кумир родини»). Завданням індивідуальних психокорекційних занять є перерозподіл «влади», підтримка батьків в створенні нових правил сімейного взаємодії, ослаблення центрації дитини в сімейній взаємодії.

Програма індивідуальних занять з сім'ями ЧХД з типом сімейного виховання «відкидаючий»

Заняття 1

1. Батьки разом з дитиною виконують аплікацію «Ромашка». У центр квітки необхідно вписати ім'я дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імені або сімейні прізвиська, внизу, на стеблинці - ім'я, з яким мама звертається до дитини, коли сердиться. Сонечко приклеїти на пелюстку зі зверненням, яке дитині подобається найбільше.

2. «Ім'я». Діти повинні розпитати батьків про своє ім'я, чому їх так назвали.

3. Намалюємо ім'я. В продовження попередньої процедури батьки спільно з дитиною малюють ім'я дитини. Для цього повинен бути наданий доброякісний папір, крейда для малювання, фломастери, маркери, кольорові олівці, фарби для малювання.

4. «Так - ні», «Ні - так». Батьки і діти сидять на килимі, спираючись на спину один одного. При цьому довірливо вимовляється: «Так - ні», «Ні -

так». Після відбувається обговорення, що простіше було говорити «так» або «ні».

Домашнє завдання. Кожен з батьків вдома повинен написати своїй дитині лист з побажаннями, діти пишуть обом батькам лист з побажаннями.

Заняття 2

Перевірка домашнього завдання.

1. «Малюнок втрюх». «Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах. У вас є 15 хв., щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!» Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. На представленні робіт ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був головним генератором ідей, що допомагало і заважало роботі, яким чином домовлялися про деталі малюнка. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина». «Уявіть, що ваш будинок під час вихідних занесло снігом. Ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Подумайте, як ви використаєте цю ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша музика, книги, їжа, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, сім'ї пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

3. Опис картинок по Роршаху. Батьки і дитина по черзі отримують одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви. Після того, як кожна пара мала можливість пофантазувати, всі інші можуть дати свої варіанти відповідей, так як дітям дуже хочеться сказати, що вони бачать. Ця робота не тільки сприяє розвитку спільної уваги батьків і дитини, але і служить гарним діагностичним засобом сфери батьківсько-дитячої взаємодії.

Заняття 3

1. «Наша сім'я». «Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона пишається, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Всі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків.

2. Вправа «Магазин». Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри, всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварину, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

3. «Мальований короткометражний мультфільм». Дитина спільно з батьками придумує сюжет для мультфільму, після чого всі втрьох малюють сцени зі створеного сюжету, після цього сцени демонструються і озвучуються.

Заняття 4

1. Ми єдиний організм. Родині пропонується придумати єдиний організм, це може бути що завгодно: годинник, тварина, птах, головне, що організм повинен рухатися і діяти спільно.

2. Маленькі сімейні радощі. Психолог каже про те, що в житті кожної сім'ї є свої маленькі сімейні радощі, сім'я повинна подумати які радощі є у неї, після чого маленькі сімейні радощі в реальній або абстрактній формі замальовують.

3. Наша мрія. Родині пропонується намалювати спільну мрію. Потім її презентує дитина.

Програма індивідуальних занять з сім'ями, які реалізують вибірково-відкидаючий тип виховання

Заняття 1

1. Батьки разом з дитиною виконують аплікацію «Ромашка». При цьому велике навантаження лягає на батька(або того члена родини, що відкидається), який повинен в центр квітки вписати ім'я дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імені або сімейні прізвиська, внизу на стеблині ім'я, з яким батько звертається до дитини (або буде звертатися до дитини), коли сердиться. Сонечко приклеїти на пелюсток зі зверненням, яке дитині подобається найбільше.

2. «Ім'я». Дитина повинна розпитати батьків про їх ім'я, чому їх так назвали, чи подобається їм це ім'я, яке ім'я вони, можливо, хотіли у дитинстві.

3. Намалюємо ім'я. В продовження попередньої процедури батьки спільно з дитиною малюють ім'я дитини. Для цього повинен бути наданий доброякісний папір, крейда для малювання, фломастери, маркери,

кольорові олівці, фарби для малювання. Батьки, разом з дитиною, малюють ім'я дитини. При цьому батько, або той, хто відкидається, знаходиться ближче до дитини, прийнятого члена сім'ї психолог просить проявляти меншу активність.

Домашнє завдання. Кожен з батьків вдома повинен написати своїй дитині лист з побажаннями, діти пишуть обом батькам лист з побажаннями.

Заняття 2

Перевірка домашнього завдання.

2. «Малюнок втрюх».

«Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хвилин, щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!».

Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. На представлення робіт (15 хв.). Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало або заважало роботі, яким чином домовлялися про промальовування деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

3. «Лавина».

«Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну

ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

3. Вправа «Магазин».

Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварину, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять за назвою. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

Заняття 3

1. «Мальований короткометражний мультфільм».

Дитина разом з батьком придумує сюжет для мультфільму, після чого вони удвох малюють сцени зі створеного сюжету, після чого сцени демонструються і озвучуються для глядачів (психолог і мама).

2.«Обійми».

Психолог дає інструкцію: «Обніміться всі втрьох, як ніби ви не бачилися дуже давно, тепер нехай тато обніме дитину, як ніби він не бачив її дуже давно, тепер дитина нехай обійме тата, як ніби вона не бачила його дуже давно, тепер тато і дитина нехай обіймуться, як ніби раді щасливій звістці, тепер нехай дитина обійме тата так, як ніби вони побачаться дуже не скоро, тепер нехай тато обійме дитину, як ніби дитина потребує підтримки, тепер нехай дитина обійме тата, як ніби у тата неприємності,

тепер нехай мама обійме тата і дитину разом, показуючи всю глибину почуттів до них.

3. Сімейне селфі.

Родині пропонується зробити кілька сімейних селфі. Після завершення фотосесії, обирається найкраща фотографія та укладається угода, що саме ця фотографія повинна знаходитись на такому місці у квартирі, щоб її бачили всі гості.

4. Наші плани.

Родині пропонується обговорити питання: «Де ми не були, але хотіли б побувати? Що ми не робили, але хотіли б зробити разом?» Складається список, приймається рішення про терміни виконання.

Заняття 4

1. Сімейна мандала.

Психолог дає заздалегідь підготовлену мандалу для розфарбовування і дає інструкцію: «Вам потрібно прикрасити мандалу так, щоб на ній, як в колі вашої сім'ї, були відображені ви самі, в мандалі безліч елементів, подивіться на них, які елементи асоціюються у вас з кожним з вас, працюйте не поспішаючи, і радьтеся один з одним».

2. Ви не знаєте, що я

Кожен починає фразу зі слів «Ви не знаєте, що я ...». Спочатку тато, потім мама, потім дитина.

3. Малювання пальцями.

Родині пропонується зобразити все що завгодно, без допомоги олівців, а за допомогою пальців.

Програма індивідуальних занять з сім'ями реалізують тип виховання «Кумир родини»

Заняття 1

1. Батьки разом з дитиною виконують аплікацію «Ромашки». У центр квіток вписуються імена мами і тата дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імен або сімейні прізвиська.

2. «Ваги обов'язків».

Родині пропонується скласти два списки: перший - «Обов'язки батьків по відношенню до дитини»; другий - «Обов'язки дитини по відношенню до батьків». Зіставлення, «зважування» цих списків дає привід для обговорення ступеня справедливості ситуації, що склалася у родині.

3. «Ім'я». Діти повинні розпитати батьків про своє ім'я, чому їх так назвали, а також спитати про походження імен своїх батьків.

3. Намалюємо ім'я. Після закінчення минулої процедури батьки спільно з дитиною малюють ім'я дитини. Після чого дитина спільно з батьками малює імена обох з них.

Домашнє завдання. Кожен з батьків вдома повинен написати своїй дитині лист з побажаннями, діти пишуть обом батькам лист з побажаннями.

Заняття 2

1. Перевірка домашнього завдання.

1. «Малюнок втрюх».

«Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хв., щоб

виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!». Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. На представлення робіт (15 хв.) Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало, або заважало роботі, яким чином домовлялися про промальовування деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина».

«Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

3.Опис картинок за Роршахом.

Сім'я по черзі отримує одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви.

Заняття 3

1. «Наша сім'я».

«Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона гордиться, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Всі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків.

2. «Мої кольорові батьки».

Дитині пропонується протягом 10 хвилин подумати над питанням, з яким кольором асоціюється кожен з батьків. Потім діставати картки з кольором і говорити, з ким із батьків даний колір асоціюється і чому.

3. Вправа «Магазин».

Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварина, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

Заняття 4

1. Турбота про батьків.

Дитині пропонується висловити турботу про батьків: 1) жестом; 2) мімікою; 3) вербально. Далі йде обговорення того, що саме намагалась висловити дитина і чи зрозуміли її батьки .

2. Хвала батькам.

Дитині пропонується скласти хвалебну промову батькам, де вона би розкрила якомога більше того, що батьки роблять для неї, та що вона так цінує. Після цього, дитина презентує розповідь батькам.

3. Квіти та садівник.

Батькам дається інструкція в письмовому вигляді так, щоб дитина не бачила її змісту. Батькам пропонується грати роль квітів, при цьому зображуючи стан рослин: зневоднення, втому від посухи, дощу, тощо. При цьому ведучий говорить дитині: «Перед тобою дві квітки в твоєму квітнику, на вулиці стоїть неймовірна спека (злива і т.д.), визнач, як почувають себе твої квіти, міркуй вголос, чи потребують вони твоєї допомоги, що ти можеш зробити для них?»

Програма індивідуальних занять з сім'ями реалізують тип виховання «Коаліція з матір'ю»

Заняття 1

1. «Мені подобається, що ти ...». Батько і дитина сідають поруч і розмовляють, постійно промовляючи початок запропонованої фрази «Мені подобається, що ти ...» і додаючи до неї своє закінчення. Тим самим виникає позитивний діалог, батько дає дитині, а дитина - батьку «зворотний зв'язок».

2.«Ім'я мами».

Дитина, спільно з батьком, розпитують маму про походження її імені. Потім малюють маму, поруч малюють її ім'я, та презентують їй в якості подарунка.

3. Вправа «Магазин».

Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварина, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

4. «Мої кольорові батьки».

Дитині пропонується протягом 10 хвилин подумати над питанням, з яким кольором асоціюється кожен з батьків. Потім діставати картки з кольором і говорити, з ким із батьків даний колір асоціюється і чому.

Заняття 2

1. «Наша сім'я».

«Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона гордиться, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Всі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків. За бажанням вони демонструються ведучому.

2. Сімейна мандала.

Психолог дає заздалегідь підготовлену мандалу для розфарбовування і дає інструкцію: «Вам потрібно прикрасити мандалу так, щоб на ній, як в колі вашої сім'ї, були відображені ви самі, в мандалі безліч елементів, подивіться на них, які елементи асоціюються у вас з кожним з вас, працюйте не поспішаючи, і радьтеся один з одним».

3. Ми з татом вміємо!

Дитина і батько об'єднуються в змагальну гру проти мами. Завдання придумати продовження фрази: «Ми з татом вміємо», мама в свою чергу придумує, як відповісти, наприклад: «Ми з татом вміємо лагодити ноутбук», мама: «А я вмію готувати квас з вівсяних пластівців без дріжджів».

Заняття 3

1. Опис картинок по Роршаху.

Сім'я по черзі отримує одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви. Після того, як кожна пара мала можливість пофантазувати, всі інші можуть дати свої варіанти відповідей, так як дітям дуже хочеться сказати, що вони бачать. Ця робота не тільки сприяє розвитку спільної уяви батька і дитини, але і служить гарним діагностичним засобом сфери батьківсько-дитячої взаємодії. Якщо в групі є другий психолог, то можна розділити групу на дві підгрупи, в кожній з яких проводиться робота з картками, потім ведучий повідомляє придумані назви плям у велике коло (такий варіант проведення більш кращий, тому що скорочує час і сприяє меншому стомленню дітей, особливо маленьких).

2. «Малюнок втрюх».

«Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хв., Щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!» Під час виконання вправи

ведучий може включити спокійну музику. На представлення робіт (15 хв.) Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало, або заважало роботі, яким чином домовлялися про промальовування деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина».

«Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

Заняття 4

1. Сімейне селфі.

Родині пропонується зробити кілька сімейних селфі. Після завершення фото сесії, обирається найкраща фотографія да укладається угода, що саме ця фотографія повинна знаходитись на такому місці у квартирі, щоб її бачили всі гості.

2. «Обійми».

Психолог дає інструкцію: «Обніміться всі втрюх, як ніби ви не бачилися дуже давно, тепер нехай тато обніме дитину, як ніби він не бачив

її дуже давно, тепер дитина нехай обійме тата, як ніби вона не бачила його дуже давно, тепер тато і дитина нехай обіймуться, як ніби радіють щасливій звістці, тепер нехай дитина обійме тата так, як ніби вони побачаться дуже не скоро, тепер нехай тато обійме дитину, як ніби дитина потребує підтримки, тепер нехай дитина обійме тата, як ніби у тата неприємності, тепер нехай мама обійме тата і дитину разом, показуючи всю глибину почуттів до них ».

3. Наш секрет.

Папа і дитина придумують секрет, який мама повинна відгадати.

Після останнього заняття для дітей було організовано свято, де вони могли розповісти про свої враження.

4.7 Результати психокорекційного комплексу, оцінка ефективності.

Для оцінки ефективності психокорекційної комплексу було задіяно три критерії оцінки: суб'єктивно-пережиті зміни учасників (психодіагностика дітей та відгуки батьків); об'єктивно-реєстровані зміни; стійкість змін [5].

Суб'єктивно-пережиті зміни учасників (батьків) оцінювалися за результатами суб'єктивних звітів батьків, які брали участь в психокорекційному комплексі. Суб'єктивні звіти батьки оформляли в письмовому вигляді. Батьків просили описати свої враження від участі в психокорекційному комплексі, чи вважають вони корисним участь в програмі, які зміни відбулися з ними та їхньою дитиною, чи виправдала участь їх очікування, якщо так, то в якій мірі, які етапи виявилися для них більш значущими, коли вони стали помічати зміни.

Наведемо приклад звітів сім'ї Ковальових.

Софія, 36 років, виховує єдиного сина, який часто та тривав хворіє. «Коли запропонували брати участь в психокорекції мені з чоловіком і нашої дитині, я не сумнівалася ні на хвилину, що це потрібно і буде корисно для дитини. Чоловік не одразу погодився на моє бажання участі, але все ж, я його вмовила. Я не вважала, що в нашій родині щось не так, і дійсно особливо великих проблем ніколи не було. Але після першого заняття, я усвідомила свою наївність і недалекоглядність. У нашій родині дійсно все не погано, але тепер я знаю, що є вади, які з часом могли б стати причиною багатьох проблем для дитини. Перше заняття, коли нам розповідали, які бувають типи виховання, якими особливостями володіють діти, які часто хворіють, я, з одного, боку стривожила, а з іншого і зраділа, що тепер я володію цією інформацією і значить все в моїх силах. Я якось думала, що далі нам теж будуть розповідати, що робити, але такі заняття проводилося зовсім по-іншому і мене це трохи розчарувало. Я і на наступне заняття прийшла з деякою насторогою, згодом я зрозуміла сенс всього, що відбувається, це було настільки важливо, і корисно, і, потрібно сказати, цікаво. Я, звичайно, намагалася все аналізувати після завершення занять, насправді з багатьма батьками не могли розійтися, все обговорювали наші спільні проблеми. Це дуже корисний досвід, дуже.

Тепер хочу сказати, які зміни відбулися з моєю дитиною. Коли було перше заняття, я дуже хвилювалася, так як мій син не любить великі компанії дітей, я боялася, що він все кине, або йому там буде погано, він прийде буде плакати і просити: «Мамочко, можна я туди не піду». Але все сталося всупереч моїм тривожним очікуванням, він прийшов в гарному настрої, був балакучий, охоче ділився враженнями від заняття. З кожним разом син приходив все більш і більш задоволений, веселий, розкутий. На сьогоднішній день дитина стала жвавіше, енергійніше, більш рухливим

навіть, я б сказала. Також останнім часом він став приносити кращі бали, раніше ми завжди з ним багато займалися, він завжди добре підготовлений, але високі бали були рідкістю, я завжди знала, що це через його сором'язливість, тривожність. Тепер він став, за словами вчителів, більш ініціативний, сміливішим, це і відбивається на його балах, тепер він говорить все, що знає, і, мабуть, перестав боятися помилитися.

Хочеться також сказати про заняття з дитиною. Ці заняття дуже позитивно позначилися на нас усіх, на всій родині. Чоловік багато чого зрозумів. Ми разом з ним багато чого зрозуміли. Я з чоловіком стала спілкуватися більше. Чоловік частіше спілкується з дитиною. Напевно, все в комплексі це дало такий результат. Багато що ще потрібно обміркувати і виправити, але мені здається вже багато досягнуто. Взагалі я хочу сказати, що визнавати свою батьківську невідповідність важко, але мені і чоловікові це вдалося. Я зацікавився психологією, читаю книжки з виховання дітей. Загалом, все добре, але цей досвід навчив мене тому, що потрібно бути більш проникливим, ширше на все дивитися, я буду і далі аналізувати все, що відбувається в нашій родині. Чоловік такої ж думки.

