

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»

**Л.В. ДОМАНЕЦКАЯ**

**РОДИТЕЛИ И ЧАСТО БОЛЕЮЩИЙ РЕБЕНОК:  
ОБЩЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОХОДА**

*Монография*

КРАСНОЯРСК 2013

ББК 74.1

Д 66

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор

*И.О. Логинова,*

Доктор психологических наук, профессор

*С.Н. Орлова*

ISBN 978-5-85981-648-4

**Доманецкая Л.В.**

Д 66 Родители и часто болеющий ребенок: общение в контексте психосоматического похода: монография / Л.В. Доманецкая; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. – 304 с.

В монографии рассматривается комплекс теоретического и практико-ориентированного материала по проблеме общения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста с родителями в контексте методологии психосоматического подхода. В содержание входит теоретический анализ и результаты эмпирического исследования особенностей общения часто болеющего ребенка с родителями и специфики родительского отношения к нему.

Приводятся методики, позволяющие исследовать указанную проблему, а также комплекс психолого-медико-педагогических мероприятий, способствующих развитию общения часто болеющих дошкольников с родителями и улучшению соматического статуса. Представленные материалы не только информируют о специфике общения часто болеющих детей с родителями, но и позволяют рационально выстроить процесс их обучения и воспитания.

Издание адресовано работникам образования и здравоохранения, студентам психологических, педагогических и медицинских факультетов высших и средних специальных учебных заведений, а также родителям часто болеющих детей.

**ББК 74.1**

ISBN 978-5-85981-648-4

© Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», 2013  
© Доманецкая Л.В., 2013

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	7
Раздел 1. Теоретический анализ проблемы исследования общения часто болеющего ребенка с родителями в контексте психосоматического похода.....	12
1.1. Анализ психологических особенностей и социальной ситуации развития детей старшего дошкольного возраста, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок».....	12
1.2. Специфика общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста: формы, показатели эффективности, факторы развития.....	29
1.3. Родительское отношение к часто болеющему ребенку старшего дошкольного возраста и его влияние на особенности общения ребенка с родителями.....	60
1.4. Психосоматический подход как теоретико-методологическое основание изучения общения часто болеющего ребенка с родителями.....	78
Выводы.....	83
Раздел 2. Экспериментально-психологическое исследование особенностей общения часто болеющего ребенка с родителями.....	86
2.1. Организация и методы исследования.....	86
2.2. Особенности общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.....	97
2.3. Специфика родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста.....	115
2.4. Влияние родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста на особенности их общения с родителями.....	136
Выводы.....	142

Раздел 3. Возможности развития общения часто болеющего ребенка с родителями.....	145
3.1. Направления и содержание коррекционно-развивающей работы с часто болеющими детьми и их родителями.....	145
3.2. Изучение эффективности психолого-медико-педагогических мероприятий, направленных на развитие общения часто болеющих дошкольников с родителями.....	156
Заключение.....	173
Библиографический список.....	178
Приложения.....	200

## ВВЕДЕНИЕ

За последние годы в России четко обозначились негативные тенденции, вызывающие значительную тревогу экспертов в области детского здоровья (Баранов А.А., 1999; Романцов М.Г., 1999; Исаев Д.Н., 2001; Таточенко В.К., 2001). Высокий уровень детской заболеваемости в России и, как следствие, увеличение числа детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок» является актуальной медико-социально-психологической проблемой (Николаева В.В., 1995; Альбицкий В.Ю., 2003; Ковалевский В.А., 2005, 2007). Категорию часто болеющих детей (ЧБД) составляют преимущественно дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году. По данным НЦ ЗД РАМН 2004 г., за последние 5 лет количество часто болеющих детей до 7 лет возросло на 19,2%. Таким образом, на долю ЧБД приходится в среднем 51,3% всех заболеваний детей дошкольного возраста (Романцов М.Г., Ботвиньева В.В., 1996; Ковалевский В.А., 2005 и др.). Однако категория дошкольников с данной патологией незаслуженно выпадает из сферы изучения психолого-педагогических проблем, имеющиеся в литературе данные освещают, в основном, медико-физиологические аспекты проблемы ЧБД (Альбицкий В.Ю., 1986; Баранов А.А., 1986; Арина Г.А., 1995).

Современные исследования, базирующиеся на психосоматическом биопсихосоциоэтическом подходах, позволяют рассмотреть роль биологических, психологических и социокультуральных факторов, которые участвуют в генезе соматических заболеваний, а также установить их сложные взаимосвязи (Залевский Г.В., 2006, Менделевич В.Д., 2009). Работы В.В. Николаевой (1987), Г.А. Ариной (1995), В.А. Ковалевского (2006) доказали, что для часто болеющих детей характерна качественно иная, по сравнению со здоровыми сверстниками, особая социальная ситуация развития, которая может определяться ограничением внутренней и внешней

активности ребенка, прерывистостью его социальных отношений вне семьи, т.е. дефицитарными условиями развития личности. При этом особую значимость приобретает изучение родительского отношения к часто болеющим детям (Варга А.Я., Столин В.В., 1988; Спиваковская А.С., 2000), поскольку именно родители в сложившихся условиях становятся наиболее стабильными и гарантированными социальными партнерами ребенка. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку может стать пусковым механизмом формирования деформаций в его психическом и личностном развитии, а также причиной дальнейших нарушений соматического статуса ребенка (Николаева В.В., 1987; Исаев Д.Н., 2001). Так, анализ литературы показал, что часто болеющие дети могут иметь ряд особенностей, дезадаптирующих их, и, как следствие, провоцирующих рецидивы болезни: например, чрезмерная зависимость от взрослого, высокий уровень тревожности, психологическая инфантильность, трудности в реализации способов и средств общения с окружающими (Николаева В.В., 1987; Захаров А.И., 2000; Арина Г.А., 2003; Менделевич В.Д., 2007 и др.).