Чоловік Софії, Михайло. «Коли нам запропонували взяти участь у цьому заході я сумнівався, не те щоб мені не хотілося, просто роботи багато. Дружина вмовила.

Перше заняття, звичайно, змусило сильно задуматися, дружина, мені здалося, оптимістичніше все сприйняла, я якось засмутився, занурився в себе. Подальші заняття були дуже динамічні, цікаві, багато нового, так незвично. Сподобалося, що були інші батьки зі схожою ситуацією. Неприємно було дізнаватися, що ось виявляється ти, Міша, тато не дуже. Адже я люблю сина. Він мені не байдужий, але як він повинен про це дізнатися? Адже я і правда так рідко з ним говорив, в основному він з дружиною. Я незграбний як батько, але це в минулому. Багато що мені

прояснилося. Спасибі і дружині моїй, звичайно, вона розумниця підтримувала мене, не засуджувала, я їй дуже вдячний. Чи корисно це? Звичайно! Це дуже потрібно, я знаю, це така величезна справа, така потрібна програма заходів. Моя дитина змінилася, я змінився. Я наче новий якийсь. Дитина несподівано теж сама підходить, щось розповідає, потрібне, велике діло зробили. Я тепер намагаюся теж з усіх сил, бо на мені і дитині все видно, все правда сильно змінилося. Спасибі вам велике!»

Сім'я Жолоб, Рита.

«Дуже багато всього хочеться сказати. По-перше, дякую. Тепер за порядком. Буду писати все, так як, напевно, це може бути важливо. Коли запропонували брати участь в програмі, я не сумнівалася ні на хвилину, чоловік сказав: «Ти мати, знаєш як краще, якщо потрібно я буду ходити». Дуже багато і хороших, і не дуже переживань було, і дуже багато через чоловіка. Знаєте, я от так згадую перше заняття. Всі сидять, уважні, зосереджені, а мій чоловік тільки з ввічливості, насправді він скептично налаштований був. Я відразу подружилася з мамами, мій чоловік тримався довго від всієї групи в стороні, тільки, напевно, після третього заняття він почав розуміти, що це не гра, що це серйозно. Я думаю, все ж важливими були чоловіки, інші батьки, які по-іншому себе вели, в результаті він зрозумів, що не він один такий розумний, і почав слухати. Потрібно сказати, що у сина з моїм чоловіком завжди дуже погані відносини були. Завжди конфлікти, завжди закиди з боку чоловіка. Вони або не спілкуються, або конфліктують. Так і жили. При цьому чоловік завжди вважав себе хорошим. Але коли стали на заняттях відкриватися погані його сторони, він, як людина самозакохана, запанікував спочатку, що він не такий, яким він себе вважав, а потім і прокинулося в ньому щось батьківське. Він почав сам говорити про заняття зі мною, що він про них

думає. Пом'якшав з сином. Знаєте, син пробачив його, на мою думку, моментально. Син теж пом'якшав з батьком.

Заняття, на які ми ходили втрьох, були дуже корисні. Ну, по-перше, ми проводили разом час, це буває рідко, хоча тепер вирішили з чоловіком що це неправильно і будемо намагатися ходити гуляти разом. Взагалі, в певний момент, чоловік якось виріс, ось він удавав з себе дорослого, а то й справді став дорослим.

Щодо сина суцільний позитив. Заняття, які він відвідував, принесли багато користі для його характеру. Раніше він не хотів ходити в школу, тепер я не чую такого, він перестав постійно нити. Став більш мужнім. Настрій майже завжди хороший, став з хлопцями більше спілкуватися. Вчитися краще не став, але мені це не так важливо як його психологічний стан. Все покращився.

Чоловік Ріти, Олександр.

«Я думаю, буде правильним, якщо я скажу коротко. Вправа «Лист в дитинство і назад» зробила свою справу, напевно, після цього можна було все закінчити. Я все зрозумів. Крім слів подяки мені нічого сказати. Все було дуже професійно, я вдячний. Дитина змінилася, стала активніше, життєрадісніше. Мені є що дати моєму синові, далі все буде по іншому, все буде добре».

З огляду на великий емоційний сплеск, який стався у Олександра в результаті проходження вправи «Лист в дитинство і назад» наведемо його: «Добрий день, Саша. Пишу тобі з далекого майбутнього, мені 38 років, моєму синові 11. Ти зараз сидиш біля ставка і плачеш, плачеш від несправедливості свого батька, від пасивності своєї матері, нездатної тебе захистити. Тобі боляче, ти самотній, тебе відправили в село до бабусі. Ти хочеш в місто до своїх друзів, але головне, ти хочеш займатися футболом.

Футбол для тебе - все, все життя, весь інтерес, але через це ти погано вчишся, не робиш домашні завдання. Ти погано закінчив навчальний рік, і батько виконав свою погрозу: «Ти на все літо поїдеш до бабусі, і футболом займатися не будеш». Ти досить дорослий вже і добре знаєш свого батька, щоб не сумніватися, що так і буде. Сидячи біля ставка ти думаєш, що ось якби у тебе був син, ти б так ніколи ... Ти обіцяєш своєму майбутньому синові підтримку і любов. Саша, але ж ти не стримав обіцянки! Ти дивишся з недовірою ... Занадто ти впевнений в тому, що будеш найкращим батьком на світі! Ти багато років по тому не відрізняєшся від свого батька. Ти так мріяв про сина спортсмена, про його успіхи. Але у тебе народилася хвороблива дитина, він не займається спортом, він часто хворіє. І знаєш, що він тобі не цікавий. Ти став цікавий своєму батькові, коли почав добре вчитися, він почав тобою пишатися, твій же син не може бути спортсменом, тому він тобі не цікавий, ти мало спілкуєшся з ним, мало говориш, мало проявляєш турботи. Твій батько проводив з тобою багато часу в дискусіях, набагато пізніше цього моменту, коли ти плачеш біля ставка, тоді, коли ти вступив до інституту, він цікавився твоїми справами. Твій же син не здатний тебе зацікавити, так як він не відповідає твоїм очікуванням».

Лист від дитини батькові. «Привіт, Олександр. Отримавши від тебе лист, я зрадів, ти мене пам'ятаєш! Але далі ти сказав мені факти зі свого життя, які заподіяли мені біль. Я не можу повірити, що ти це я, що все так ... Олександр, невже ти не розумієш, що я тут страждаю не тільки від відібраної мрії, але і від моторошної самотності, від нерозділеності, від непотрібності свому батьку таким, як я є. Олександр, я прошу тебе, схаменись і дай своєму синові все те, чого позбавив тебе твій батько. Забудь про спорт, думай про щастя сина, думай про його здоров'я».

Також була проведена кількісна оцінка ефективності участі в програмі за такими параметрами: позитивні зміни з дитиною ($G = 4$, $p = 0,01$) позитивні зміни зі мною ($G = 13$, $p \leq 0,05$), позитивні зміни з сім'єю в цілому ($G = 5$, $p = 0,05$) (рис. 4.6.).

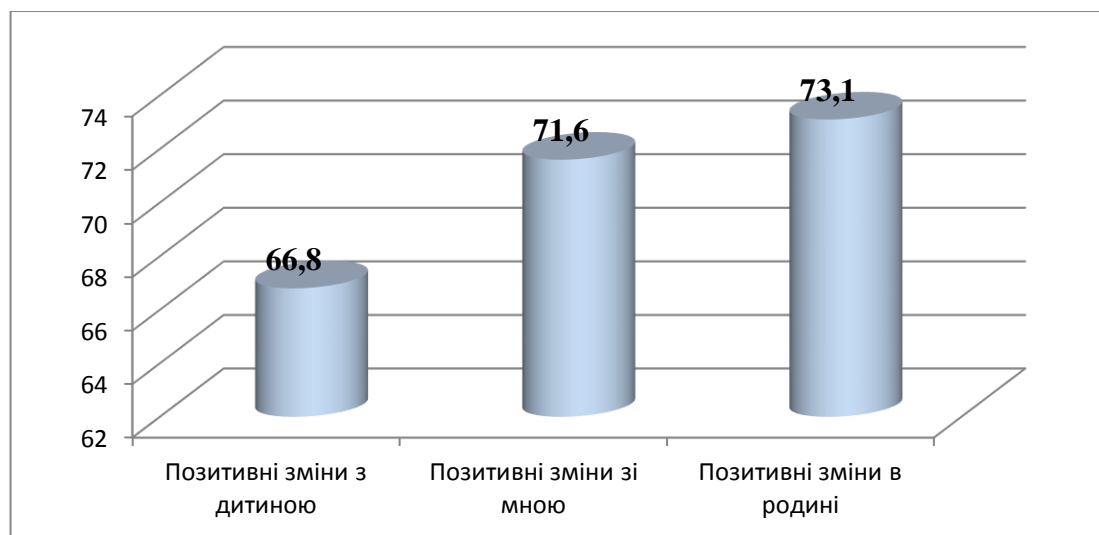


Рис. 4.6 Оцінка батьками позитивних змін після проходження ПК
(у відсотковому співвідношенні)

Для оцінки об'єктивно-реєстрованих змін використовувався метод експертних оцінок. В якості експертів виступили практикуючі психологи та вчителі дітей. В результаті проведених замірів були зафіксовані такі зміни (табл.4.2)

Таблиця 4.2

Результати ефективності психокорекції (об'єктивне оцінювання) ЧХД,
що проходили психокорекцію

Критерії	G
Став більш балакучим	4**
Став веселіше	4 **
Став більш дружелюбним	4 **

Став активнішим на уроках	5 *
Став проявляти лідерські якості	7
Ефективніше вирішує свої проблеми	5 *
Став більш адаптивним	5 *
Розширився поведінковий репертуар	6
Став менш боязким	4* *

Примітка: Кз -g Критерій знаків, ** - $p = 0,01$; $p^{**} \leq 0,05$

Як видно з таблиці, ЧХД, які були учасниками психокорекції, в результаті її проходження стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, стали проявляти більше ініціативи під час навчальних занять, стали ефективніше вирішувати свої проблеми, розширився поведінковий репертуар, діти стали менш боязкими. Разом з тим показник лідерства залишився на колишньому рівні, бо частохворіючі діти не проявляють лідерських якостей.

Як критерій ефективності проведеної психокорекційної програми виступили оцінки експертів в контрольній групі ЧХД (20 осіб, які не проходили програму). Як видно з таблиці 4.3, в групі контролю значущих змін не спостерігалось.

Таблиця 4.3

Результати ефективності (об'єктивне оцінювання) (група контролю)

Критерії	G
Став більш балакучим	7
Став веселіше	7
Став більш дружелюбним	7
Став активнішим на уроках	8
Став проявляти лідерські якості	7
Ефективніше вирішує свої проблеми	9
Став більш адаптивним	8

Розширився поведінковий репертуар	8
Став менше боязким	7

Примітка: Кз -G критерій знаків

Стійкість досягнутих результатів психокорекції перевірялася за допомогою повторної діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса через три місяці після завершення психокорекційного комплексу. Результати наведені у табл 4.4.

Таблиця 4.4

Результати повторного тестування шкільної тривожності ЧХД, (оцінка стійкості психокоррекционного ефекту)

Фактори	Заміри	M	Σ	G
Загальна тривожність у школі	До	72,20	14,68	3* *
	Після	54,07	14,39	
Переживання соціального стресу	До	32,74	7,71	4 **
	Після	18,26	7,31	
Фрустрація потреби в досягненні успіху	До	65,66	8,83	4**
	Після	48,20	12,82	
страх самовираження	До	74,97	14,15	4 **
	Після	55,98	7,95	
Страх ситуації перевірки знань	До	77,97	11,12	5*
	Після	54,95	13,63	
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	До	70,00	16,99	4**
	після	52,00	13,98	
Низька фізіологічна опірність стресу	до	81,00	13,70	5*
	після	74,00	14,29	

Проблеми і страхи у відносинах з учителем	до	61,25	9,22	3 **
	після	30,00	15,81	

Примітка: $p^{**} \leq 0,01$; $p^{**} \leq 0,05$, через три місяці після проходження ПК

Таблиця 4.5

Результати повторного тестування шкільної тривожності ЧБД
контрольної групи*

Фактори	заміри	M	Σ	G
Загальна тривожність у школі	до	73,81	12,38	7
	після	63,92	10,61	
Переживання соціального стресу	до	29,52	9,48	9
	після	27,06	9,60	
Фрустрація потреби в досягненні успіху	до	64,65	8,64	7
	після	57,56	12,68	
Страх самовираження	до	72,90	14,83	7
	після	64,13	13,29	
Страх ситуації перевірки знань	до	79,56	12,26	9
	після	79,83	12,89	
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	до	75,00	9,25	9
	після	73,75	7,44	
Низька фізіологічна опірність стресу	до	83,75	13,02	9
	після	87,50	10,35	
Проблеми і страхи у відносинах з учителем	до	59,37	8,83	7
	після	63,51	4,11	

Примітка: * через три місяці після проходження ПК

З таблиць видно, що в учасників психокорекційного комплексу, показники тривоги значно зменшилися, в той час як частоворіючі діти, які не проходили програму корекції (контрольна група), не змінились в рівні прояву тривоги.

Для виявлення змін у внутрішньо сімейній сфері було повторно проведено методику «Кінетичний малюнок сім'ї». Якщо до програми психокорекції, гармонійний тип був наявний лише у малій кількості випадків, то після корекції він збільшився. Інші типи виховання також зазнали змін (табл.4.6.)

Таблиця 4.6.

Поширеність типів сімейної взаємодії після проходження ЧХД
програми психокорекції

Типи взаємодії	G- критерій
Гармонійний	3**
Вибірково-відкидаючий	6
Коаліція з матір'ю	4**
Відкидаючий	4**
Кумир родини	7

Примітка: ** $p \leq 0,01$, через три місяці після проходження ПК

На малюнках ЧХД це проявлялось в наявності спільної діяльності, у зображенні усіх членів родини, у зближенні фігур тощо. Діти стали використовувати більш теплі кольори, більш різноманітні сюжети.

У малюнках ЧХД з групи контролю значних змін не відбулось. Отже, ми можемо говорити про те, що психокорекційний комплекс є ефективним при вирішенні внутрішньосімейних проблем у сім'ях, для нормалізації

ставлення батьків до ЧХД та для налагодження стосунків дитини з батьками.

Висновки до розділу 4

1. Мета комплексу психокорекційних заходів - нормалізація системи відносин особистості ЧХД. Даний комплекс включає наступні блоки психокорекції: програму психокорекції ЧХД; тренінг для батьків ЧХД; педагогічну конференцію з учителями, які працюють з ЧХД; індивідуальні психокорекційні зустрічі з частохворіючими дітьми і їх батьками.

Перший блок комплексу психокорекційних заходів спрямований на формування навичок спілкування ЧХД; нормалізацію відносин з однолітками; корекцію особистісних особливостей, які перешкоджають спілкуванню; підвищення самооцінки ЧХД; пом'якшення емоційного дискомфорту ЧБД; підвищення активності і самостійності ЧБД; формування адекватних гендерних відносин ЧХД. Психокорекційний процес для ЧХД включає етапи: діагностичний, установчий, корекційний і оцінювальний.

Оцінювальний етап складається з двох фаз: На першій фазі (первинній) оцінка ефективності проводилася безпосередньо після проходження ЧХД психокорекційної програми (протягом 7-и днів по її завершенню) за допомогою експертних оцінок. Друга фаза (вторинна) реалізовувалася через три місяці після завершення програми психокорекції з повторною перевіркою психодіагностичних даних.

Другий блок психокорекційного комплексу реалізується за допомогою розробки і проведення тренінгу для батьків ЧХД, який спрямований на активізацію батьків на самостійну психологічну роботу з дитиною; знайомство з концепціями ефективного / неефективного ставлення до дитини; усвідомлення батьківських установок; формування відповідальності за формування психологічних особливостей дітей; усвідомлення ролі дитини в сімейній структурі; усвідомлення вкладу

батьків у формування «Я-концепції дитини», прагнення до взаєморозуміння з дитиною; розвиток навичок батьківського холдингу.

Третій блок психокорекційного комплексу спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості ЧХД і формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей, що реалізується за допомогою педагогічної конференції.

Четвертий блок психокорекційного комплексу спрямований на гармонізацію відносин між частохворюючою дитиною та її батьками, та реалізується за допомогою психокорекційних зустрічей. Основними задачами даного блоку є: розвиток батьківської компетентності; руйнування коаліцій; формування нових альянсів; прояснення кордонів між членами сім'ї.

2. Розробка психокорекційного комплексу здійснювалася на основі прийнятих принципів психокорекційної роботи з дітьми, їх батьками та педагогами, а саме: принцип гуманістичної спрямованості психокорекції; принцип інтеграції різних способів, методів і прийомів психокорекційної інтервенції; принцип формування позитивного ставлення до дитини і адекватного ставлення до його стану; принцип підвищення педагогічних знань, психологічної компетентності та загальної культури батьків; принцип взаємодії сім'ї, психолога і педагогічних працівників; принцип нормативності розвитку на основі врахування вікових і психологічних та індивідуальних особливостей дитини; принцип профілактичного (попередження відхилень і труднощів у розвитку) і розвиваючого (оптимізація, стимулювання і збагачення змісту) розвитку; принцип єдності діагностики і корекції; діяльнісний принцип корекції.

3. Перший і другий блок психокорекційного комплексу реалізовувався в груповому форматі. Мета психокорекції полягає у відновленні психічної

єдності особистості шляхом гармонізації міжособистісних відносин. Головним інструментом корекційного впливу виступає група, яка допомагає виявити і скоригувати проблеми за рахунок міжособистісної взаємодії.

Задачі психокорекції зачіпають: саморозуміння (когнітивний аспект), ставлення до себе (емоційний аспект), саморегуляцію (поведінковий аспект).

У пізнавальній сфері групова психокорекція спрямована на усвідомлення того, які ситуації в групі і в реальному житті викликають тривогу, страх, напруга та інші негативні емоції, особливостей своєї поведінки і емоційного реагування, як сприймається їхня поведінка іншими, як оцінюють оточуючі ті, чи інші особливості поведінки, емоційного реагування, як відгукуються на них, які наслідки це поведінка має, існуючих неузгодженостей між власним образом «Я» і сприйняттям іншими, власних мотивів, потреб, захисних механізмів, внутрішніх психологічних проблем і конфліктів; особливостей міжособистісної взаємодії, міжособистісних конфліктів і їх причин; особливостей формування системи відносин, власної ролі в участі виникнення і збереження конфліктних ситуацій.

Емоційній сфері групова психокорекція повинна допомогти учасникам: отримати емоційну підтримку з боку інших учасників і психолога, що призводить до переживання власної цінності, ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності і спонтанності; пережити в групі ті почуття, які учасники відчувають в повсякденному житті; пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій; навчитися більш точного розуміння своїх почуттів; розкрити свої проблеми з відповідними їм переживаннями; модифікувати сприйняття себе самого і своїх відносин з іншими; зробити емоційну корекцію своїх відносин.

В поведінковій сфері групова корекція сприяє: придбанню здатності більш щирого, вільного спілкування; подолання неадекватних форм поведінки, що виявляються в групі, в тому числі пов'язані з униканням складних ситуацій; придбання навичок поведінки, пов'язаних із співпрацею, взаємодопомогою, відповідальністю і самостійністю; закріпленню нових форм поведінки, зокрема тих, які сприяють адаптації в реальному житті; виробленні та закріпленні адекватних форм поведінки і реагування на основі досягнення в пізнавальній та емоційній сферах.

4. У психокорекційному комплексі взяло участь 20 часто хворіючих дітей (10 дівчаток і 10 хлопчиків) у віці від 8 до 11 років ($M = 9,15$) і їх батьки в кількості 40 осіб (20 і 20 матерів батьків) у віці від 28 до 42 років.

5. Психокорекційний комплекс реалізовувався протягом 7 тижнів. Перший блок психокорекційного комплексу (психокорекційна програма для ЧХД) складався з 15 занять, по 1,5 години кожне; заняття проводилися два рази на тиждень. Другий блок психокорекційного комплексу (тренінг для батьків ЧХД) складався з 10 занять, 1,5 години кожне, частота зустрічей - 1 раз на тиждень. Третій блок психокорекційного комплексу (педагогічна конференція) складався з одноразового заняття тривалістю в 2, 5 години. Четвертий блок психокорекційного комплексу (індивідуальні психокорекційні заняття з ЧХД і їх батьками) включав 4 зустрічі тривалістю по 1 годині. В цілому психокорекційний комплекс реалізований протягом 2, 5 місяці.

6. Для оцінки ефективності психокорекційного комплексу було задіяно 3 критерії оцінки: суб'єктивно пережиті зміни учасників (психодіагностика дітей, відгуки і оцінки батьків); об'єктивно реєстровані зміни; стійкість змін.

Для оцінки об'єктивно-реєстрованих змін використовувався метод експертних оцінок, який показав, що діти після участі в комплексі психокорекційних заходів стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, стали проявляти більше ініціативи під час навчальних занять, стали ефективніше вирішувати свої проблеми, розширився поведінковий репертуар, діти стали менш боязкими.

Стійкість досягнутих результатів психокорекції перевірялася за допомогою методики діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса, відгуків і оцінок батьків. В учасників психокорекції, показники тривоги значно зменшилися, в той час як ЧХД, які не проходили корекцію (контрольна група), не змінилися в рівні прояву тривоги.

Суб'єктивно-пережиті зміни учасників (батьків) оцінювалися за результатами суб'єктивних звітів батьків, які брали участь в психокорекційному комплексі. Суб'єктивні звіти батьки оформляли в письмовому вигляді. Також була проведена кількісна оцінка ефективності участі в програмі за такими параметрами: позитивні зміни з дитиною, позитивні зміни зі мною, позитивні зміни з сім'єю в цілому. Оцінка батьків свідчила про те, що відбулися позитивні зміни як з дитиною, так і з самими собою, і з сім'єю в цілому.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове вирішення актуальної наукової проблеми підвищення якості лікування та життя дітей, які часто й тривало хворіють на рекурентні епізоди ГРЗ. В результаті проведеного дослідження дійшли висновків:

1. Діти, які часто й тривало хворіють на ГРЗ, є досить поширеною групою диспансерного спостереження, яка характеризується появою у майбутньому серйозних медичних (порушеннями розвитку різних органів і систем, зниженням рівня імунологічної резистентності, обмеженням рухової активності, розвиток супутніх та коморбідних розладів тощо), особистісних (неприйняття себе, своєї зовнішності, низька самооцінка, вивчена безпорадність, висока тривожність тощо) та психосоціальних (обмеження комунікації, інфантильна позиція, подовжений симбіоз, знижена соціальна критичність, порушення соціальної адаптації тощо) наслідків. Соціальна ситуація розвитку дітей зазначеної групи характеризується двома типами обмежень, що сприяють ретардації розвитку: 1) рухове обмеження; 2) обмеження пізнавальної діяльності.

У медико-психологічній літературі описано деякі психологічні особливості, що притаманні таким дітям, але їх системне вивчення майже не проводилися. Більшість робіт присвячена дошкільникам, так як що вони переважають у даній групі хворих; діти ж молодшого шкільного віку є менш дослідженими.

2. Характерологічний профіль особистості дітей, які часто хворіють, складають такі риси: паранойальність (недовірливість негативізм), сенситивність (надмірна уразливість, знижений емоційний самоконтроль, нестійкість настрою), залежність (підкореність, готовність слідувати правилам), інфантильність (упертість, егоцентризм, відсутність міжособистісної інтуїції) та астено-апатичність (зниження енергійності,

песимізм, тривога, апатичність). Важливою особливістю особистості ЧХД є дискордантність – сполучення контрарних рис: відособленості та залежності, впертості та покірності, егоїзму та центрації на значимій людині. Така дискордантність створює внутрішньоособистісну конфліктність - високу тривожність й напруженість селф-системи, що, безумовно, відбивається на системі забезпечення нарцисичного балансу, у самоствавленні.

3. Особливість психосемантики «Я»-системи (самоствавлення) дітей, які часто хворіють, полягає в тому, що вона конотована почуттями сорому, провини, переживанням себе як неуспішного, незадоволеного, безрадісного. Гендерні особливості психосемантичної організації вказаної системи полягають у тому, що у дівчат вона менш спотворена, ніж у хлопців – не конотована почуттям провини й не позбавлена насиченістю радістю. У дівчат конструкт «радість» не пов'язаний з конструктами «успіх» та «задоволеність», що вказує на не «ділове» походження «радісті». В той час як у хлопців вказаної групи конструкт «радість» пов'язаний з конструктами «успіх» та «задоволеність», що свідчить про традиційно-культурну інструментальність хлопчиків. Спотворення статеворольового розвитку, ухилення від нормативного його варіанту у хлопців створює гендерну тривогу, яка відбиває ретардацію гендерної соціалізації. У дітей, які часто хворіють, виявлено феномен «гендерної пустоти», який полягає у відсутності в перцептуальному полі дітей статеворольового виміру. Діти, які часто хворіють, (особливо хлопці) негативно сприймають свою гендерну роль – вони самі не відповідають гендерним «нормам» хлопчачої субкультури. Взагалі, статус «хворого» переживається хлопцями більш травматично, ніж дівчатами, він в більшій мірі несе у собі загрозу образу «справжнього чоловіка». Це відбивається на низькій самооцінці та на стосунках з хлопцями.

4. У дітей, які часто хворіють, суверенний психологічний простір депривовано, порушено межі «Я». Виявлено депривованість таких секторів психологічного простору як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, соціальних зв'язків, що свідчить про недоліки у процесах сепарації та формуванні «Я»-системи.

5. Ставлення дітей, які часто хворіють, до складних життєвих ситуацій характеризує сполучення таких рис: 1) тенденція до «відходу» від дискомфорту шляхом захисної «втечі» від реальності, а не активного подолання труднощів; 2) ставлення до труднощів - як до перманентної, непереборної сили; 3) фіксація на минулому; 4) пошук сильного наставника, частіше матері, й нездатністю до самостійного протистояння труднощам; 5) інтрапунітивна спрямованість реакцій; 6) почуття розгубленості, безпорадності, беззахисності. Для них властиві самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; зниження фіксації на задоволенні власних потреб й рівня соціальної адаптації; підвищений рівень тривожності.

6. У дітей, які часто хворіють, спостерігається спотворення сімейної соціалізації: поширеними є такі типи сімейної взаємодії: «вибірково-відкидаючий», «коаліція з матір'ю» та «кумир родини». Коаліція з матір'ю й вибірково-відкидаючий типи взаємодії відбивають напружене подружнє спілкування, в яке утягується хвора дитина. Тому сімейне напруження є чинником, що предиспонує розвитку частих рекурентних епізодів ГРЗ. Ймовірно, хвороба дитини несе декілька смислів: примирення батьків, викриття чоловіка в його холодності, неспроможності, немужності, безвідповідальності, в тому, він винен у тому, що дружина нещаслива, викриття жінки у тому, що вона неспроможна народити здорову дитину, у тому, що хвороба дитини – результат втручання, наприклад бабусі тощо. Тому хвороба дитини є резистентною до терапії – в ній «зацікавлені» деякі члени сім'ї: дитина – одержує «любов», жінка – викриває/наближає

чоловіка, чоловік – набуває «свободу», або, навпаки, смисл бути у сім'ї. Очевидно, що поряд з біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують й психологічні.

7. Розроблений комплекс психокорекційних заходів, спрямований на нормалізацію системи ставлень особистості дітей, які часто хворіють, який включає наступні блоки: програму психокорекції дітей; тренінг для батьків; педагогічну конференцію з учителями, які працюють з такими дітьми; індивідуальну та сумісну сімейну корекцію. Психокорекційний процес включає етапи: діагностичний, інсталяційний, корекційний і оцінний.

Мішені психокорекції становлять: саморозуміння, ставлення до себе та до оточення, саморегуляція. В ідеологічному відношенні психокорекційний комплекс заснований на ідеях клієнт-центрованого підходу К. Роджерса, а у технічному - побудований за полімодальним принципом.

Психокорекційний комплекс є ефективним, що підтверджують різні оціночні процедури (суб'єктивно пережиті зміни, об'єктивно реєстровані зміни, стійкість змін). Після участі в комплексі психокорекційних заходів діти стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, ініціативними, ефективними при вирішенні своїх проблем, вони стали менш боязкими й тривожними, у них розширився поведінковий репертуар, змінився стиль сімейної взаємодії.

Перспектива подальших досліджень пов'язана з уточненням даних щодо ролі статеворольових чинників у розвитку ГРЗ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alanko K. Childhood gender atypical behavior and adults same-sex sexuality : genetic and environmental influences and associations with recalled parent-child relationships and current psychiatric symptoms / Katarina Alanko. — Finland : Abo Akademi University, 2010. — 159 p.
2. Bem S. Gender Schema Theory and Its Implications for Child Development: Raising Gender-Aschematic Children in a Gender-Schematic Society / Bem S. // Signs : Journal for Women in Culture and Society. — 1983. — № 8. — P. 598–616.
3. Bolin A. Perspectives on human sexuality / A. Bolin, P. Whelehan. — Albany, New York : State University of New York press, 1999. — 503 p.
4. Dombeck M. Coping Strategies and Defense Mechanisms: Basic and Intermediate Defenses / Mark Dombeck, Jolyn Wells-Moran. — 1994 — P. 23–25 (тоже)
5. Eysenk H. The effects of psychotherapy: an evaluation/ Eysenk H. // J. of Consult. Psychology. 1952. V.16. - P. 319 - 324
6. Goldenberg H. Family therapy : an overview / Herbert Goldenberg, Irene Goldenberg. — [7-th edition]. — USA : Oxford University Press, 2008. — 480 p.
7. Govorun T. Sexuality victimized teenagers in the focus of sociological study / T. Govorun, B. Vornik // Child Sexual Violence. Supplement from the East-West Conference. — Prague 1996 – Prague, 1997. — 47-51 p.
8. Haan N. Coping and deference mechanisms related to personality inventories / N. Haan // Journal of consuting psychology. — 1965. — V. 29. — P.373–378.

9. Heibrun A. B. Measurement of masculine and feminine sex-role identities as independent dimensions / A. B. Heibrun // *Journal of Consulting and Clin. Psychol.* — 1976. — Vol. 44. — P. 183–190.
10. Heilbrun A. Gender differences in the functional linkage between androgyny, social cognition and competence / A. Heilbrun // *Journal of Personality and Social Psychology.* — 1981. — Vol. 41. — P. 1106—1118.
11. Heilbrun A. B. Sex role, instrumental-expressive behavior and psychopathology in females / A. B. Heilbrun // *Journal of Abnormal Psychology.* — 1968. — № 73. — P. 131–136.
12. Hofstede G. The cultural construction of gender / G. Hofstede and al. // *Masculinity and Femininity : The taboo dimension of national cultures.* — Thousand Oaks (CA), 1998. — P. 77–106.
13. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy/ Krystal H. // *American Journal of Psychotherapy.* — 1979 — V. 33. № 1. — P. 17–31
14. Moon B. L. The dynamics of art as therapy with adolescents / Bruce Moon L. — Springfield, Illinois : Thomas, 1998. — 237 p.
15. Moyer K.E. Kinds of Aggression and Their Physiological Basis // *Communication in Behavioral Biology, Part A.* — 1968. — #2. — P.65-87.
16. Parsons T. Family, socialization, and interaction process / T. Parsons, R. F. Bales. — Glencoe: Free Press. — 1955. — 111 p.
17. Pinsof W. M. Family psychology: the art of the science / William M. Pinsof, Jay Ledow. — UK : Oxford University Press, 2005. — 590 p.
18. Rogers C. R. A personal formulation of client-centered therapy / Rogers C. R. // *Marriage and Family Living.* — 1952. — Vol. 14. — P. 341–361. Rogers C. R. Client-centered therapy: a helping process / Rogers C. R. // *The University of Round Table.* — 1951. — Vol. 698. — P. 12–21. Rogers C. R. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory / Rogers C. R. — Boston: Houghton Mifflin Company, 1951. — 234 p.

19. Rogers C. R. Counseling and Psychotherapy / Rogers C. R. – Boston: Houghton Mifflin, 1942. – P. 43 – 47.
20. Rogers C. R. On becoming a person // A Therapist's view of psychotherapy / Rogers C.R. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1961. – P. 294–297.
21. Salmon C. A. Family Relationships / Catherine A. Salmon, Told K. Shckelford. — USA : Oxford University Press, 2007. — 376 p.
22. Stiles K. A life-style instrument for Children / K. Stiles, B. Wilborn // Individ. Psychol. – 1992. – Vol. 48, № 1. — P. 96–106.
23. Ainsworth M. D. The effects of maternal deprivation : A review of findings and controversy in the context of research strategy / M. D. Ainsworth // Deprivation of maternal care : A reassessment of its effects. Public Health Papers. — Geneva, 1962. — № 14. — P. 97–165.
24. Аве-Лаллемант У. Графический тест "Звезды и волны" / Аве-Лаллемант У. - Санкт-Петербург, Семантика-С & Речь 2002- 242с
25. Аверин В. А. Психология человека от рождения до смерти. Младенчество. Детство. Юность. Взрослость. Старость : полный курс психологии развития / В. А. Аверин. — 2-е изд. — М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2003. — 411 с.
26. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер ; [пер с англ. А. А. Валеева и Р. А. Валеевой]. — Ростов н/Д. : Феникс, 1998. — 448 с.
27. Александровская Э.М. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: Методические рекомендации/ Александровская Э.М., Гильяшева И.Н. – М.: Изд-во МГУ, 1993.
28. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. – Саратов, 1986. – 183 с.

29. Андреева Е. И. Патогенетические основы врачебной тактики оздоровления часто болеющих детей, посещающих дошкольные учреждения / Е. И. Андреева, Б. К. Мусина // Педиатрия. – 1990. – № 9. – С. 63 – 67.
30. Андреева Т.В. Психология современной семьи / Т.В. Андреева. - СПб: Речь, 2005. - 434 с.
31. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками/ Анн Л.Ф. — СПб., 2004.— 271 с.
32. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А.Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – Т.2, № 3. – С. 116-125.
33. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2006. - 336 с.
34. Аэндрет Г. А. Игровая терапия: искусство отношений/ Г. А. Аэндрет. — М.: Междунар. педаг. академия, 1994.
35. Бадьина Н.П. Профилактика и преодоление школьной дезадаптации первоклассников/ Бадьина Н.П. - Курган, 2005.- С.23.
36. Банщиков В. М. Медицинская психология./Банщиков В. М.,Гуськов В. С.,Мягков И. Ф.– М.: «Медицина»,1967.– С.165–215.
37. Баранов А.А. Пути оздоровления часто болеющих детей/ Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. // Вопросы охраны материнства и детства. 1986.- № 8. - С. 65–67.
38. Бассин Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Ф. В. Бассин // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. науч. – практ. конф. – М., 1972. – С. 25-33.
39. Бачков И. В. Окна в мир тренинга / Бачков И. В., Дерябо С. Д. - СПб.: Речь, 2004
40. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.

41. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: Пер.с англ./ Роберт Бернс.– М.: Прогресс,1986.– 365с.
42. Беш Л.В. лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей, які часто хворіють:прості відповіді на складні запитання/ Л.В.Беш, О.І.Мацюра// Здоровя України.- 2015.- Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Pediatr_4/50-51.pdf
43. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. — СПб. : Питер, 2008. — 398 с.
44. Ботьбот Ю.К. Часто хворіючі діти: особливості імунної відповіді при ГРВІ / Ботьбот Ю.К., Таран О.М. // Актуальные вопросы педиатрии. – 2008. – 4 (21). –С.33.
45. Братнина, И. П. Респираторные заболевания у детей: лечение растительными и гомеопатическими препаратами / И. П. Братнина, О. В. Ворошко // РМЖ. – 2002. – № 2. – С.19
46. Браэм Г. Психология цвета/ Г.Браэм.- М.: АСТ, Астрель, 2009. - 158 с.
47. Булгакова В.А. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей/ Булгакова В.А., Балаболкин И.И. // Медицинский совет. – 2007. – № 3.- С49
48. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия:Учебник для вузов / Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е.– СПб.: Питер, 2003. – 472с.
49. Бутенко Н. И. От формирования гигиенической и физической культуры к формированию здорового образа жизни / Н. И. Бутенко, Т. Г. Олешкевич, Н. А. Палиева // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М., Ставрополь, 1999. – 320 с.
50. Бэндлер, Р. Семейная терапия / Р. Бэндлер.- Воронеж, 1993. - 128 с.

51. Валлон А. Ландшафт детской души: Юнгианское консультирование в школах и клиниках/ Валлон А. - М.: ПЕР СЭ, 2006. — 217 с.
52. Варга А. Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции / А. Я. Варга // Вестник МГУ. Серия «Психология». – 1985. – №4. – С.32-37.
53. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. психол. наук./ Варга А.Я. – Москва, 1987. 18 с.
54. Василевский И.В. Иммунологические аспекты оздоровления часто болеющих детей // Медицинская панорама, 2003.- № 1.- С. 43
55. Василевский И.В. Часто болеющие дети: практические подходы к иммунокорректирующей терапии // «Медицина», 2008.- № 2.- С. 93 – 99;
56. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение/ Л. И. Вассерман, О. Ю.Щелкова.– СПб.: филологический факультет СПбГУ;М.:Издательский центр «Академия», 2003. – 736с.
57. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине/ Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>
58. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга / И. В. Вачков. — М. : Ось-89, 1999. — 176 с.
59. Вачков И.В. Групповые методы в работе школьного психолога / И. В. Вачков. — М.: Ось-89, 2002. — 224 с.
60. Вейц А.Э. Психологические особенности детей с неврозоподобными расстройствами и неврозами / А.Э. Вейц// Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон.

науч. журн. – 2014. – N 4 (6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>

61. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты / А. Л. Венгер. — М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. — 159 с.

62. Веселов Н. Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н. Г. Веселов, Е. Ю. Кузнецова, Г. К. Ермакова, Н. Н. Яременко с соавт. – Л.: 1990. – 55 с.

63. Винникот Д.В. Разговор с родителями / Д.В. Винникот. - М.: независимая фирма «Класс», 1995 г. - 92 с.

64. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков/ Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, ОА. Карабанова. — М.: Академия,2002.С. — 208.

65. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков / [под ред Д. Б. Эльконина, Т. В. Драгуновой]. — М. : «Просвещение», 1967. — 360 с.

66. Волков И. К. Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия / И. К. Волков // Российский аллергологический журнал: сборник тематических статей по проблеме «часто болеющие дети». – 2006. – С. 48–63.

67. Волкова Е. Трудные дети; или трудные родители? / Е. Волкова. - М.: Педагогика; 1992-96с.

68. Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. [Электронный ресурс] / Волкова О.Н. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. - N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

69. Вопросы детской и общей психологии Текст.: сборник статей / Под ред. Б.Г. Ананьева. - М.: Просвещение, 1954. - 204 с.

70. Выготский Л. С. Проблема культурного развития ребенка / Л. С. Выготский // Вестник Моск. ун-та. Серия 14, «Психология». — 1991. — № 4. — С. 5— 18.
71. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрение ребёнка / Л. С. Выготский // Психология личности. Тексты. — М.: Педагогика, 1982. — Т. 5.
72. Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности/ Лев Семенович Выготский // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. - М.: Издательство Московского университета, 1980. - С.24-35.
73. Выготский Л. С. Педагогическая психология. / Л. С. Выготский. — М. : Педагогика, 1991. — 480 с.
74. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. — М. : Эксмо, 2005. — 135 с.
75. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. Т. 4. Детская психология / под ред. Д. Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
76. Вылегжанина Г.Г. Часто болеющий ребенок: факторы и механизмы развития личности [Текст] / Г.Г.Вылегжанина // Развитие личности больного ребенка: сб. науч. ст. — Красноярск: РИО КГПУ, 2004. — С. 22-28.
77. Вылегжанина, Г.Г. Социально-психологические трудности развития часто болеющих детей / Г.Г.Вылегжанина // Образование как институт социально-психологической защиты детства: Психологические чтения: сб. материалов Международной научно- практической конференции. - М.: Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2006. - Вып. 3. - С . 144-145
78. Гаращенко Т.И. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и уха у часто болеющих детей/ Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Маркова Т.П. // Consilium medicum. Педиатрия (приложение). — 2002. — Т. 4, № 3. — С. 7-14.

79. Гиппенрейтер, Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Масс медиа, 1995. - 238 с.
80. Гордон Т. Р. Повышение родительской эффективности/ Гордон Т. Р. / Популярная педагогика. — Екатеринбург: АРД АТД, 1997.
81. Грабенко Т.Н. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры/ Грабенко Т.Н., Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева.- СПб.: Детство-Пресс, 2002.
82. Грегг М. Ферс Тайный мир рисунка / Грегг М. Ферс.- СПб.: Деметра, 2003. - 176с.
83. Груздева О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития: Монография /О.В. Груздева. - Красноярск: РИО КГПУ им.В.П. Астафьева, 2004.160с.
84. Груздева О.В. Социальные и биологические детерминанты личностного развития соматически больных детей дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата)/ Груздева О.В. // Развитие личности больного ребенка. - Красноярск, 2004.-С.19
85. Дети в семейной психотерапии: практическая работа и профессиональное обучение / под ред. Дж. Зильбах. М.: Изд - во Института психотерапии, 2004. - 205 с.
86. Детская практическая психология Текст.: учебник / Под ред. проф. Т.ДМарцинковской. М.: Гардарики, 2003. - 255 с.
87. Джайнотт Х. Родители и дети / Джайнотт Х. // Сер. «Знание». Пед. ф-т. 1986. - № 4.-С.22
88. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей : пособие для врачей / под ред. В. Ф. Учайкина. – М., 2001.-С17.
89. Добряков И.В. Психология семьи и больной ребенок / И.В. Добряков, О.В. Защирина. - СПб.: Речь, 2007.-400 с.

90. Добсон Дж. Исчерпывающие ответы: Родителям о детях / Добсон Дж. - 587 с., СПб: Мирт, 2000. –С67.
91. Доманецкая Л.В. Особенности общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями как условие улучшения его соматического статуса. [Электронный ресурс] / Доманецкая Л.В. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
92. Дружинин, В.Н. Психология семьи / В.Н. Дружинин. М.: КПС, 1996.-160 с.
93. Дубовик Е.Ю. Влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. [Электронный ресурс]/ Дубовик Е.Ю., Ковалевский В.А. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
94. Дубровина И.В. Семья и социализация ребенка / И.В. Дубровина // Мир психологии. 1998. - январь - март. - №13. - С. 27 -36.
95. Дусказиева Ж.Г. Особенности эмоционального восприятия собственной и противоположной половой роли часто болеющими детьми 5-7 лет/ Дусказиева Ж.Г. // Сибирский психологический журнал. - 2009. - № 32.-С23-35
96. Журков Е. Г. Состояние здоровья детей, посещающих дошкольные учреждения / Е. Г. Журков. – М., 1991. – 158 с.
97. Заззо Р. Психическое развитие ребенка и влияние среды / Р. Заззо // Вопросы психологии. — 1967. — № 2. — С. 11—24.
98. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский // Серия: Достижения в психологии. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2007. – 336 с.
99. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.

100. Захарова Р. А. Методика изучения социально-валеологического состояния семей / Р. А. Захарова // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.; Ставрополь, 1999. – 320 с.
101. Захарова Р. А. О некоторых препятствиях на пути формирования здорового образа жизни – ортобиоза / Р. А. Захарова // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.; Ставрополь, 1999. – 320 с.
102. Зверева Н. В. Клиническая психология детей и подростков : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 272 с
103. Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии / Б. В. Зейгарник // Вестник МГУ: Серия Психология. – 1981. – № 2. – С. 9–15.
104. Зимбардо Ф., Рэдл Ш. Застенчивый ребенок: как преодолеть детскую застенчивость и предупредить её развитие / [Пер. с англ. Е. Долинской] — М.: АСТ: Астрель, 2005. С.16
105. Иванова В. И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений / В. И. Иванов // Вестник МГУ. – 1993. – № 1. – С.31-38.
106. Игнатова Л. Ф. Состояние здоровья детей как критерий готовности к обучению в школе / Л. Ф. Игнатова // Школа здоровья. – 1996.– № 4. – С. 84-85.
107. Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков/ Игумнов С. А. Минск: Беларуская навука, 1999.-С.19.
108. Игумнов С. А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков / Игумнов С. А. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 112 с.
109. Изард К. Э. Психология эмоций / Кэррол Э. Изард. – СПб.: Питер, 2008. – 464с.
110. Ильин Е. П. Эмоции и чувства/ Ильин Е. П. - СПб: Питер, 2001. - 752 с:

111. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. – СПб., 1993. – 75 с.
112. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей/ Исаев Д.Н. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
113. Исаев Д.Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков / Д.Н. Исаев.- Л., 1988. -287с.
114. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Исаев Д.Н. - СПб., 2000.- С.12-67.
115. Исаева Е.Р. Копинг- поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни/ Е.Р.Исаева. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
116. Исурина Г.Л. Методы и техники групповой психотерапии/ Исурина Г.Л. // Групповая психотерапия. М., 2005. –С.56.
117. Кабанов М.М. Актуальные задачи медицинской психологии/ М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский // Психология и медицина: Материалы к симпозиуму.– М.: Институт Академии Наук СССР, 1978. – С. 20–25.
118. Капланская И.Л. Влияние внутрисемейных отношений на течение тревожно-фобического расстройства у детей 7-10 лет/ И.Л.Капланская// Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011. – Т.5. – №1. – С. 84-95.
119. Капланская И.Л. Тревожно-фобические расстройства у детей в контексте нарушенного семейного функционирования / И.Л.Капланская// Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде / Материалы конфер. «XI Мнухинские чтения» 21 марта 2013. – СПб, 2013. – С. 192-197.

120. Капустин С.А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании/ С.А.Капустин.- М.: Когито-Центр, 2014. 239 с.
121. Капустин С.А. Особенности личности детей в семьях клиентов психологической консультации/ С.А.Капустин // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1(17). – С. 79-87.
122. Капустин С.А. Стили родительского воспитания в семьях клиентов психологической консультации по детско-родительскими проблемами / С.А. Капустин // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. - 2014. - № 4. - С. 76-90.
123. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования / О.А. Карабанова. М.: Гардарики, 2005. - 319 с.
124. Карабанова О. А. Работа с родителями Основы возрастно-психологического консультирования: Учебно-методическое пособие. Карабанова О. А. / М.: Изд-во Московского университета, 1991. С. 63 — 76.
125. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка / Карабанова О.А. — М., 1997. — 191 с.
126. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Борис Дмитриевич Карвасарский .– Л.: «Медицина», 1982. – С. 155-207.
127. Касаткин В.Н. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей и у пациентов с бронхиальной астмой / Касаткин В.Н., Михеева А.А. – Москва,1998.- 157с.
128. Касаткин В.Н. Результаты трехлетнего катамнеза у часто болеющих детей / Касаткин В.Н., Михайлова Н.В., Румянцев А.Г. // Педиатрия. — 1998. — № 2. — С. 43-47.
129. Касвинов С. Г. Система Выготского. Книга 1: Обучение и развитие детей и подростков / С. Г. Касвинов. – Харьков: Райдер, 2013. – 460 с.

130. Квасенко А. В. Психология здоровья / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. – Л.: «Медицина», 1980.– С.7–75; С.137–143.
131. Клиническая психология / Под ред. Бориса Дмитриевича Карвасарского.– СПб.: Питер, 2002. – С. 498–793.
132. Ключева, Н.В. Психолог и семья: диагностика, консультации, тренинг / Н.В. Ключева. Ярославль: Академия развития, 2001. – 160с.
133. Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни/ В. В. Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. – С.102–114.
134. Ковалевский В. А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В. А. Ковалевский. – Красноярск, 1997. – 122с.
135. Ковалевский В.А. Психология ребенка - пациента соматической клиники. Практикум./ Ковалевский В.А., Урываев В.А. - Красноярск-Ярославль, 2006. - 87 с.
136. Конева Е.В. Характеристики обыденных представлений о взаимодействии врач – родители – ребенок и чувствительность к внешним факторам/ Конева Е.В., Солондаев В.К. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>
137. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага.: Авиценум медицинское издательство, 1974. – С. 187–227.
138. Корнеева Е.Н. Взгляд на социализацию с точки зрения возрастной психологии / Е.Н. Корнеева // Ярославский педагогический вестник. 1996. - №2. - С. 17 - 23.

139. Коровина Н.А. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей / Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. – М.: Пьер Фабр, 1998. – 45 с.
140. Коровина, Н. А. Часто и длительно болеющие дети: терминология, патофизиология, терапевтические подходы / Н. А. Коровина // Опыт применения рибомунила в российской педиатрической практике : пособие для педиатров. – М.,2002. – С. 7–16.
141. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности / Л.М. Костина. СПб.: Издательство«Речь», 2002.- 198с.
142. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей / Котова Е.В. - Красноярск, 2004. - 152 с.
143. Кочарян А. С. Клиент-центрированная психотерапия: некоторые концептуальные проблемы / Александр Суменович Кочарян // Психологія у суспільстві, що трансформується : матеріали VI Харк. міжнар. психол. читань, присвяч. пам'яті О. М. Лактіонова (квітень 2010 р.). — Х., 2010. — С. 207–212.
144. Кравець Ю. Інноваційний підхід у реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють / Юлія Кравець, Олена Толкачова // Молода наука : зб. матеріалів наук.-практ.конф. студ.та молод.учених.– Запоріжжя: ЗНУ, 2009. – С.231-232
145. Кравець Ю. Інноваційний підхід у реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють / Ю.Кравець, О.Толкачова // Молода наука:зб.матеріалів наук.-практ.конф.студ. та молод.учених.- Запоріжжя:ЗНУ, 2009.- С.231-232
146. Кравцова Н.А. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств / Н.А. Кравцова, А.В. Катасонова, А.Ю. Довженко [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 48–55.

147. Кравцова Н.А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип./ Н. А. Кравцова. – Владивосток: Медицина ДВ, 2013. – 224 с.

148. Кравцова Н.А. Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами / Н.А.Кравцова// Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: материалы Международной науч.-практ. конф. / под ред. Н.А. Кравцовой. – Владивосток: Мор. гос. ун-т им. Г.И. Невельского, 2011. – С. 139–146.

149. Кравцова Н.А. Саногенный и патогенный варианты психосоматического развития / Н.А.Кравцова// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 1(36) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

150. Кравцова Н.А. Семейные факторы и личностные предрасположения психосоматических расстройств // Детство и семья в современном мире: материалы международной научно-практической конференции / под ред. Н.А. Кравцовой. – Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2012. – С. 251–260.

151. Крайг Г. Психология развития / Грэйс Крайг, Дон Бокум ; [пер. с англ. ЗАО Издательский дом «Питер»]. — 9-е изд. — СПб. : Питер, 2006. — 940 с.

152. Кришталь В. В Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / [Кришталь В. В, Михайлов Б. В, Марута Н.О, Шестопалова Л.Ф.] // Медицинская психология. – № 1. – 2006. – С. 3–6.

153. Крюкова Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения / Т. Л. Крюкова // Психологический журнал. – 2005.– Т. 26. – № 2. – С. 5–15.

154. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей/ Кряжева Н.Л. — Ярославль, 1996. — 208 с.
155. Кубышкина М.Л. Психологические особенности мотивации социального успеха. Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05. / Кубышкина М.Л. - СПб., 1997. 222с.
156. Кудрявцев В. Т. Психолого-педагогические принципы развивающей оздоровительной работы с дошкольниками / Кудрявцев В. Т. // Начальная школа: плюс-минус. 2000. № 7. С. 3—8.
157. Куфтяк Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика/ Е.В.Куфтяк // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 5(28) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>
158. Кэмпбелл Р. Как на самом деле любить детей / Кэмпбелл Р. — М.: Знание, 1990.
159. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования/ Лазарус Р. // Эмоциональный стресс.– Л.: «Медицина», 1970. – С. 178–195.
160. Лакосина Н. Д. Медицинская психология/ Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: «Медицина», 1984. – С. 55–210.
161. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / Лаутербах В. // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. - СПб., изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. - С. 28-41.
162. Лебедева Д.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Д.Д.Лебедева. - СПб.: Речь, 2003. - 256 с
163. Лебедева Л. Д. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии/ Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А. – СПб.: Речь, 2006. – С. 108–157.