По мнению ряда ученых, разрабатывающих методологические основы зарубежной и отечественной психологии (Маерс Д., 1997; Флейк-Хобсон К., 1992; Петровский А.В., 1984; Ханин Ю.Л., 1987; Смирнова Е.О., 2005; Абульханова-Славская К.А., 2004), возрастание интереса к проблеме детского общения в настоящее время можно рассматривать как некоторую общую тенденцию развития всей системы психологических наук. Доказано, что необходимым условием развития общения ребенка является значимый взрослый (родитель) (Боулби Д., 2004; Эйнсворт М., 1990), который выступает для него эталоном реализации способов и средств общения, носителем правил поведения в социуме, т.е. становится посредником между ребенком и культурой (Выготский Л.С., 1984, 2000; Лисина М.И., 1989, 2001). Развитие общения со взрослым в дошкольном возрасте М.И. Лисина рассматривала как смену своеобразных форм – устойчивых сочетаний различных компонентов общения. Вместе с тем, характеризуя процесс

детского общения, ряд авторов выделяет, в качестве основных показателей его эффективности, активность ребенка в общении (Абульханова-Славская К.А., 2004; Смирнова Е.О., 2005) а также эмоциональное благополучие в процессе межличностного взаимодействия (Лисина В.Р., 1994; Филлипова Г.Г., 2001). Большинство имеющихся в психологии подходов к изучению общения дошкольников со взрослыми концентрируется на исследовании отдельных аспектов его развития: уровней, механизмов и т.п. Вопрос о специфике общения ребенка с близкими взрослыми (родителями) рассматривается рядом исследователей лишь относительно категории здоровых детей (Смирнова Е.О., 2000; Филлипова Г.Г., 2001; Панфилова М.Н., 2002). При этом без внимания оставлен вопрос об особенностях общения с родителями часто болеющих детей, находящихся в особой (дефицитарной) социальной ситуации развития, характеризующейся, в том числе неэффективным родительским отношением к ребенку (Арина Г.А., 1995; Николаева В.В., 1997; Ковалевский В.А., 2005). В то же время отмечается недостаточная разработанность научно-практических аспектов данной проблемы: эффективных технологий коррекции родительского отношения к часто болеющим детям, способствующих развитию их общения с родителями и улучшению соматического статуса, крайне мало.

Данная работа представляет результаты диссертационного исследования автора, осуществленного на базе МБДОУ № 194 комбинированного вида г. Красноярска.

В рамках представленного экспериментального исследования впервые выявлены особенности общения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста с родителями (в сравнении с категорией здоровых сверстников); расширены представления о взаимосвязи параметров, характеризующих общение с родителями исследуемых категорий детей; получены новые данные о специфике родительского отношения (со стороны матерей и отцов) к часто болеющим детям и взаимосвязи определяющих его

характеристик; доказано, что снижение показателей, определяющих общение с родителями исследуемых категорий детей, относительно возрастной нормы, обусловлено не особенностями их соматического статуса, а неэффективным родительским отношением к детям.

Структуру монографии можно представить в виде трех разделов. В первом разделе представлен теоретический анализ проблемы изучения особенностей общения часто болеющего ребенка с родителями. При этом основное внимание уделяется рассмотрению психологических особенностей и социальной ситуации развития детей старшего дошкольного возраста, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок»; характеристике особенностей общения часто болеющего ребенка с родителями и специфики родительского отношения к детям. В данном разделе работы также подробно раскрывается сущность психосоматического подхода как теоретико-методологического основания исследования. Второй раздел включает описание результатов экспериментальной работы, и посвящен анализу особенностей общения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста с родителями (в сравнении с категорией здоровых сверстников); изучению специфики родительского отношения к часто болеющим и здоровым детям и особенностей эмоционального взаимодействия родителей с детьми; выявлению характера влияния родительского отношения к ребенку на особенности его общения с родителями. В третьем разделе представлена коррекционно-развивающая программа оптимизации родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста, способствующая положительным изменениям особенностей их общения с родителями и улучшению соматического статуса.

Результаты исследования внедрены в практику образовательной деятельности ГОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева». Материалы исследования были использованы в разработке учебных программ дисциплин «Психология семьи и семейное консультирование», «Психология семьи и семейного воспитания»; спецкурсов:

«Психологические особенности детей с нарушениями в развитии», «Общение и эмоциональное благополучие ребенка дошкольного возраста» – для студентов, обучающихся по специальности «Дошкольная педагогика и психология» и по направлению «Педагогика». На основе проведенного исследования было разработано учебно-методическое пособие к спецкурсу по психологии «Общение и эмоциональное благополучие ребенка дошкольного возраста»; материалы исследования использовались при разработке электронного учебника «Психология семьи и семейного воспитания».

# **РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА С РОДИТЕЛЯМИ**

## **1.1. Анализ психологических особенностей и социальной ситуации развития детей старшего дошкольного возраста, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок»**

Термин «часто болеющие дети» достаточно широко известен в медицине. В настоящее время в России проблема часто болеющих детей особенно актуальна. По данным диспансерных осмотров детского населения соматический статус «часто болеющий ребенок» имеет каждый четвертый ребенок (Баранов А.А., 1999; Романцов М.Г.,1999). При этом качестве основных характеристик соматического статуса ребенка рассматривают его физическое и нервно-психическое развитие, функциональное состояние, резистентность по отношению к острым заболеваниям, наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития (Вельтищев Ю.Е., 1994; Виноградов А.Ф., 2004).

До настоящего времени имеется ряд разночтений, как в терминологии, так и в вопросах этиологии, патогенеза, лечения, профилактики и диспансерного наблюдения за этой категорией детей. Говоря о часто болеющих детях (иногда используют термин «часто и длительно болеющий ребенок»), подразумевают детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ, ОРВИ). Термин ЧБД не является нозологической единицей и не может быть самостоятельным диагнозом, его употребление допустимо лишь для выделения лиц со сниженной резистентностью, проявляющейся повышенной частотой острых заболеваний, что требует их углубленного обследования и проведения специальных лечебных и оздоровительных мероприятий [22, 23].

*В представленной работе используется определение категории ЧБД, предложенное А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (1986). Часто болеющими считаются дети, которые страдают острыми респираторными заболеваниями четыре и более раз в году [8; 23].*

По мнению А.Г. Румянцева и В.Н. Касаткина (1996) в 75-85% случаев повторные заболевания проявляются в виде острых респираторных инфекций с поражением верхних дыхательных путей; 10-15% составляет острый бронхит, 5-10% – острый отит, которые, как правило, возникают на фоне или как осложнение острых респираторных инфекций. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у часто болеющих детей не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями [16].

Категория часто болеющих детей неоднородна: врачи выделяют транзиторно (4-5 раз в году – ТБД) и истинно часто болеющих детей (6 и более раз в году – ИЧБД) (Романцов М.Г., Ботвиньева В.В., 1996). Для группы истинно часто болеющих детей характерна ситуация, в которой организм вынужден в постоянном напряжении поддерживать гомеостатическое равновесие, что связано со слабостью нейровегетативной регуляции висцеральных функций на стволом уровне, или т.н. астеновегетативным синдромом в структуре проявлений ММД. Траектория становления высших психических функций ИЧБД инфантилизируется, в связи с функционированием т.н. «механизма энергетического обкрадывания» наиболее молодых церебральных функций. Как показывают результаты катamnестических исследований, свыше 46% истинно часто болеющих детей к 8-9 годам приобретают одно или несколько хронических заболеваний. Также они прогностически наиболее неблагоприятны в плане развития аллергических заболеваний, в частности бронхиальной астмы [16; 22].

Наиболее распространенные жалобы и симптомы у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со

стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей [23].

Как показывает практика, чисто медикаментозное лечение таких детей не дает устойчивых позитивных результатов: едва выздоровев, они тут же заболевают вновь и вынуждены находиться месяц за месяцем дома. В результате дети лишаются нормального общения со сверстниками, их жизнь замыкается внутри семьи [24].

В возникновении частых заболеваний детей выделяют ряд факторов (Бадьина Н.П., 2007). Условно их можно разделить на три группы. *Медико-биологические факторы* включают: анатомически и физиологически обусловленные симптомы (истинный иммунодефицит, поздний старт иммунной системы, сниженная барьерная функция слизистых); неблагоприятное перинатальное развитие ребенка (акушерская патология матери, частые заболевания матери и лечение антибиотиками во время беременности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременные, отягощенные роды и др.); неблагоприятное постнатальное развитие (диатезы, дисбактериозы, глистные инвазии; очаги хронической инфекции носоглотки и полости рта – гайморит, тонзиллит, аденоиды и т.д.); нерациональное питание ребенка (избыток углеводов, дефицит белка, витаминов, микроэлементов); повторное назначение антибиотиков, салицилатов и других препаратов; наличие в анамнезе у родителей хронических легочных заболеваний, заболеваний ЛОР-органов, злокачественных новообразований, ревматизма, аллергических болезней, ОРЗ; низкая медицинская активность семьи, позднее обращение за медицинской помощью, невыполнение назначений врача, дефекты ухода за ребенком.

К группе *экологических факторов* (в том числе санитарно-гигиенических) относят: неблагоприятные условия труда будущих родителей (особенно работа с органическими растворителями, в условиях ионизирующего и электромагнитного излучения); неблагоприятная экологическая обстановка (в том числе проживание в панельных домах старой застройки, рядом с автостоянками, на пересечении основных

транспортных магистралей и в других местах с загрязненным воздухом); неблагоприятные жилищные условия; низкий уровень санитарной культуры и вредные привычки родителей.

К *социально-психологическим* факторам относятся: низкий уровень образования родителей; низкий материальный достаток семей; хроническая психотравмирующая ситуация в семье: отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями; неадекватный стиль родительского воспитания; дефицит свободного времени у родителей; нивелирование функций отца и степени его ответственности в процессе воспитания ребенка; неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего, матерей; поступление детей в дошкольные учреждения, школу; стрессы, вызванные педагогическими просчетами; астеническое состояние («раздражительная слабость», включающая, с одной стороны, истощаемость психических процессов, а с другой – повышенную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам).