164. Лебеденко Е.Н. Развитие самосознания и индивидуальности. Выпуск 1. Какой Я? Методическое руководство./ Лебеденко Е.Н. — М.: Прометей; Книголюб, 2003. — 64 с.
165. Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию/М. С. Лебединский, В.Н. Мясищев. — Л.: «Медицина», 1966. — С. 265–357.
166. Левченко Е. В. История и теория психологии отношений / Левченко Е. В. — СПб., 2003.- 17-56.
167. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: в 2-х т. / А. Н. Леонтьев. — М. — 1982. — Т. 2. — С. 251 — 261.
168. Леонтьев А. Н. Современная психология / А. Н. Леонтьев. — М. — 1983. — С. 134–137.
169. Леонтьев А.Н. Избранные психологические изобретения: в 2т. / Леонтьев А.Н. - М.: Педагогика, 1983. Т.1. 392с., Т.2. 1983. 320с.
170. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики / Леонтьев А.Н. - М., 1998. — 584с.
171. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально личностного развития соматически ослабленных детей/ Ливанова М.Н. - Казань, 1997. - 202с.
172. Лидере А. Г. Психологический тренинг с подростками/ Лидере А. Г. М.: Академия, 2004.
173. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Николай Дмитриевич Линде. — М.:Издательский центр «Академия», 2002. — 208 с.
174. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Александр Романович Лурия. — М: «Медицина»,1977.—111с.
175. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Лютова Е.К., Моница Г. Б. — СПб.: Речь, 2001. — 190 с.
176. Мазепина Т.Б. Развитие навыков ребенка в играх, тренингах, тестах / Мазепина Т.Б.— Ростов н/Д: Феникс,2003. — 108 с.

177. Макаренко А.А. Практикум по психологии и проективные методы психологии / А.А.Макаренко, Н.Л.Калайтан, Е.К.Яковенко.- Х.Нац.уню—т «ХАИ».- 2014.-53с.

178. Макаренко А.О. Типи батьківського ставлення до дитини (підлітка) з хронічною соматичною патологією та її психосексуальний розвиток (теоретико-методологічні аспекти)/ А.О.Макаренко// Вісник харківського національного університету імені В.Н.Каразіна.- №1121.- С.128-133.

179. Макарова З.С. Особенности состояния здоровья часто болеющих детей / Макарова З.С., Черток Т.Я., Тонкова-Ямпольская Р.В. / Педиатрия. 1995.- С 59-64.

180. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях детской поликлиники// Поликлиника. – 2005. - №1. – С. 14-16.

181. Максименко К. С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях / К. С. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 12. – С.28–30.

182. Максименко К.С. Аналіз психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів та інтервенцій/ К.С. Максименко// Сек'юритологія. Краков. – 2012.- С.85-103

183. Максименко К.С. Генетико-психологічна парадигма в контексті інтеграційних психотерапевтичних підходів/ К.С.Максименко// Психологічні перспективи. Луцьк.- 2013.- Вип. 22. С.122-131.

184. Максименко К.С. Проблема мультикаузації психічних і психосоматичних розладів людини/ К.С.Максименко// Проблеми сучасної психології Зб. Наук. пр.. ДВНЗ «Запорізький національний університет»- Запоріжжя, 2015. –Вип. 1(17).- с.130-136

185. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості / С. Д. Максименко. — К. : Видавництво ТОВ «КММ», 2006. — 240 с.

186. Максименко С. Д. Общая психология / С. Д. Максименко. — К.: Ваклер, 2000. — 523 с.
187. Максименко С. Д. Психологічні механізми зародження особистості / С. Д. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. — Вип. 9. — Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2010. — С. 3-18.
188. Максименко С. Д. Структура особистості / С. Д. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. — 2007. — № 1. — С. 1-13.
189. Макшанов С. И. / Макшанов С. И., Хрящева Н. Ю. Психогимнастика в тренинге. — Ч. 1. — СПб., 1993.
190. Макшанов С. И. / Макшанов С. И., Хрящева Н. Ю., Сидоренко Е. В. Психогимнастика в тренинге. — Ч. 2. — СПб., 1993.
191. Маркова Т.П. Механизм действия ИРС-19 в группе длительно и часто болеющих детей / Маркова Т.П., Чувиров Д.Г., Гаращенко Т.И. // Иммунология. — 2000. — № 5. — С. 56-59.
192. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети / Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. // РМЖ. — 2002. — Т. 10- № 3.- С.14.
193. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И.М. Марковская.- СПб., 2000. - 286 с.
194. Марушко Ю.В. Диференційовані підходи до терапії кашлю у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання [Електронний ресурс]//Ю.В.Марушко, Т.В.Гищак// Педіатрія, 2015 .- Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_23/57-58.pdf
195. Медична психологія. Підручник/ [Максименко С. Д, Коваль І. А, Максименко К. С., Папуча М. В.] – Вінниця: Нова книга, 2008. – 520 с.
196. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / Владимир Давыдович Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005. – 432 с.

197. Минухин С. Техники семейной терапии/ Минухин С. , Фишман Ч. - М.: Класс, 1998.- С.16-56.
198. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической клинике / Михайлов Б. В., Сердюк Б. В., Федосеев В. А. – Х.: «Прапор», 2002. – 125 с.
199. Михайлова Н. В. Клинико-физиологические и психологические особенности часто болеющих детей: автореф. дис...канд. мед. наук: Спец.: 14.00.09/ Н. В. Михайлова. – М., 1998. – 25 с.
200. Михеева А. А. Психологическая помощь часто болеющим детям / А. А. Михеева, Е. О. Смирнова // Школа здоровья. – 1999. – № 1. – С. 55–73.
201. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: дис. ... канд психол. наук./ А.А. Михеева.- М., 1999. 168 с.
202. Монахова А.Ю. Психолог и семья: Активные методы взаимодействия / А.Ю. Монахова. - Ярославль: Академия развития: Академия Холдинг, 2002.- 159 с.
203. Морли Ст. Методы когнитивной терапии в тренинге социальных навыков / Морли Ст., Шефферд Дж., Спенс С. - СПб.: Питер, 1996.- С.34-60.
204. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника/ Н.А. Мосина - Красноярск, 2007. - 144 с.
205. Мохина И. В. Медицинская психология / Мохина И. В. – Ростов.: ИРУ, 1978. – 61с.
206. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. / В. С. Мухина - М.:Класс, 1999.- С.34-89.
207. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Ролло Мэй ; [пер. с англ. Т. К. Кругловой]. — М. : Класс, 2001. — 131 с.

208. Мягер В. К. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии / В. К. Мягер, Т. М. Мишина. – Ленинград : Медицина, 1979. – С. 297-310
209. Мясищев В. Н. Психология и медицина/ Владимир Николаевич Мясищев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. – С. 41–46.
210. Мясищев В. Н. Психология отношений/ Владимир Николаевич Мясищев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с.
211. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья / Владимир Николаевич Мясищев //Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2000 – С. 212-226.
212. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / Владимир Николаевич Мясищев. – Л.: ЛГУ, 1960. – 426с.
213. Мясищев В.Н. Проблемы отношения человека и ее место в психологии/ В.Н. Мясищев // Вопросы психологии, 1957, №5, с. 142-155.
214. Намазова Л.С. ОРИ у детей: что важнее – лечение или профилактика? // Лечащий врач, 2002.- № 1-2.- С. 4 – 8.;
215. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии / Нартова-Бочавер С. К. - СПб. 2008. - 400с
216. Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб. : Питер, 2007. — 410 с.
217. Нефедова Н.И. Социальные представления об успехе. Дисс. ... канд.психол. наук: 19.00.05. / Н.И. Нефедова - Ярославль, 2004. 186с.
218. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику / В. Н. Николаева. – М., 1987. – 166 с.

219. Никольская И. М. Психологическая защита у детей/ И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – Санкт-Петербург.: «Речь», 2001. – С. 70–81.
220. Новак А. Обратная связь о состоянии группы и участников социально-психологического тренинга в конце дня / Новак А. // Журнал практического психолога. - 1998. - № 2. - С. 79-83.
221. Обухова Л.Ф. Детская психология / Л.Ф.Обухова.- М.: Тривола, 1995. - С.45-89.
222. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен / Р. В. Овчарова. — М. : Московский психолого-социальный институт, 2006. — 496 с.
223. Олиференко Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.Я. Олиференко, Т.И. Шульга, И.Ф. Дементьева. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. –
224. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов / А. А. Осипова– М.: Сфера, 2002. – 512 с.
225. Основы общей и медицинской психологии/ [Мясищев В. Н., Карвасарский Д. Б., Либих С. С., Тонконогий И. М.] – Л.: «Медицина», 1975. – С.213–219.
226. Пезешкиан Н. В. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н.В. Пезешкиан. – М., 1996. – 463 с.
227. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт. / Н.В. Пезешкиан. — М.: Смысл, 1993.
228. Перлз Ф. Практикум по гештальттерапии: Пер. с англ. /Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 227 с.
229. Петровский А. В. К разработке социально-психологического подхода к групповой психотерапии / Петровский А. В.// – Ленинград, 1975. – С. 96–114.

230. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. / Петровский А. В. - М.: Знание, 2008. - 384 с.
231. Популярная психология для родителей / Под ред. А. А. Бодалева. — М.: Педагогика, 1989.
232. Поскребышева Н.Н. Возрастно-психологический подход в исследовании личностной автономии подростка / Н.Н. Поскребышева, О.А. Карабанова // Национальный психологический журнал. - 2014. - № 1(13). - С. 74-85.
233. Поттер-Эфрон Р. Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика / Поттер-Эфрон Р. Т. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – С. 15–365.
234. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001. — 448 с:
235. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы/ А.А.Бодалев, И.М.Карлинская, С.Р.Пантеев, В.В.Столин.- М.: МГУ, 1988.-С.114-119.
236. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Райгородский Д. Я. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 153–156.
237. Прибытков А.А. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы/ Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014 —Т. 24.—С. 73-80.
238. Проблемы школьной дезадаптации. Диагностика и поиск путей их решения Текст.: Методическое пособие для школьных психологов и педагогов начальной школы / Сост. Павлова Е.И., Ярославль. 1998.- 56 с.
239. Програма тренингових занятій по темі: «Детсько-родительські відносини»: методическі рекомендації / сост.Л.А.Дубовицька.- Ханты-Мансийск: Принт-Класс, 2010.- 66с

240. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. - СПб.: Речь, 2006.- С.56.
241. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Л. И.Вассерман, Б. В.Иовлев, Э. Б.Карпова, А. Я.Вукс.] - СПб, 2005. – 32 с.
242. Психотерапия: ученик / Под ред.Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
243. Развитие в психоанализе / [Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. ; пер. с англ. Д. В. Полтавец, С. Г. Дурас]. — М. : Академический проект, 2001. — 512 с.
244. Райгородский Д. Я. Психология семьи / Д. Я. Райгородский. — Самара. : Бахрах-М, 2007. — 752 с.
245. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс, К. Долджин ; [пер. с англ. ЗАО Издательский дом «Питер»]. — 12-е изд. — СПб. : Питер, 2011. — 816 с.
246. Рахман Л.В. Роль алекситимії і копінг–стратегій та їх взаємозв'язок у генезі терапевтично резистентних депресій// Л.В.Рахман, М.В.Маркова// Медична психологія.-2015.Том10.№1- С.15-19
247. Резник Т.Е. Жизненные стратегии личности: поиск альтернатив Резник Т.Е. /- М.: Аспект-Пресс, 1995. 69с.
248. Рехардт Э. Происхождение стыда и его проявления [Электронный ресурс]/ Рехардт Э. Иконен П.П. // Научно-практический журнал электронных публикаций -№4, 2009 Режим доступа Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2743>
249. Рогачева Т.В. Представления о смысле болезни в разных научных парадигмах/ Т.В.Рогачева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

250. Роджерс. К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение: Пер. с англ / Карл Роджерс. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.
251. Родина О.Н. О понятии успешность в трудовой деятельности // Вестник Московского университета. - М., 1995. - №3. Сер.14. Психология. С.55-62.
252. Романин А. Н. Основы психотерапии /Романин А. Н. – М. : КноРус, 2006. – 528 с.
253. Романова Е. С. Графические методы в практической психологии/ Романова Е. С.– СПб.: Речь, 2001. – С.213–221.
254. Романова Н.М. Тест «Рисунок мужчины и женщины» / Н.М. Романова.- Журнал прикладной психологии.- 2004.-33.- С.38-44
255. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия / М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. – С. 192.
256. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб., 2001. – 705 с.
257. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К.- М.: Прогресс, 1990 - СПб.: Питер Ком, 1998.-С.5-60 .
258. Румянцев А. Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд. / А. Г. Румянцев, А. Г. Касаткин // Школа здоровья. – 1996. – № 2. – С. 41-47.
259. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Самсыгина Г.А. // Педиатрия.- 2005- № 1, С. 66–74.
260. Самсыгина Г.А. Новые подходы к лечению острых респираторных инфекций у часто болеющих детей (результаты многоцентрового исследования по программе ЧИБИС) / Самсыгина Г.А. // Педиатрия. — 2006. — № 1. — С. 37-41.

261. Сатир В. Как строить себя и свою семью. — М.: Педагогика-Пресс, 1992.
262. Семенака С.И. Социально психологическая адаптация ребенка в обществе. Коррекционно - развивающие занятия Текст. / С.И. Семенака. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: АРКТИ, 2005. - 72 с.
263. Семья в психологической консультации / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. — М., 1989.
264. Сергеева К. И. Острые респираторные заболевания у детей / К. И. Сергеева, Е. И. Граничева, Е. А. Сиротенко. – М., 1979. – 183 с.
265. Симованьян Э.Н. Часто болеющие дети: оптимизация программы лечения / Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Григорян А.В. // Педиатрия. – 2008. – Т. 86, № 4. – С. 79-85.
266. Синягина Н.Ю. Психолого педагогическая коррекция детско - родительских отношений Текст. / Н.Ю. Синягина. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. - 96 с.
267. Слободчиков В. С. Частота острых заболеваний у детей дошкольного возраста / В. С. Слободчиков, В. И. Ветков // Региональные проблемы здоровья населения: Сб. науч. тр. – Новокузнецк, 1991. – С. 81-82.
268. Слободян М. М. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления) / М. М. Слободян, Н. С. Воронцова и др. // Педиатрия. – 1993. – № 1. – С. 45-48.
269. Смирнова Е. О. Соотношение непосредственных и опосредствованных побудителей нравственного поведения детей / Е.О.Смирнова, В.М. Холмогорова. // Вопросы психологии. – М., 2001. – №1. – С. 26-37
270. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие / Е. Т.Соколова, В. В.Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.

271. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я/ Е.Т.Соколова. Москва:Смысл, 2015. – С.12-34.
272. Солондаев В.К. Возможности экспериментального исследования взаимодействия «врач – родители больного ребенка» // Экспериментальный метод в структуре психологического знания / отв. ред. В.А. Барабанщиков. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – С. 696–700.
273. Солондаев В.К., Конева Е.В. Психологическая характеристика семьи в контексте здоровья ребенка // Семья, брак и родительство в современной России / отв. ред. Т.В. Пушкарева, М.Н. Швецова, К.Б. Зувев. – М.: Когито-Центр, 2014. – С. 223–228.
274. Солондаев В.К., Принятие решения родителями ребенка-пациента с точки зрения процессуальной логики / Солондаев В.К., Конева Е.В., Черная Н.Л. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 6(35) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>
275. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов.— М.: Изд-во МГУ, 1988.- С.22-34.
276. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития : пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. — М. : Когито-центр, 2007. — 407 с.
277. Таточенко В. К. Острые заболевания органов дыхания у детей / В. К. Таточенко. – М., 1981. – 207 с.
278. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / Ташлыков В. А. – «Медицина», 1984. С. 22–53.
279. Телешевская М. Э. Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телешевская, Н. И. Погибко. – Л.: «Медицина», 1978.–160с.
280. Телешевская М. Э. Глазами больного / Телешевская М. Э. – К.: «Здоров'я»,1985. – С.6–23.
281. Телешевська М. Е. Емоції і здоров'я / Телешевська М. Е.– Київ: Здоров'я, 1978. – 85с.

282. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии (к 100-летию со дня рождения В. Н. Мясищева). / Труды Института им. В.М. Бехтерева, т. 113. – СПб., 1994. – С.18.

283. Толкачова О.В. Вивчення впливу засобів ароматерапії на функціональний стан кардіореспіраторної системи хлопчиків і дівчаток молодшого шкільного віку, які часто хворіють / Олена Толкачова, Надія Богдановська, Микола Маліков // Спортивний вісник Придніпров'я. - 2008.–№3/4.–С.211-216.

284. Толкачова О.В. Застосування одорантів в реабілітації хлопчиків та дівчаток 9- 10 років, які часто хворіють / О.В. Толкачова, Н.В. Богдановська, М.В. Маліков // Проблеми сучасної валеології, лікувальної фізичної культури та реабілітації:зб.пр.за матеріалами Всеукр.наук.-практ.конф.–Херсон: ХДУ, 2009.–С. 173-178.