Предрасполагающими факторами частой заболеваемости в дошкольном возрасте в большем количестве случаев считается начало посещения ребенком детских яслей и сада. Поступление в детский сад сопровождается определенными стрессовыми факторами: первым длительным расставанием с родителями и другими членами семьи, попаданием в совершенно незнакомую по организации и структуре предметно-пространственную среду, длительным контактом с чужими детьми, воспитателями, персоналом, мотивы поведения которых непонятны, действия – незнакомы и непредсказуемы [16; 23]. Иными словами, адаптация ребенка к детскому саду является достаточно трудным психологическим и физиологическим процессом.

Поведение больного ребенка изменяется, часто становится «проблемным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, как правило, не прекращает психическое развитие ребенка, она может исказить, отяготить и замедлить его ход. Болезнь не только влияет на функциональное состояние

организма, но является для ребенка тяжелой психической травмой, переживание которой может активизировать защитные и компенсаторные ресурсы его психики, хотя возможен и обратный процесс [146]. Говоря о формировании внутренней картины болезни у детей, Д.Н. Исаев (2001) подчеркивает, что отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением о болезни родителей и других членов семьи, родительским отношением в ситуации болезни ребенка.

Часто болеющие младшие дошкольники, как правило, не понимают причин своей болезни, часто рассматривают ее как наказание за плохое поведение. Дети видят причины возникновения заболевания в нарушении питания и гигиенических правил. Для часто болеющих детей старшего дошкольного возраста характерно амбивалентное отношение к состоянию собственного здоровья. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на неосознаваемом эмоциональном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье, потому что дает возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, большинство детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, будут больше обращать внимания и заботиться о них [96].

*Анализ исследований по проблеме развития часто болеющего ребенка позволил суммировать выделяемые в литературе психологические особенности данной категории детей и представить их следующим образом.*

*Особенности развития личности и самосознания:*

- при оценивании себя у часто болеющего ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно-чувственное [96; 103];

- часто болеющие дети испытывают дискомфорт, находясь в группе сверстников, они не желают быть в центре внимания, отказываются находиться в позиции лидера [36];

- у часто болеющего ребенка отмечается неустойчивая оценка состояния своего здоровья, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [147];

- основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на преодоление болезненных симптомов и их негативных последствий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [97].

*Особенности эмоциональной сферы:*

- для большинства часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как тревога, страх, гнев и чувство вины, следовательно, выражено состояние эмоционального неблагополучия [64; 65];

- взаимодействие часто болеющих детей с окружающими носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью. Дети испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций других людей, что в значительной степени отражается на межличностных контактах, социальной адаптации, на понимании ими взрослых и сверстников [97];

- данный контингент дошкольников характеризуется проявлением тревожности и преобладанием пессимистичного настроения, при этом их страхи связаны как с состоянием собственного здоровья и жизни, так и с дискомфортом во взаимоотношениях с окружающими [19; 195].

*Особенности общения с окружающими:*

- круг общения часто болеющего ребенка ограничен, присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей), стремление получить от

них помощь [21];

- при взаимодействии со взрослыми дети предпочитают предметный (на основе игры, действий с игрушками) фон общения, нежели интимно-личностный [36];

- часто болеющие дети малоактивны в общении со взрослыми. Контакты носят преимущественно реактивный характер. Характеризуя состояние речи ребенка, следует отметить ее низкий мотивационно-потребностный уровень, что также определяет низкую коммуникативную активность [57; 61];

- часто болеющие дети проявляют значительно меньший интерес к сверстникам, что свидетельствует о низкой потребности в общении со сверстниками. При этом их контакты малоэмоциональны и сводятся лишь к простым обращениям и указаниям [195].

Проведенный анализ особенностей психического развития часто болеющего ребенка показывает недостаточную изученность данного вопроса в психолого-педагогической и медицинской литературе. Например, в исследованиях В.В. Николаевой отмечается, что в ситуации болезни активизируется собственная познавательная активность ребенка, направленная на преодоление болезни, которая имеет свою специфику в зависимости от его возраста и ведущей деятельности [147]. В то же время результаты исследований отдельных познавательных психических функций свидетельствуют о более низких (по сравнению со здоровыми детьми) показателях их развития [8]. Также доказано, что ситуация болезни приводит к сильной субъективной зависимости ребенка от взрослого (родителя) [85]. Вместе с тем, по мнению Д.Н. Исаева, у часто болеющего ребенка «утрачивается непосредственность общения со взрослыми и сверстниками» [97; 99]. В указанном контексте требует детального рассмотрения социальная ситуация развития ребенка.

Общепризнано, что, социальная ситуация может быть благоприятной или неблагоприятной для процесса индивидуального развития.

Следовательно, результаты последнего зависят главным образом от конкретных социальных условий, в которые попадает данный индивид. В первую очередь это сказывается на формировании тех психологических новообразований, которые в меньшей степени обусловлены генотипической программой. Таким образом, роль системы отношений между индивидом и средой является ведущей для психического развития человека.

Важнейшим теоретическим положением, раскрывающим роль социальной среды в психическом развитии ребенка, стало положение о специфической форме развития ребенка как процессе присвоения им социально-исторического культурного опыта в сотрудничестве со взрослым (Леонтьев А.Н., 1985, 2001; Эльконин Д.Б., 1995; Запорожец А.В., 1986; Давыдов В.В., 1986). Социальная среда выступает не просто как внешнее условие, а как подлинный источник развития ребенка, поскольку в ней содержатся те материальные и духовные ценности, которые воплощают способности человеческого рода и которыми отдельный индивид должен овладеть в процессе своего развития. Такое понимание значения социальной среды определяет принцип осмысленной предметной деятельности как движущей силы психического развития (Леонтьев А.Н., 2001; Эльконин Д.Б., 1995). В совместной с взрослым деятельности впервые складывается генетически исходная форма и структура психологических способностей, происходит становление и интериоризация новых форм психической деятельности (Леонтьев А.Н., 2001; Гальперин П.Я, 1978, 1998). В качестве объекта развития при таком подходе принимается не дихотомическое разделение ребенок – среда, а единство ребенка в системе его социальных связей и отношений, «событийная общность» как форма совместности ребенка и его социального окружения (Слободчиков В.И., 1994).