285. Толкачова О.В. Сучасні технології в реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють/ О.В.Толкачова,В.Н.Богдановська,М.В.Маліков//Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи: Пята міжн.наук.-практ.конф.-Дрогобич,2009.-С.416-421

286. Тхостов А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1991. – С. 18-22.

287. Учайкин В. Ф., Часто болеющие дети — современный взгляд на ведение и иммунопрофилактику/ Учайкин В. Ф., Таточенко В. К., Гаращенко Т. И. // Материалы интерактивного междисциплинарного симпозиума на 4-м Конгрессе педиатров-инфекционистов // Детские инфекции. 2005, т. 5, с. 65–67.

288. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. М.: Генезис, 2006.

289. Фридман Л.М. О концепции школьной психологической службы /Л.М.Фридман//Вопросы психологии. - 2001. - № 1. - 97 - 106.
290. Фридман, Л.М. Психология детей и подростков Текст.: справочник для воспитателей и учителей / Л.М. Фридман. М.: из-во Института Психотерапии. - 2003. - 478 с.
291. Фрустрация: Понятие и диагностика: Учеб.-метод. пособие: Для студентов специальности 020400 «Психология» / Сост. Л.И. Дементий. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. – 68 с.
292. Хайгл-Эверс А. Базисное руководство по психотерапии / [Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У.].- М.: Речь, Восточно-европейский институт психотерапии.- 2006.- 784с.
293. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Ирвин Харди.- BUDAPEST: Издательство академии наук Венгрии, 1981.–286с.
294. Харламова Ф. С. Применение препарата пидотимод при острой респираторной инфекции у часто болеющих детей // Вопросы современной педиатрии.- 2009, т. 8, № 2,с. 21–27.
295. Хартманн Х. Эго-психология и проблема адаптации личности: Пер.с англ. / Хайнц Хартманн. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – С. 23.
296. Холмогорова А. Б. Семейная психотерапия: история, основные школы, концептуальный аппарат / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 2. – 10 с.
297. Холмогорова А. Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А. Б. Холмогорова, Н. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 2. – С.5-50.
298. Холмогорова А. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных

расстройств / А. Холмогорова, Н. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – № 2. – С. 61–90.

299. Хоментаскас Г. Т. Семья глазами ребенка/ Хоментаскас Г. Т. — М.: Педагогика, 1989.

300. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики / Т. Б.Хомуленко.— Вінниця: Нова Книга, 2009.— 120 с.

301. Хомуленко Т. Б. Психосоматичний аналіз особистості / Т.Б.Хомуленко // Наука і освіта.— 2010.— Спецвипуск. – С.105–107.

302. Хьелл Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение): Пер. с англ./ Хьелл Л., Зиглер Д. - СПб: Питер Ком, 1999. – 608 с

303. Хьямяйнен Ю. Воспитание родителей. Концепции, направления и перспективы. — М.: Просвещение. 1993.

304. Целуйко, В.М. Родители и дети. Психология взаимоотношений в семье Текст. / В.М. Целуйко. М.: Содействие, 2006. - 224 с.

305. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: Руководство для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, А.В. Чебуркин, И.Н. Захарова. — М., 2001. — 68 с.

306. Чернышева О.Е., Юлиш Е.И., Иванова Л.А. Характер изменений здоровья детей раннего возраста, состояния их иммунного и цитокинового статуса на фоне различного течения инфекции, вызванной вирусом Эпштейна – Барр // Врачебная практика. – 2007. – № 1 (55). – С. 24-28.

307. Шапарь В. Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми / В. Б. Шапарь. — Ростов н/Д. : Феникс, 2006.

308. Шведовская А.А. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста: Автореф. дис. на соиск. уч.степени канд. психол.

наук. / А.А. Шведовская. – Москва, 2006. 24 с. URL: <http://www.dissercat.com/content/osobennosti-perezhivaniya-detsko-roditelskikh-otnoshenii-i-vzaimodeistvie-s-roditelyami-dete>

309. Шведовская А.А. Специфика позиции родителей при различных типах взаимодействия с детьми дошкольного и младшего школьного возраста / А.А. Шведовская // Психологическая наука и образование. 2006. №1. С. 69-80.

310. Шевченко Н. Ф. Теорія і практика психологічної допомоги хворим / Н. Ф. Шевченко // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 41. – Рівне: РДГУ, 2008. – 18 – 21.

311. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / Н. Ф. Шевченко // Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-20 квітня 2010 року). Т.ІІ. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – С. 347-350.

312. Шестопалова Л. Ф. Актуальные проблемы медицинской психологи в системе здравоохранения Украины и перспективы ее развития/Людмила Федоровна Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 1998.– Т.6.–Вип. 1(16). – С.15–16.

313. Шнейдер Д. Б. Семейная психология / Д. Б. Шнейдер. — М. : Академический Проект, 2006. — 768 с.

314. Шнейдер, Л.Б. Психология семейных отношений Текст.: курс лекций / Л.Б. Шнейдер. М.: Апрель - Пресс, Из - во ЭКСМО -ПРЕСС, 2000.-512 с.

315. Штумф В.О. Влияние родительского отношения на особенности понимания обмана часто болеющими старшими

дошкольниками/ В.О.Штумф// Сибирский педагогический журнал- № 3, 2009.-С.376-380

316. Штумф В.О. Особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста/ В.О.Штумф, В.А.Ковалевский// Сибирский педагогический журнал.- № 4.- 2009.- С.370-381

317. Штумф В.О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4 (15). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.09.2015).

318. Штумф В.О. Роль родительского отношения в формировании неадекватного понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста/ В.О.Штумф// Вестник Красноярского государственного педагогического университета им.В.П.Астафьева.-№ 2.- 2010.-С.35-38

319. Щеглов Л. М. Психология соматического больного / Щеглов Л.М.// Медицинская психология. – 2006. – Т. 1.№ 3. – С. 22–28.

320. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис .– СПб.: Питер, 2002. – 656с.

321. Эллис А. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия / А. Эллис, К. Макларен. – М.: Феникс, 2008. – 157 с.

322. Эльконин Д. Б. Введение в детскую психологию / Д. Б. Эльконин // Психическое развитие в детских возрастах. – М.; Воронеж, 1997. – 414 с.

323. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. / Д. Б. Эльконин. — М. : Педагогика, 1989. — 560 с.

324. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. — 1971. — № 4. — С. 6—20.

325. Эльконин Д. Б. Опосредование. Действие. Развитие. / Д. Б. Эльконин. — Ижевск. : Эрго, 2010. — 280 с.
326. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах: Избранные психологические труды. — М.: Изд-во «Педагогика», 1989. 560 с.
327. Эриксон Э. Детство и общество / Эрик Эриксон ; [пер. с англ.]. — СПб. : ИТД «Летний сад», 2000. — 416 с.
328. Эриксон Э. Идентичность: юность, кризис: Пер. с англ. / Эрик Эриксон. — М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. — С.281–306.
329. Юлиш Е.И. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей, инфицированных внутриклеточными агентами / [Юлиш Е.И., Иванова Л.А., Самойленко И.Г., Гадецкая С.Г.] // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2002. — № 3. — С. 20.
330. Юлиш Е.И. Роль герпес-вирусов в состоянии иммунной системы часто и длительно болеющих детей / Юлиш Е.И., Иванова Л.А., Самойленко И.Г. // Здорова дитина: ріст, розвиток та проблеми норми в сучасних умовах. — Чернівці, 2002.-С.112.
331. Юліш Е.І. Структурні зміни у внутрішніх органах у дітей з природженою цитомегаловірусною інфекцією / [Юліш Е.І., Чернишова О.Є., Иванова Л.А., Зикова О.І.]// Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 6. — С. 100-101.
332. Якоби М. Стыд и истоки самоуважения / Марио Якоби.- М.: Институт аналитической психологии, 2008. — 249 с.
333. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика/ Ирвин Ялом.- М.: Апрель Пресс, 2006.- 574с.
334. Яншин П. В. Психосемантические механизмы рисуночной проекции.:автореф.канд.псих.наук:10.00.01 / П.В. Яншин.- Москва, 1990. — 19с.

335. Яценко Т. С. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога / Яценко Т.С, Калашник І.В, Чернуха І.О.. — К.: Марич, 2009. — 68 с.
336. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник / Яценко Т.С.- К.: Либідь, 1996.-С.13.
337. детской поликлиники// Поликлиника. – 2005. - №1. – С. 14-16.

Програма психокорекції системи ставлень особистості ЧХД

Заняття 1

1. Вправа «Знайомство».

Пропонується назвати свої ім'я та прізвище, потім вишикуватися за алфавітом: за іменами; за прізвищами; за зростом; за кольором волосся.

Далі ведучий розповідає дітям про те, що буде введений ритуал вітання.

Вправа-привітання:

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

- Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

- Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

2. Вправа «Удари».

Група по колу, плескаючи в долоні, повинна «зіграти» мелодію («У траві сидів коник» та ін.). Кожен робить тільки один хлопок.

3. Вправа «Воскова свічка».

Дитина з закритими очима падає в колі на долоні учасників групи, які передають падаючого один одному. При цьому проводиться перевірка довіри, емпатії та емоційної близькості.

4. Вправа «Передати почуття».

Група сидить в колі і закриває очі, один з учасників передає якесь почуття свого сусіда за допомогою дотику, той, в свою чергу, повинен передати це почуття далі, зберігши зміст дотику, але висловивши його по-своєму, за допомогою своїх засобів. Одне і те ж почуття має бути виражене за допомогою різних рухів.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

Ведучий говорить: «Будь ласка, встаньте в загальне коло. Я хочу запропонувати вам взяти участь в невеликій церемонії, яка допоможе нам висловити дружні почуття і вдячність одне одному. Цією церемонією ми будемо завершувати кожен нашу зустріч. Гра проходить наступним чином: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершіть церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук.

Заняття 2

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Розминка.

Діти по колу повинні продовжити фразу «Я дуже радий тому, що Я...».

Основна частина.

1. Вправа «Улюблене місце».

«Подумайте про улюблене місце, де ви бували або хотіли бути. Можливо, представити його буде легше, якщо ви закриєте очі, але ви можете тримати їх відкритими, якщо вам хочеться, або тримати їх відкритими, поки ви їх не закриєте ». Дітей, які не можуть уявити реальне улюблене місце, можна попросити уявити уявне місце. Далі дитині пропонується намалювати своє улюблене місце.

2. Вправа «Квітник».

«Уявіть себе у великому красивому квітнику, в якому ростуть всі улюблені квіти. Подивіться на яскраві кольори. Вдихніть аромати квітів. Можете помацати пелюстки і відчути, які вони м'які. Уявіть, що ви можете взяти з собою з цього великого квітника стільки квітів, скільки захочете. Ви можете взяти їх для себе, або для кого-небудь іншого. Відчуйте, як ваші руки розходяться все ширше і ширше навколо все більшого і більшого букета, поки ви не візьмете все, що захочете. Якщо ви зібрали цей букет для когось, уявіть, якою щасливою буде виглядати ця людина, коли ви подаруєте їй квіти. Ви теж відчуваєте себе щасливим».

3. Вправа «Поділися усмішкою своєю».

«Якщо у вас гарний настрій, що ви можете подарувати іншим людям при зустрічі? Як ви без слів повідомляєте їм про свій чудовий настрій? Абсолютно вірно, посмішкою. Посмішка може зігріти своїм теплом і поліпшити настрій. Підніміть великий палець правої руки ті, у кого зараз гарний настрій і хто готовий їм поділитися з іншими, а тепер підніміть руку ті, у кого зараз не дуже гарний настрій. Давайте тепер утворимо коло, і всі, хто хотів поділитися гарним настроєм, зможуть передати його іншим. Діти сідають на свої місця. У всіх тепер гарний настрій? Важко було його змінити? Від кого залежала зміна настрою? Ми дізналися з вами, що можемо міняти свій настрій, якщо захочемо, самі ».

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло. Згадуйте наш ритуал завершення заняття: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершіть церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 3

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

- Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

- Добре! – Обійми.

Розминка.

«Сьогоднішню зустріч ми почнемо з того, що кожен з нас, подумавши деякий час, скаже, якого він (або вона) зараз кольору. При цьому мова йде не про колір вашого одягу, а про відображення в кольорі вашого стану»
Коротке обговорення.

Основна частина.

1. Побаження.

Інструкція: «Давайте висловимо один одному побажання на день і зробимо це так. Перший учасник встає, підходить до будь-якого іншого, вітається з ним і висловлює йому побажання на сьогоднішній день. Той, до кого підійшов перший учасник, в свою чергу підійде до наступного, і так далі, до тих пір, поки кожен з вас не отримає побажання на день».

2. Тематичний малюнок в колі.

Для створення композиції в колі задається тема: «Щастя і горе», «День і ніч», «Гарний і поганий», «Половинки мого «Я»» тощо. Головне, щоб формулювання завдання містили в собі альтернативні поняття, контрасти,

відбивали подвійність, приховані суперечності цілого, «дві сторони однієї медалі». Подібна робота спонукає дітей до дослідження і усвідомлення власних внутрішніх конфліктів, переживань, цінностей.

3. Вправа «Небачена істота».

Діти розбиваються на трійки, обіймають один одного за плечі. Той, хто стоїть в центрі, ставить обидві ноги в різні коробки (для вправи використовуються заздалегідь підготовлені коробки з-під взуття). У ті ж коробки той, хто стоїть від нього праворуч ставить ліву ногу, а той, хто стоїть зліва – праву. Таким чином, виходить небачена істота з трьома тулубами і чотирма ногами. Їй належить пройти кілька метрів. Якщо діти успішно справляються із завданням, можна запропонувати їм взяти в компанію ще гравця і ще ... В процесі руху вони можуть обговорювати один з одним послідовність дій, а також способи впоратися із завданням.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«А тепер, встаньте в загальне коло. Нам залишилося висловити вдячність одне одному. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої

групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 4

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Розминка.

Учасники сидять у колі, близько один до одного. Руки тримають на колінах сусідів. Один з учасників «відправляє посилку», легко грюкнувши по нозі одного з сусідів. Сигнал повинен бути переданий якнайшвидше і повернутися по колу до свого автору. Можливі варіанти сигналів (різну кількість або види рухів).

Основна частина.

1. Вправа «Повтори позу».

Інструкція: «Двоє учасників групи стають обличчям один до одного. Один приймає на 5 секунд будь-яку позу, потім повертається у вихідне положення, після цього інший повинен точно її повторити, далі вони міняються ролями. Потім виходять дві пари і теж стають обличчям один до одного. Обидва гравці однієї пари приймають на 2-3 секунди кожен свою

позу, будь-який учасник іншої пари за знаком ведучого повинен показати їх одну за одною. І знову пари міняються ролями». Обговорення вправи.

2. Вправа «Я-візуалізація».

Ведучий говорить: «У всіх нас безліч ролей і різні відносини з різними людьми. Ви можете бути донькою чи сином, школярем / школяркою, братом / сестрою, онуком / онукою, племінником / племінницею, другом / подругою. Подумайте про своє життя і про всі ролі, які ви виконуєте. По-різному ви себе відчуваєте в різних ролях? Може, в якихось ролях ви щасливіші, ніж в інших? У яких ролях ти відчуваєш себе важливим? У яких – непотрібним? Намалюй картинку, яка зображує різні ролі. Ти можеш знайти спосіб показати, що ти робиш в різних ролях або як ти себе відчуваєш?». Після завершення малювання відбувається обговорення готових робіт і їх аналіз.

3. Вправа «Що мені в собі подобається ...».

Ця вправа починається з пропозиції ведучого обговорити питання того, що дітям подобається в самих собі, поговорити про якості або поведінку, які діти цінують, а потім зобразити це у вигляді рухів.

-Я подобаюся собі, коли я рухаюся так ...

-Я відчуваю себе слабким, коли я роблю так ...

-Я відчуваю себе сильним, коли я виглядаю таким ...

-Я відчуваю себе в безпеці, коли я зроблю так ... і т. Д.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло, нам залишилося провести ритуал завершення заняття: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 5

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Ведучий дає інструкцію: «Уважно подивіться один на одного. Постарайтеся побачити кожного, звернувши увагу на те, як виглядає сьогодні ця людина, в якому вона стані. Для цього у нас буде 3 хв. А зараз ви будете кидати м'яч один одному, повідомляючи при цьому людині, якій

адресовано м'яч, що нового в порівнянні з вчорашнім днем ви в ній побачили. Будьте уважні і намагайтеся нікого не пропустити».

Основна частина.

1. Вправа «Мій портрет у променях сонця».

Ведучий пропонує дітям намалювати сонце, в центрі сонячного кола намалювати свій портрет. Потім діти малюють промені і уздовж променів записують свої гарні риси.

2. Вправа «Портрети всередині / зовні».

Ведучий дає інструкцію: «Уявіть, що бачать люди, коли вони дивляться на вас? Як вони вас бачать? Що ви їм показуєте, а що ні? Як ви себе почуваете всередині? Це відрізняється від того, що бачать інші? Наприклад, люди думають, що ви сміливі, але всередині ви можете бути наляканим, або інші люди можуть вважати, що ви слабкі, а ви знаєте, що всередині ви сильні, люди можуть бачити вас спокійними, але всередині ви можете відчувати себе інакше. Намалюйте два своїх портрета: один, який зображає тебе зовні, інший - всередині». Після того як малюнки готові, діти по черзі надають їх ведучому і всій групі. За допомогою ведучого відбувається обговорення малюнків.

3. Вправа «Візуалізація друг».

Ведучий дає інструкцію: «Закрийте очі і уявіть себе насамоті». Ми всі можемо бути хорошими друзями людям, які нам не байдужі. Який ти один? Уявіть, що ви дружите самі з собою. З якими проблемами допомогли б собі дати раду? Чим з вами було б цікаво займатися? Чим би ви могли допомогти? Чим ви можете поділитися з собою, як з другом?»

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття»

«Будь ласка, встаньте в загальне коло, нам залишилося провести ритуал завершення заняття: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 6

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Ведучий вказує на якусь точку на стіні: просто показує рукою, встромляє кнопку або ще якимось позначає. Можна на це (довільне) місце повісити великий аркуш ватману з намальованим на ньому зображенням вікна. Завдання учасників – представити, що знаходиться за цією стіною: – спочатку безпосередньо за цією стіною, – потім трохи подалі, – ще далі, – зовсім далеко, – десь в космосі. Учасники у вільному порядку висловлюють, що їм вдалося «побачити».

Основна частина.

1. Вправа «Прекрасний сад».

Ведучий запитує дітей «Якби ти був рослиною, то якою?», «Які б у тебе були листя?», «Чи були б у тебе шипи?», «А квіти?», «Якого кольору?». Потім діти отримують листи для малювання та кольорові олівці. Всі діти зображують себе у вигляді якої-небудь рослини. За бажанням вони розповідають про свій малюнок. Потім діти вирізають свої зображення і розміщують на заздалегідь підготовленому великому аркуші паперу, формуючи один гарний сад.

2. Вправа «Завершення заняття зі страхом».

Дітям пропонується, попередньо роздавши аркуші паперу і кольорові олівці, намалювати тематичні малюнки: «Що мені сниться страшного», «Кого я боюся», «Мій найстрашніший день». Перед малюванням проводиться бесіда про страхи, які вони бувають, ведучий просить учасників розповісти про свої страхи, попередньо розповівши про свій, наприклад: «Я теж в дитинстві дуже боялася / боявся ...». Після того, як діти намалюють, потрібно обговорити, що вони зобразили. Після бесіди ведучий пропонує дітям порвати свій малюнок зі словами: «Страх мені не потрібен, його більше ніколи не буде!» І викинути в кошик для сміття свої малюнки.

3. Вправа «Компліменти».

Ведучий дає інструкцію: «Вам потрібно розділитися по парах. Розрахуйтеся на 1, 2. Тепер перший номер протягом 2-х хвилин повинен сказати другому номеру якомога більше компліментів. Після закінчення 2-х хвилин помінятися ролями». Після проходження вправи відбувається обговорення, наскільки було легко говорити і приймати компліменти, що було легше, як часто діти говорять компліменти в житті, які ролі компліментів в житті і т.п.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття»

«Нам залишилося провести ритуал завершення заняття. Встаньте в загальне коло. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 7

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка

Діти обирають ведучого. Під веселу музику він грає роль голки, інші діти – роль нитки. «Голка» бігає по кімнаті, «петляє», а «нитка» (група дітей один за одним) – за нею. (Роль голки потрібно доручати сором'язливим, затиснутим, замкнутим дітям.)

Основна частина.

1. «Ярмарок чеснот».

Учасники групи отримують по 2 листи з назвами «Продаю» і «Купую». Ведучий пропонує на одному аркуші під написом «Продаю» написати всі свої недоліки, від яких дитина хотіла б позбутися, а на іншому аркуші під написом «Купую» написати переваги, яких йому не вистачає в спілкуванні. Потім листи прикріплюються на грудях учасників гри, і вони стають відвідувачами «Ярмарки», починають ходити і пропонують купити (або продати) те, що їм потрібно. Гра продовжується до тих пір, поки кожен не омине і не прочитає всі можливі варіанти купівлі-продажу необхідних для нього якостей.

2. Вправа «Секрет».

Зміст гри: всім учасникам ведучий роздає невеликі предмети: гудзик, брошку, маленьку іграшку ... Це секрет. Учасники об'єднуються в пари. Вони повинні умовити один одного показати свій «секрет». Діти повинні

придумати якомога більше способів умовляння (вгадувати; говорити компліменти; обіцяти гостину не вірити, що в кулачку щось є ...).

3. Гра «Настрій і хода».

Ведучий показує рухи і просить зобразити настрій: «покрапав, як дрібний і частий дощик, а тепер – як важкі, великі краплі. Політаємо, як горобець, а тепер – як чайка, як сокіл. Походимо, як бабуся, пострибати, як клоун, пройдемося, як маленька дитина, яка вчиться ходити. Обережно підкрадися, як кішка до пташки. Помацаємо купини на болоті. Задумливо пройдемося, як розсіяна людина. Побіжимо назустріч мамі, стрибнемо їй на шию і обіймемо її».

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло. Нам залишилося висловити дружні почуття і вдячність одне одному. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 8

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Діти повинні продовжити фразу «Я готовий гори звернути, тому що...»

Основна частина.

1. Вправа «Назви емоцію».

Передаючи м'яч по колу, учасники групи називають емоції, що заважають спілкуванню. Потім м'яч передається в іншу сторону, і називаються емоції, які допомагають спілкуванню. Емоції можна висловлювати різними засобами – через рух, позу, міміку, жести, інтонацію.

2. Вправа «Я краще всіх вмію ... ».

Зміст гри: діти сідають у коло, ведучий дає завдання згадати, що у кожного з учасників найкраще виходить (наприклад, співати, танцювати, вишивати, виконувати гімнастичні вправи, ...). Потім діти по черзі показують це дію жестами.

3. Вправа «Тренуймо емоції».

Ведучий пропонує дітям: а) насупитися як: – осіння хмара, – розсерджена людина; –позлитися, як: зла відьма, два барана на мосту,

голодний лев, дитина, у якої відібрали іграшку; злякатися, як: заєць, що побачив вовка, пташеня, що впало з гнізда, – кошеня, на якого гавкає зла собака; посміхнутися, як: кіт на сонечко, саме сонце, ніби ти побачив диво.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло для того щоб провести церемонію завершення заняття. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 9

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Діти повинні продовжити фразу «Я сьогодні краще, ніж учора бо ...».

Основна частина.

1. Вправа «Де хлопчики, де дівчата?».

Один з учасників групи виходить за двері, всі інші діляться на дві підгрупи: хлопчиків і дівчаток, за дві хвилини вони вибирають ті дії, які будуть виконувати разом, коли зайде той, хто за дверима. Завдання цього учасника – відгадати, де хлопчики, а де дівчата.

2. Вправа «Потрап'ять до кола».

Серед учасників обирається один, готовий пройти своєрідне випробування. Всі інші учасники беруться за руки і утворюють щільне коло так, щоб потрапити в нього було дуже складно. Учаснику-добровольцю дається інструкція, використовуючи будь-які засоби увійти в це коло. Решта не повинні сприяти цьому і можуть впустити учасника тільки тоді, коли їм цього дійсно захочеться, тобто коли «аутсайдер» знайде правильний підхід до цієї групи.

3. Вправа «Відро для сміття».

Діти пишуть на аркушах паперу свої негативні думки, прикрі випадки, історії, мнуть листи і викидають їх у відро (забуваючи це назавжди).

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло для того щоб провести церемонію завершення заняття. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 10

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Учасникам пропонується під музику активно переміщатися по кімнаті. Як тільки музика вимикається, і ведучий називає будь-яку цифру, учасники повинні, взявшись за руки, об'єднатися в групи, що складаються з такого числа осіб.

Основна частина.

1. Вправа «Хвилі».

Ведучий збирає на килимі навколо себе дітей і запитує їх: «Хто з вас був на морі або річці? Хто з вас любить плавати?» Вислухавши відповіді дітей, психолог продовжує: «Як ви знаєте, на морі зазвичай бувають маленькі хвилі. Вони плескалися, наздоганяють одне одного і дуже красиво блищать на сонці. Зараз ми з вами перетворимося в ласкаві морські хвилі, будемо посміхатися сонечку і один одному, радісно дзюрчати і рухатися, як хвилі». Психолог показує дітям рухи руками і тілом, що імітують хвилі. Потім кожній дитині пропонується викупатися в ласкавому морі. Одна людина (або дві, якщо група дітей велика) постає в центр, інші діти-хвилі підходять до неї, ласкаво погладжують її, дзюрчать і посміхаються. При цьому діти можуть читати віршик: «Море дівчинку (хлопчика) пестило і на сонечку виблискувало». Після гри з дітьми можна провести бесіду про те, що їм більше сподобалося, бути морською хвилею або купатися в морі.

2. Вправа «Сполучна нитка».

Діти, сидячи в колі, передають клубок ниток. Передача клубка супроводжується висловами про те, що той, хто тримає клубок, відчуває, що хоче для себе і що може побажати іншим. При скруті психолог допомагає дитині – кидає клубок йому ще раз. Цей прийом діагностичний: можна побачити дітей, які відчувають труднощі в спілкуванні, – у ведучого з ними будуть подвійні, потрійні зв'язки. Коли клубок повернеться до ведучого, діти натягують нитку і закривають очі, уявляючи, що вони становлять одне ціле, що кожен з них важливий і значущий у тому цілому.

3. Дзеркало.

Метою даної вправи є розвиток усвідомлення «мови власного тіла», розвиток рефлексії і емпатії. Учасники діляться на пари і встають обличчям один до одного. Один з них ведучий, інший – відомий. Ведучий під музику

починає робити повільні рухи руками, ногами, тілом; ведений же повинен відобразити рух партнера як дзеркальний образ. Через 5 хвилин вони міняються ролями. Після закінчення завдання учасники діляться своїми відчуттями.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

Ведучий дає інструкцію: «Будь ласка, встаньте в загальне коло. Я хочу запропонувати вам взяти участь в невеликій церемонії, яка допоможе нам висловити дружні почуття і вдячність одне одному. Гра проходить наступним чином: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 11

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Учасники сидять у колі. Передаючи м'яч сусідові, кожен задає будь-яке питання. Зразок питань: «Як ти себе почуваєш? Що з тобою цікавого відбулося сьогодні (вчора)?»

Основна частина.

1. Гра «Казкова скринька».

Ведучий повідомляє дітям, що Фея казок принесла свою скриньку – в ній схошвалися герої різних казок. Далі він каже: «Згадайте своїх улюблених персонажів і розкажіть: які вони, чим вони вам подобаються, опишіть, як вони виглядають (які у них волосся, очі, зростання), що у вас з ними спільного. А тепер за допомогою чарівної палички все перетворюються в улюблених казкових героїв: Карлсона, Попелюшку, Вінні-Пуха, Буратіно, Червону Шапочку, Мальвіну. Вибирайте будь-якого персонажа і покажіть, як він ходить, танцює, спить, сміється і веселиться».

2. Гра «Принц і принцеса».

Діти стоять у колі. У центр ставиться стілець – це трон. Хто сьогодні буде принцом (принцесою)? Дитина за бажанням сідає на трон. Решта дітей надають йому знаки уваги, кажуть що-небудь хороше. Кожен повинен побувати в ролі принцеси і принца.

3. Вправа «Оплески».

Учасники сидять або стоять у колі, за бажанням один з учасників виходить у центр кола, а інші починають йому бурхливо аплодувати. Оплески тривають стільки, скільки цього захочеться стоїть в центрі кола. Коли він вирішує, що йому достатньо уваги, він дякує групу (тим способом, який вибере він сам, – каже «дякую», кланяється, робить реверанс, знизує кожному руку і т. д.) І повертається в коло. Після цього місце в центрі кола займає наступний учасник. Процедура триває до тих пір, поки її не пройдуть всі діти.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

Ведучий дає інструкцію: «Будь ласка, встаньте в загальне коло. Я хочу запропонувати вам взяти участь в невеликій церемонії, яка допоможе нам висловити дружні почуття і вдячність одне одному. Гра проходить наступним чином: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Дякую за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, знизує її і каже: «Дякую за приємне заняття!» Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершіть церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 12

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

- Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

- Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Всі учасники стають один за одним і кладуть руки на плечі попереду стоїть людини. Тренер просить уявити, що зараз вся група перетвориться в великого голодного дракона, настільки голодного, що він буде полювати за власним хвостом. Учасник, який перебуває на самому початку – це голова дракона; учасник, який замикає ланцюжок – хвіст дракона. За командою ведучого «голова» дракона повинна спробувати зловити «хвіст», а завдання «хвоста» – втекти від неї. Гравці повинні досить міцно тримати один одного за плечі так, щоб при русі дракон не розсипався. Якщо «голові» вдається схопити хвіст, то спійманий учасник стає «головою».

1. Вправа «Привітання без слів».

Кожен з учасників повинен привітатися з групою, продемонструвавши якесь невербальне вітання. Це може бути як безконтактне вітання (помахати рукою, кивнути головою, зробити реверанс), так і контактна (потиснути руку, обійняти). Можна використовувати вітання, характерні

для різних соціальних і етнічних груп, піонерський салют. Решта учасників групи відповідають на привітання так само, як з ними привіталися (кивають у відповідь, знизують простягнуту їм руку).

2. У кого який колір?

Інструкція: «Зараз я роздам вам картки з назвою кольору, які повторюються двічі, тобто, якщо вам дісталася картка з написом «зелений», то ви знайте, що ще у когось є така ж картка. Я буду перераховувати назви овочів і фруктів, і кожен раз повинні вставати мають картки квітів, відповідних названям. Іноді я буду вимовляти назви предметів, які не є овочем або фруктом. У цьому випадку все залишаються сидіти. По ходу вправи уважно стежте за діями інших учасників групи. Постарайтеся зрозуміти, у кого який колір». Обговорення вправи.

3. Вправа «Сімейні історії».

Для роботи потрібні великі аркуші паперу і кольорові олівці або фломастери. Кожен учасник ділить лист на дві половини і малює два сімейних спогади – щасливе і нещасливе. Дві події на одному аркуші відображають той факт, що і позитивні, і негативні явища відбуваються всередині однієї і тієї ж сім'ї. Коли все закінчать малювати, кожен учасник по черзі демонструє групі свій малюнок і коментує зображені події.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

Ведучий дає інструкцію : «Будь ласка, встаньте в загальне коло. Я хочу запропонувати вам взяти участь в невеликій церемонії, яка допоможе нам висловити дружні почуття і вдячність одне одному. Гра проходить наступним чином: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, знизує її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 13

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

-Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

-Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

-Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Учасники повинні скласти один одному індивідуальний гороскоп на день.

Основна частина.

1. Вправа «Літаючі».

Учасникам роздаються картки, на яких написані назви тварин, які літають. Назви дублюються на 2 картках. Завдання кожного відшукати свою пару. Можна використовувати будь-які невербальні прийоми (стрибати, повзати, скакати), але не можна видавати звуки. Коли всі пари утворені, ведучий перевіряє, що вийшло. Матеріалом для аналізу даної вправи є аналіз відповідей на питання: чи легко б знайти свою пару, чи вийшло зобразити те літаюче, яке було потрібно, що далось легко, а що важко.

2. Вправа «Шукаю друга».

Групі пропонується скласти оголошення про пошук одного друга. Оголошення пишеться в довільному порядку, діти пишуть так, як вважають за потрібне. Оголошення не підписуються. Далі оголошення розміщуються по кімнаті. Діти ходять і читають їх. На тих оголошеннях, які сподобалися, ставитися позначка. Після цього ведучий підраховує кількість «голосів», які набрали найбільшу кількість. Відбувається аналіз, чому одні оголошення виявилися в числі популярних, а інші - ні.

3. Вправа «Оформлення візиток».

Кожен учасник за допомогою фломастерів та кольорових олівців оформляє свою візитку. Можна малювати і писати що завгодно, крім свого імені. Після оформлення візиток ведучий змішує їх і демонструє по черзі групі. Завдання групи відгадати автора. Аналізується, що хотів висловити автор, що допомогло відгадати авторів візиток.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час

виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло. Один з вас, як завжди, стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, знизує її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 14

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

- Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

- Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

1. «Відгадай написане».

Вправа виконується в парах. Один з учасників задумує геометричну фігуру (цифру, букву) і «малює» її в повітрі губами, уявляючи, що в них

затиснутий олівець, який не можна упустити. Завдання другого відгадати «написане», «намальоване».

2. Вправа «Я – відома особистість».

Вправа проводиться по колу. Кожен учасник вибирає для себе роль значимого для нього і в той же час відомого присутнім людини (президент країни, казковий персонаж, літературний герой і т. Д.). Потім він проводить самопрезентацію (вербально або невербально: вимовляє якусь фразу, показує жест, що характеризує його героя). Решта учасників намагаються відгадати ім'я «кумира». Після проведення вправи проводиться обговорення, в ході якого кожен учасник вербалізує ті почуття, які виникли у нього в ході презентації.

3. Вправа «Дружба з тілом».

Дитина лягає на підлогу, на великий аркуш паперу або шматок шпалер. Решта, обводять контури фігури дитини. Потім з дітьми розглядаються силуети і ставлять запитання: «Це твій силует. Хочеш, ми можемо розмалювати його? Яким би кольором ти хотів прикрасити свої руки, ноги, тулуб? Як ти думаєш, чи допомагає тобі твоє тіло в певних ситуаціях, наприклад, коли ти рятуєшся від небезпеки та ін.? Які частини тіла тобі особливо допомагають? А бувають такі ситуації, коли твоє тіло підводить тебе, не слухає. Що ти робиш в цьому випадку? Як навчити своє тіло бути більш слухняним? Давай домовимося, що ти і твоє тіло будуть намагатися краще розуміти один одного».