А.Н. Леонтьев указал, что социальная ситуация развития определяет объективное место ребенка в системе социальных отношений и соответствующие ожидания и требования, предъявляемые к нему обществом и задающие «идеальную форму» развития (Леонтьев А.Н., 2001; Эльконин

Д.Б., 1995). Институт посредничества, задающего содержание и формы общения и сотрудничества ребенка с взрослыми и сверстниками как носителями компетентности, выступает основой для присвоения ребенком «идеальной формы» (Эльконин Д.Б., 1994).

*Определяя понятие социальной ситуации развития, мы исходим из учения Л.С. Выготского (2006): «Социальная ситуация развития – это сочетание внешних обстоятельств жизни ребенка, т.е. то, что переживает ребенок, с тем, как переживает он эти обстоятельства».*

Обстоятельства жизни ребенка определяются как макросоциумом (экономические, культурно-исторические, национальные особенности и т.д.), так и микросоциумом (семья, детский сад, школа, ровесники, значимые взрослые и т.д.). Каждый из этих факторов по-разному влияет на формирование личности и приобретает особое содержание в ситуации, когда у ребенка нарушен соматический статус. В настоящее время опубликован ряд научных работ по изучению психологических особенностей соматически больных детей, например:

- исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997);
- особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);
- особенности поведения детей и педагогическая работа с ними при некоторых острых детских инфекциях (скарлатина, корь) (Бурмистрова Н.Н., 1996);
- изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);
- интеллектуальное развитие детей, больных сахарным диабетом (Гнедова С.Б., 1998);

- исследование психологических особенностей часто болеющих детей (Михеева А.А., 1999) и др.

Анализ указанных теоретических источников позволяет констатировать, что болезнь, независимо от ее нозологии, оказывается встроенной в систему смысловой сферы личности, она сужает пространство возможной активности ребенка, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований, как нормального, так и патологического типа, т.е. создает качественно иную – дефицитарную – особую социальную ситуацию развития (Николаева В.В., 1997; Арон И.С., 2000; Арина Г.А., 1995; Залевский Г.В., 2005).

В работах отечественных и зарубежных исследователей (Морозов Г.В., Лебединский М.С., 1972; Бассин Ф.В., 1972; Николаева В.В., 1987; Шац И.К., 1990; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю.С., 1999; Исаев Д.Н., 1996, 2000; Гиндикин В.Я., 2000; Старшенбаум Г.В., 2005; Engel В.Т., 1972; Chertok L., 1982; Zimprich H., 1984; Jochmus I., Schmitt G.M., 1986; Stark T., Blum R., 1986; Kreisler L., 1994 и др.) подчеркивается единство психического и соматического. В проблеме психосоматических взаимоотношений выделяют два аспекта: влияние психических факторов на соматическую сферу человека; влияние соматических факторов на психику человека.

При этом установлено, что влияние соматического состояния на психику человека может быть как *патогенным*, так и *саногенным*. В рамках данного исследования наибольшее значение представляет первое, которое подразумевает нарушение развития личности ребенка в условиях соматической болезни.

Влияние соматической болезни на психику может характеризоваться, как *соматогенное*, когда тяжелое соматическое заболевание само по себе вызывает определенные изменения в психике (посредством интоксикационных воздействий на центральную нервную систему (далее – ЦНС)); *психогенное*, когда психические изменения наступают вследствие реакции личности на болезнь и ее последствия.

Соматогенный путь наблюдается лишь в случае отдельных соматических заболеваний, при тяжелых формах болезни, основным же видом влияния на психику является психогенный [86;146].

Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый *механизм замкнутого круга*: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере, вызывают изменения в психике, последние, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений. Например, перестройка отношения родителя к ребенку (больше внимания, меньше требований, сиюминутное удовлетворение потребностей) в ситуации болезни последнего может вызвать изменение в психической сфере ребенка (его восприятие болезни, эмоциональное состояние, мотивацию на выздоровление и пр.), что, в свою очередь, отразится на течении заболевания. Так, по замкнутому кругу, и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания [25;86;146].

Рассматривая возможные механизмы влияния болезни на замедление темпов развития больного ребенка, можно выделить два вида ограничений:

- 1) ограничение движений (связано с общим недомоганием, постельным режимом);
- 2) ограничение познавательной деятельности (связано с фрустрацией познавательной потребности).

Личностные особенности, ответственные за определенное психосоматическое заболевание, являются предметом специальных поисков. Д.Н. Исаев (1996, 2001) считает, что у детей ответственными за высокий риск психосоматического расстройства являются в первую очередь такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Автор подчеркивает, что у детей удастся найти такие личностные особенности, которые наиболее часто в разных сочетаниях встречаются практически при

всех психосоматических расстройствах. К ним относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижение высоких результатов [96; 97]. Категория детей с психосоматическими заболеваниями включает, в том числе часто болеющих детей.