Рефлексія.

Ведучий пропонує виліпити з пластиліну свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємне заняття».

«Будь ласка, встаньте в загальне коло. Один з вас, як завжди, стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємне заняття!». Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, знизує її і каже: «Дякую за приємне заняття!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Заняття 15

Ритуал вітання.

- Привіт друг! – При цьому відбувається рукостискання.

- Як справи? – Піднімають руки вгору.

- Де Ти був? – Беруть акуратно за вушко свого партнера.

- Я сумував! – Права рука до серця

- Ти, прийшов ... – руки на плечі один одному.

- Добре! – Обійми.

Дітям пропонується здійснити ритуал.

Розминка.

Учасники розбиваються на пари. Один – діджей, інший – замовник пісні, після цього міняються ролями.

Основна частина.

1. Малюнок хлопчика / дівчинки.

Група малює спільно спочатку хлопчика, потім дівчинку. Аналізується ступінь участі кожного учасника в малюнку, знаходяться відмінності між двома зображеннями.

2. Вправа «Валіза».

Учасники по одному виходять їх приміщення, а інші більшістю голосів збирають йому валізу з якостями, які допоможуть йому в житті.

3. Вправа «Фотографія на пам'ять».

Тренер пропонує перед тим, як всі розійдуться, зробити загальну фотографію на пам'ять. Той, хто грає роль фотографа, розставляє учасників групи близько один до одного і просить їх прийняти певні пози, зробити потрібний вираз обличчя. Далі «фотограф» пояснює, чому він розташував учасників саме в такому порядку і в таких позах, розповідає історію цієї фотографії. Після цього він займає заздалегідь підготовлене для себе місце серед інших учасників. Кожен учасник повинен спробувати себе в ролі фотографа.

Рефлексія.

Ведучий пропонує намалювати свій настрій на даний момент часу. Потім дітям ставлять запитання, як вони себе відчували під час виконання вправ, які з них сподобалися найбільше і чому, які не сподобалися і чому.

Ритуал завершення заняття «Спасибі за приємний час в групі».

«А тепер давайте проведемо ритуал завершення заняття. Ми будемо це робити останній раз. Будь ласка, встаньте в загальне коло. Давайте висловимо дружні почуття і вдячність одне одному. Один з вас стає в центр, інший підходить до нього, потискує руку і вимовляє: «Спасибі за приємний час проведений разом!». Обидва залишаються в центрі, як і

раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, стискає її і каже: «Дякую за приємний час проведений разом!». Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується. Всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершите церемонію безмовним міцним триразовим потиском рук».

Програма тренінгу для батьків ЧХД

1. Фаза.

Заняття 1.

1. Знайомство.

Батьки сидять в колі і по черзі називають свої імена. Після цього учасникам роздають картки і олівці для оформлення «візиток». Через деякий час (3-5 хвилин) необхідно пред'явити свою «візитку», розповісти коротко про себе, про свої очікування і побоювання, пов'язані з тренінгом.

2. Лекція для батьків розглядає психолого-педагогічні питання про функціональне і дисфункціональне ставлення до дитини; про несвідомі батьківські установки про роль дитини в сімейній структурі; про внесок батьківських відносини в «Я-концепцію» дитини; про необхідність виховних аспектів.

2. Фаза.

Заняття 2

1. Вправа «Мова хвальків».

Протягом хвилини кожному учаснику необхідно назвати якомога більше позитивних ефектів для групової роботи від своєї участі в ній.

2. Вправа «Батьки і діти».

Ведучий пропонує групі розділитися на «батьків» і «дітей». Учасники, які обрали роль «дитини», виходять за двері, кожен з них придумує проблему, з якою він хотів би звернутися до «батьків». «Батьки» в цей час отримують інструкцію не реагувати на прохання дитини під приводом зайнятості, втоми і т.п. «Діти» повертаються в кімнату, і протягом декількох хвилин йде рольове програння ситуацій. Після учасники міняються ролями, але нові «батьки» отримують іншу інструкцію:

відреагувати на звернення дитини увагою, чуйністю, запропонувати свою допомогу і підтримку. Після цього відбувається обговорення почуттів учасників і визначення понять формального (закритого, байдужого, нещирого) і неформального (відкритого, емпатійного, щирого) спілкування.

3. Вправа «Яким батьком ви здаєтеся іншим?»

За бажанням один з батьків встає перед групою, інші намагаються сформулювати враження про нього: як він виховує свою дитину, карає і заохочує її. Ведучий записує підсумок обговорень, коли активний учасник виходить за двері на дві-три хвилини. Після повернення учасник вгадує, який психологічний портрет дала йому група.

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 3

1. Вправа «Мої сильні сторони».

Учасники діляться на пари, і розповідають один одному про свою проблему у взаєминах з дитиною. Співрозмовник, вислухавши партнера, аналізує ситуацію таким чином, щоб знайти у поведінці батька сильні сторони. Після зміни ролей відбувається обговорення в колі, і вже сам батько розповідає про те, які сильні сторони він проявив у ситуації.

2. Вправа «Дитина в нас».

Кидаючи м'яч, учасники звертаються один до одного з фразою: «Мені здається, в дитинстві ти був (ла) ...». У відповідь кожен може погодитися чи ні з даною йому характеристикою.

3. Вправа «Пам'ятник почуттям».

Батьки працюють в парах, один виконує роль «глини», інший – «скульптора». «Скульптори» отримують картки з назвами почуттів, емоційних станів, «пам'ятники» які вони повинні без слів «зліпити», використовуючи тіло партнера. На етапі обговорення батькам пропонується відповісти питання: 1) «Коли ви відчуваєте дане почуття по відношенню до своєї дитини?» 2) «Коли, на вашу думку, дитина відчуває його по відношенню до вас?»

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 4

1. Вправа «Гарний батько».

Кожному учаснику пропонується протягом 1 хвилини розповісти про свої сильні «батьківські» сторони. Після кожного виступу інші учасники невербально висловлюють свою підтримку оповідачеві (рукостискання, дружнє поплескування по плечу, схвальний кивок головою і т.д.).

2. Вправа «Батьківські установки».

Учасників просять закрити очі, зробити кілька глибоких вдихів і повільних, плавних видихів, і на тлі розслабленого стану згадати свою батьківську сім'ю, своє дитинство. Як реагували батьки на ваші капризи, проступки? Як би вони закінчили такі пропозиції: «Діти погано поведуться, тому що ...», «Неслухняний дитина - це ...», «Батьки повинні ...»? Потім після виходу зі стану розслаблення учасники діляться своїми переживаннями і думками з приводу батьківських установок. В ході обговорення необхідно диференціювати актуальні установки на

«допомагають», тобто раціональні, ефективні і «заважають», тобто нераціональні, неефективні в сфері дитячо-батьківських взаємин.

3. Вправа. «Парне присідання».

Батьки працюють в парах. Потрібно стати один до одного спиною, спершись об партнера так, щоб і одному, і іншому було досить зручно. Потім без допомоги рук пари повинні сісти і встати, що можливо зробити тільки при рівномірному розподілі навантаження між учасниками взаємодії.

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 5

1. Вправа «Хто слухає».

Вправа виконується в парах. Учасники розбиваються на пари, керуючись принципом «кого Ви поки дізналися менше інших, але хотіли б дізнатися ближче». Ведучий чекає, поки всі учасники групи сядуть парами. Після цього сформовані пари розподіляють між собою ролі: один - «говорить», інший - «слухає». Завдання складається з декількох етапів. Кожен етап триває певний час. Спочатку правилами доброго слухання керується той, хто «слухає». Той, «Хто говорить» протягом п'яти хвилин розповідає про свої труднощі в вихованні дитини. Через 5 хвилин ведучий зупиняє бесіду. У того хто «говорить» є 1 хвилина, протягом якої він повинен повідомити «слухає», що в поведінці останнього допомагало, а що ускладнювало цю розповідь. Тепер «говорить» протягом 5 хвилин буде розповідати «слухає» про свої сильні сторони в спілкуванні, про те, що йому допомагає виховувати дитину, будувати взаємини з ним. Через 5

хвилини ведучий зупиняє бесіду і пропонує перейти до наступного кроку. «Слухаючий» за 5 хвилин повинен повторити «того, хто говорив», що він виніс з двох його оповідань про себе, тобто про те, що йому допомагає і що заважає виховувати дитину. Протягом 5 хвилин «говорить» весь час мовчить і тільки рухом голови показує, згоден він, чи ні з тим, що говорить «слухає». Після того як «слухає» скаже все, що він запам'ятав з двох оповідань «говорить», останній може сказати, що було пропущено і що спотворено. У другій частині вправи учасники пари міняються ролями: той, хто був «слухаючим», стає «говорючим», і навпаки.

2. Вправа «Сімейні традиції».

Учасникам групи пропонується написати список сімейних традицій (звичаїв, правил, звичок, установок, поглядів, яких дотримуються всі члени сім'ї). Потім відбувається взаємообмін написаним в колі. Дана вправа дозволяє порівняти свої уявлення про них з уявленнями інших. Ведучий може запитати: «Які заповіді вас задовільняють, а які - ні?»

3. Вправа «Занурення в дитинство».

Ведучий дає інструкцію: «Сядьте зручніше, ноги поставте на підлогу так, щоб вони добре відчували опору, спиною обіпріться на спинку стільця. Закрийте очі, прислухайтеся до свого подиху, він рівний і спокійний. Відчуйте тяжкість в руках, в ногах. Потік часу забирає вас в дитинство, в той час, коли ви були маленькими. Уявіть теплий літній день, вам 5, 6 або 7 років. Ви йдете по вулиці, подивіться, що на вас одягнено, яке взуття. Вам весело, ви йдете по вулиці і поруч з вами близька людина, подивіться, хто це, ви берете її за руку і відчуваєте теплу надійну руку. Потім ви відпускаєте її і весело тікаєте вперед, але не дуже далеко, чекаєте свою близьку людину і знову берете її за руку. Раптом ви чуєте сміх, піднімаєте голову і бачите, що тримайте за руку зовсім іншого, незнайому вам людину. Ви обертаєтеся і бачите, що ваша близька людина стоїть позаду і

посміхається. Ви біжете до нього і знову разом за руку йдете далі і разом смієтеся над тим, що сталося. А зараз прийшов час повернутися назад в цю кімнату, і коли ви будете готові, відкривайте очі».

Цей сюжет актуалізує почуття прихильності і переживання втрати, хоча і миттєвої, близької людини. Ситуація здатна пробудити в учасниках тренінгу як позитивні, так і почуття тривоги, вона дає можливість побути дитиною і усвідомити, що означає присутність надійного дорослого в цьому віці, яка його найбільша роль для формування впевненості в подальшому житті.

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 6

1. Вправа «Вироблення прав».

Ведучий ділить групу на дві половини: одна група представляє «дітей», інша - «батьків». Завдання кожної групи полягає в складанні списку своїх прав. Після того, як кожна група закінчила підготовку такого списку, «батьки» і «діти» по черзі пред'являють ці права один одному, причому кожне право може бути внесено в остаточний список тільки тоді, коли воно прийнято іншим боком. Ведучий регулює дискусію і виносить прийняті обома сторонами права на чільне місце.

2. Вправа «Відгадай».

Один з учасників виходить в центр кола і закриває очі, інші підходять до нього і кладуть свої руки на його долоні. Завдання учасника – вгадати, чий це руки. Після того, як основний учасник відкриває очі, він пояснює, на

які ознаки він орієнтувався, і чи збіглися його тактильні відчуття з побаченим після.

3. Вправа «Закінчи речення».

М'яч кидається кожному з учасників, при цьому вимовляється початок фрази. Той, хто зловив м'яч закінчує фразу на свій розсуд, повертаючи м'яч ведучому. Якщо важко відповісти, перекидає іншому учаснику. Зразки фрази для гри:

Спілкування-діалог дозволяє дитині ...

Дорослий через діалог з дитиною дає їй відчути ...

У діалозі важливо, щоб наше ставлення не залежало ...

Спілкування-діалог – це значить пропонувати дитині ...

У діалозі дорослий не «суддя» дитині, а ...

Дорослому важливо відчувати в спілкуванні з дитиною ...

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 7

1. Вправа «Світ дитинства» .

Ведучий пропонує учасникам протягом 8 хвилин намалювати малюнок на тему «Світ дитинства та світ дорослих». Після закінчення малювання ведучий просить кожного дати пояснення до свого малюнку. Питання батькам: «Чи є взаємодія між світом дорослих і світом дітей на вашому малюнку? Як вони можуть взаємодіяти, допомогти один одному?».

2. Вправа «Сімейний портрет».

Кожен учасник на окремому аркуші малює свій сімейний автопортрет: себе і свою сім'ю – в будь-якій художній манері (реалістичній, символічній, абстрактній і т. д.). Роботи не підписуються. Після того, як всі намалювали і здали свої малюнки ведучому, він організовує з усіх учасників «експертну комісію», яка визначає авторів малюнка. Кожен «експерт» отримує малюнок невідомого художника, і його завдання полягає в тому, щоб здогадатися, чієму перу належить малюнок і обґрунтувати свої припущення.

3. Вправа «Парасолька якостей»

Батьки по групах малюють 4 парасольки. Дві парасольки з позитивними якостями: своїми і своєї дитини, два інших - з негативними. За бажанням зачитуються якості батьків і дітей. Йде обговорення, що відчував дорослий, коли виконував завдання? Потім на ватмані будуються загальні парасольки і розглядається, яких якостей більше. Йде обговорення. Ця вправа допомагає побачити позитивні якості, знайти «світло» в душі дитини.

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 8

1. Вправа «Батько - дитина».

Група ділиться на рівні за кількістю підгрупи «батьки» і «діти». «Діти» сідають в коло на підлогу і приймають позу ембріона. «Батьки» сідають за спину «дітей». Дорослий обіймає «дитину», його завдання передати їй любов, ніжність, дати відчуття надійної підтримки. Через 5 хвилин

«батьки» стають «дітьми» та навпаки. Після закінчення вправи відбувається обговорення, наскільки учасникам було комфортно в ролі «дитини» і «батька», наскільки «діти» відчували ніжність і турботу від «батьків».

2. Вправа «Лист в дитинство і відповідь».

Ведучий дає інструкцію: «Вам належить згадати себе хлопчиками і дівчатками, згадати своє дитинство. Згадати свої улюблені ігри, у що любили грати, як представляли своє майбутнє, ви дорослішали, у вас з'являлися нові плани, в якийсь момент ви зрозуміли, що ви майбутні батьки, що у вас будуть діти, яка картина батьківства малювалася тоді, як вона змінилася. Напишіть від імені дорослої людини тій дитині або підлітку, що означає бути батьком насправді, що ви реалізували, а що ні, що вийшло, а що ні, на що ви змінили свій погляд ». Батьки пишуть листи, а потім читають їх перед групою. Далі пропонується написати відповідь з дитинства. Після того, як листи виконано, кожен читає їх перед групою.

3. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 9

1. Вправа «Сімейне перетворення».

Сім'ям пропонується перетворитися один в одного. Поговорити один з одним виходячи з нової ролі.

2. Вправа «Дар розповіді».

Учасники групи знаходить собі партнера і розповідають йому тривожну (проблему, труднощі та ін.) для нього ситуацію, партнер, уважно

вислухавши, повинен згадати історію і розповісти її, щоб якимось допомогти своєму партнеру впоратися з тривогою. Далі міняються ролями.

3. Вправа «Розмова через скло».

Учасники розбиваються на пари. Ведучий: «Уявіть собі, що вас і вашого партнера розділяє вікно з звуконепрозаким склом, а вам необхідно передати йому якусь інформацію. Говорити заборонено. Не домовляючись з партнером про зміст розмови, спробуйте передати через скло все, що потрібно, і отримати відповідь». Всі інші учасники уважно спостерігають, не коментуючи те, що відбувається. Після закінчення всі обговорюють побачене.

4. Вправа «Коло вражень».

Батьки по колу висловлюють своє ставлення до подій на занятті, діляться думками, почуттями, висловлюються на предмет того, що саме було корисним на занятті.

Заняття 10

1. Вправа «Я прийшов з ..., а з чим прийшов ти».

Ведучий починає останнє заняття з фрази: «Сьогодні я прийшов з великим бажанням плодотворно провести останню зустріч, а з чим прийшли Ви? Давайте кожен з Вас скаже: «Я прийшов з ..., а з чим прийшов ти?» І звернеться до будь-якого учасника.

2. Вправа «Що було, що є, що буде, чим серце заспокоїться».

Батьки повинні зробити рефлексію того, якими вони прийшли на тренінг, які вони зараз, що буде в майбутньому, і що буде сприяти поліпшенню психологічного стану їх дітей.

3. Вправа «Валіза» .

Учасники (сімейна пара) по одному виходять за двері. Решта збирають їм «чемодан», в який кладуть ті якості, які допоможуть їм ефективно реалізовувати свої батьківські функції.

4. Підведення підсумків.

Ведучий пропонує підвести підсумки зустрічей. Кожен за бажанням висловлюється з приводу проведеного на тренінгу часу, що він «взяв» для себе, що нового дізнався, оцінює в цілому корисність для себе проведеного часу.