Рассмотрим подробнее исследования, где среди факторов обуславливающих состояние здоровья детей были указаны специфические деформации в системе отношений между детьми и родителями и некоторые личностные особенности последних, прежде всего, матерей (Бадина Н.П., 2004); описаны особенности родителей, воспитывающих соматически больных детей, и специфика их внутрисемейных отношений (Арина Г.А.; Николаева В.В., 1995; Михеева А.А., Смирнова Е.О., Касаткин В.Н., 1999; Румянцев А.Г., 2000).

Основываясь на результатах наблюдения, Г.Г. Семенова-Полях (2003) утверждает, что большинство родителей больных детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки. Общение с ребенком становится схематичным: на все случаи жизни даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Таким образом, нивелируется стремление к самостоятельности.

Д.Б. Исаев (1995) и И.С. Арон (2000) более глубоко рассматривают особенности взаимоотношений матери с больным ребенком и выявляют некоторые психологические механизмы формирования в них специфических деформаций. По их мнению, почти всем матерям больных детей присуще родительское отношение с «элементами симбиоза и социальной инвалидизации»: мать низко оценивает личностные качества ребенка, видит

его слабым, беспомощным, нуждающимся в помощи. Лечение больного ребенка становится главным делом ее жизни. Ипохондрические переживания матери транслируются ребенку, в результате чего у него формируется следующий «Я-образ»: «Я – больной, маленький, беспомощный», и возникает потребность в опеке и защите. Желание стать более самостоятельным и избавиться от слишком сильной зависимости от матери вытесняется. Болезнь становится выгодной ребенку, поскольку позволяет ему получать дополнительную ласку и внимание со стороны матери. Она выгодна также и матери, которая стремится к тому, чтобы ребенок оставался слабым и зависимым. В данном случае образуется устойчивая триада «мать – болезнь – ребенок», в которой болезнь – средство сохранения симбиоза между матерью и ребенком. Возникшая триада устойчива. Болезнь может приобрести характер хронического течения с постоянной симптоматикой. Отца, отстраненного от воспитания ребенка, такое положение часто устраивает. Если болезнь исчезнет, возможны внутрисемейные конфликты, грозящие распадом всей семейной структуры в целом [19; 86].

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, Г.А. Арина (1995) говорит о том, что она имеет следующий вид: активная, доминантная мать с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связывается авторами с тем, что традиционно мать несет тотальную ответственность за все, что происходит с больным ребенком; эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия отца в воспитании ребенка. Отношение же к матери противоречиво: дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высокопозитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи

даже при осуществлении простых актов самообслуживания.

Многие ученые (Михеева А.А., 1995; Смирнова Е.О., 2000; Касаткин В.Н., 1999; Румянцев А.Г., 2000) отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. Неадекватное, неоднозначное отношение к ребенку со стороны матери эти авторы в большей степени связывают с личностными особенностями матерей, чем с состоянием здоровья ребенка. По их мнению, для матерей указанной категории детей характерна, прежде всего, высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, а ограничение здоровья ребенка является способом отражения собственных проблем. Большинство матерей в данной ситуации склонны к экстрапунитивным реакциям (своя доля ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается). Известно, что подобные реакции являются компенсацией собственной уязвимой позиции. Матерям детей с нарушенным соматическим статусом присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). В результате между ребенком и матерью складываются неадекватные взаимоотношения, которые проявляются в том, что при отвергающем, инфантилизирующем отношении матери ребенок становится зависим от нее, нуждается в ее внимании и поддержке.

Д.Н. Исаев (1993) отмечал, что представления больного ребенка об окружающем мире, и, в частности, о болезни, отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни [84; 97].

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Ребенок оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасностями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии [195]. Что касается психологической атмосферы семей часто болеющих детей, то она может быть оценена как неблагоприятная и характеризуется конфликтностью, деформацией эмоциональных связей между членами семьи.

Выявленный синдром искаженного психосоматического развития ребенка создает особую, однотипную в психологическом отношении, дефицитарную для развития ребенка, ситуацию.

Таким образом, анализируя теоретический обзор подходов к описанию психологических особенностей и социальной ситуации развития детей, имеющих соматический статус ЧБР, можно констатировать:

1. Говоря о часто болеющих детях, подразумевают детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ, ОРВИ). Термин ЧБД не является нозологической единицей и не может быть самостоятельным диагнозом, его употребление допустимо лишь для выделения лиц со сниженной резистентностью, проявляющейся повышенной частотой острых заболеваний, что требует их углубленного обследования и проведения специальных лечебных и оздоровительных мероприятий [22, 23]. Отечественные педиатры до настоящего времени в группу ЧБД относят детей, которые страдают острыми респираторными заболеваниями четыре и более раз в году [8; 23]. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у часто болеющих детей не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями [16].

2. Анализ психологических особенностей часто болеющего ребенка показывает, что данный вопрос еще недостаточно изучен. Например, в исследованиях В.В. Николаевой отмечается, что в ситуации болезни активизируется собственная познавательная активность ребенка, направленная на преодоление болезненного состояния, которая имеет свою специфику в зависимости от его возраста и ведущей деятельности [147]. В то же время результаты исследований отдельных познавательных психических функций свидетельствуют о более низких (по сравнению со здоровыми детьми) показателях их развития [21]. Также доказано, что болезнь приводит к сильной субъективной зависимости часто болеющего ребенка от близкого взрослого [8; 85], следовательно, требует более детального рассмотрения социальная ситуация его развития.

3. Определяя понятие социальной ситуации развития, мы исходим из учения Л.С. Выготского (2006): «Социальная ситуация развития — это сочетание внешних обстоятельств жизни ребенка, т.е. то, что переживает ребенок, с тем, как переживает он эти обстоятельства» [48]. Особенности социальной ситуации развития часто болеющих детей старшего дошкольного возраста заключаются, прежде всего, в том, что болезнь создает дефицитные условия для развития их личности [16; 96], характеризующиеся ограничением внутренней и внешней активности ребенка, прерывистостью его социальных отношений вне семьи. При этом специфика общения детей с родителями, личностные качества родителей, тип отношения родителей к ребенку, стиль воспитания, психологическая атмосфера семьи, как правило, приобретают негативное психологическое содержание.

4. Болезнь, с точки зрения психосоматического подхода, независимо от ее нозологии, оказывается встроенной в систему смысловой сферы личности, она сужает пространство возможной активности ребенка, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований, как нормального, так и патологического типа, т.е. создает

качественно иную – дефицитарную – особую социальную ситуацию развития часто болеющего ребенка (Исаев Д.Н., 1988; Николаева В.В., 1997; Арон И.С., 2000; Арина Г.А., 1995; Залевский Г.В., 2005). При этом психологическая атмосфера семьи и, как следствие, особенности общения детей с родителями, могут приобрести негативное психологическое содержание.

Анализ психологических особенностей часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, их социальной ситуации развития актуализирует необходимость более детального рассмотрения особенностей их психического и личностного развития, в том числе малоизученным является характер и содержание общения часто болеющих детей с родителями.

## **1.2. Специфика общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста: формы, показатели эффективности, факторы развития**

Проблема общения занимает центральное место в системе человековедческих наук – философии, социологии, языкознании, психологии. Концептуальные основы проблемы общения разработаны в трудах отечественных ученых Б.Г. Ананьева (2001), Г.М. Андреевой (2004, 2005), В.М. Бехтерева (2001), Л.С. Выготского (2006), А.А. Леонтьева (1975, 2005), Б.Ф. Ломова (1975, 1981), В.Н. Мясищева (1998), С.Л. Рубинштейна (1998) и др. Исследователи рассматривают общение как важное условие психического развития человека, его социализации и индивидуализации, формирования личности.

Исследования феномена общения в социальной психологии, проводимые отечественными и зарубежными учеными (Андреева Г.М., 2004; Коломинский Я.Л., 2001; Петровская Л.А., 1982; Parry J., 1967; Geller J., 1972 и др.), имеют важное значение для осмысления общих проблем жизни и культуры человеческого общества.

Новый этап развития науки, междисциплинарная интеграция расширили и углубили диапазон исследований, обогатили научное знание. Выход психологических исследований на лингвистику, семиотику и теорию информации (Бодалев А.А., 2002; Леонтьев А.А., 2005), на педагогику и этику (Божович Л.И., 1995; Ковалев Г.А., 1981; Лисина М.И., 1984, 1986; Мудрик А.В., 1986; Титаренко А.И., 1987; Кан-Калик В.А., 1986) имеет большое значение для изучения отдельных аспектов общения. Работы педагогического направления показывают роль общения в процессе воспитания, формирования и развития личности, в межличностных контактах.

Важный теоретический и эмпирический материал по личностной обусловленности общения накоплен в медицинской психологии. Так,

исследования «пограничной» по отношению к норме личности с проблемами в социально-психологической адаптации осуществлялись В.М. Бехтеревым (2001), К. Леонгардом (1989), В.М. Ганнушкиным (1993), А.Е. Личко (1983).

В теории отношений В.Н. Мясищева (1995) детально рассмотрен механизм возникновения внутриличностного конфликта. Если ребенка воспитывают без любви и противоречивыми педагогическими методами, приобретаемый им опыт общения порождает противоречивые отношения к себе и к окружающим людям.

Проблема общения получила широкое освещение в работах зарубежных исследователей (Adorno T.W., Appel K.O., Brehmer V.N., Edwards C.N., Havranek V., Humboldt W., Hornby A., Jancek J., Lamm H., Mead G.H., Osgood C.E., Ostin G., Pike R.X., Topfer V.A., Steintal H.). Основными проблемами, которые решают авторы, являются: понятие общения и его определение, соотношение общения с предметно-практической деятельностью и общественными отношениями, функции общения, средства и способы общения, влияние общения на психические процессы и развитие личности, дифференциация научных аспектов исследования общения и многие другие более частные вопросы.

В данной работе рассматриваются не все теории общения, имеющиеся в отечественной и зарубежной психологии, а лишь наиболее влиятельные концепции, помогающие увидеть современное состояние проблемы и тенденции в ее исследовании, применимые к изучению общения часто болеющего ребенка.

В научной литературе существует несколько трактовок общения, порой трудно сопоставимых, что объясняется не только сложностью и многогранностью общения как объективного и субъективного явления, но и известной понятийной нечеткостью современной психологии.

До настоящего времени нет единого и общепризнанного определения категории общения. Как отмечал А.А. Леонтьев, ссылаясь на данные

Ф. Денса, лишь в англоязычной литературе, опубликованной до 1969 года, насчитывалось 96 определений общения [115].

Общение определяется как процесс установления и поддержания контакта (Леонтьев А.А., 2005), как процесс образования общности (Ерастов Н.П., 1979), как обмен деятельностью, представлениями, чувствами и др. (Буева Л.П., 1974, Ломов Б.Ф., 1984), как форма общественно-коммуникативной деятельности (Зимняя И.А., 1973) и т.д. Все эти определения отражают явления, свойственные общению, но каждое из них в отдельности не раскрывает всего содержания этого феномена.

Однако существует точка зрения, согласно которой общение не существует вне контекста деятельности (Ломов Б.Ф., 1984; Леонтьев А.А., 2001; Ананьев Б.Г., 2001). Например, с точки зрения Б.Г. Ананьева, А.А. Бодалева и ряда других психологов общение есть форма человеческой деятельности. Иногда деятельность и общение рассматриваются как «две стороны социального бытия человека, его образа жизни» [11].

Другими авторами (Леонтьев А.Н., 1998) общение понимается как определенная сторона деятельности, «оно включено в любую деятельность, есть ее элемент, в то время как саму деятельность можно рассматривать как условие общения» [114].

Компромиссный подход, предложенный Г.М. Андреевой (1980, 1981), М.И. Лисиной (1984), рассматривает общение и как сторону совместной деятельности, и как самостоятельный феномен, отличный от деятельности.

Вопрос о соотношении общения и деятельности до сих пор остается одним из дискуссионных в отечественной науке. Связь общения с деятельностью признается всеми отечественными и зарубежными исследователями, придерживающимися теории деятельности в психологии.

Своеобразный итог этим дискуссиям подвел М.С. Каган в работе «Мир общения», где он, в частности, пишет о том, что общение «бывает и аспектом, и типом, и видом деятельности, в зависимости от деятельности и от угла зрения на нее теоретика: одно дело, например, общение в трудовом

процессе, другое – в дружеской беседе, третье – в научном диспуте. Постоянной же остается сама деятельностная природа человеческого общения, проявляющаяся в направленности действий субъекта на другой субъект» [87].

Таким образом, из всего обилия дефиниций общения можно выделить главные:

- 1) общение – вид самостоятельной человеческой деятельности;
- 2) общение может входить в иную деятельность в статусе ее структурных элементов;
- 3) общение – одна из форм взаимодействия.

Не останавливаясь на всех нюансах взаимосвязей понятий «общение» и «деятельность», в настоящем исследовании мы исходим из положения, что деятельностная природа человеческого общения является одной из важных отличительных характеристик понятия «общение».

Данный подход стал основным в традиции становления категории общения в психологии и связан с трудами С.Л. Рубинштейна (1957, 1977, 1979, 1989), А.Н. Леонтьева (2001), Б.Г. Ананьева (1977, 2001), Л.С. Выготского (2006), Д.Б. Эльконина (1995) и других исследователей проблемы общения в отечественной психологии.

Исследования проблем общения невозможны без всестороннего систематизированного анализа. Б.Ф. Ломов справедливо отмечал, что «общение должно изучаться как многомерный полифункциональный процесс с применением методов системного анализа» [122]. Несомненно, феномен общения монолитен и все, что его определяет, существует в неразрывном единстве, однако в интересах теоретического анализа попытаемся все-таки вычленить отдельные его элементы.

В современной психологической науке наиболее «важной и менее всего изученной» характеристикой деятельности общения, предполагающей «изучение большого комплекса не только психологических, но и

социологических, этических и даже экономических вопросов», считают функцию общения [122].

Понятие функция определяется неоднозначно. Философское определение функции подразумевает «способ поведения, присущий какому-либо объекту и способствующий сохранению этого объекта или той системы, в которую объект входит в качестве элемента» (Снетков В.М., 2001). В психологии под функциями общения понимаются те роли и задачи, которые выполняет общение в процессе социального бытия человека [111].

В силу многомерности процесса общения его функции можно классифицировать по различным основаниям. Однако во всех приведенных ниже классификациях выделяются такие функции общения, как регулирующая и информационная. Информационный обмен и регуляция совместной деятельности субъектов составляют ядро, вокруг которого объединяется совокупность явлений, обозначаемая понятием общения [122].

В научной литературе имеются различные подходы к определению функций общения.

Б.Ф. Ломов выделяет следующие функции общения:

- информационно-коммуникативная (заключается в любом виде обмена информацией между взаимодействующими индивидами);
- регуляционно-коммуникативная, или интерактивная (заключается в регуляции поведения и непосредственной организации совместной деятельности людей в процессе их взаимодействия);
- аффективно-коммуникативная (связана с регуляцией эмоциональной сферы человека).

Причем «в реальном акте непосредственного общения все перечисленные функции выступают в единстве» [122].

С позиции полифункционального подхода к процессу общения основные функции общения делятся на четыре группы [120]:

1) инструментальная, заключающаяся в обслуживании различных видов групповой предметно-направленной деятельности;

2) психологические, состоящие в развитии отдельных психических процессов и форм психической деятельности;

3) социально-психологические, к которым относятся: коммуникативная, самоутверждения и самоактуализации личности, развития взаимоотношений между участниками общения, группообразования и развития групповых процессов, единства и целостности, а также те функции общения, которые связаны с развитием личности в обществе, ее социализацией, становлением как члена общества, формированием самосознания личности через познание других людей и в процессе группового взаимодействия;

4) социальные функции, состоящие в передаче индивидуального и общественного опыта от предыдущих поколений к последующим, обеспечении преемственности и развития в жизни человеческого общества; организации социального взаимодействия; формировании всех видов общественных отношений: деловых, правовых, экономических, социально-психологических и др.

А.В. Мудрик (1986) дополняет понятие, выделяя воспитательные функции общения школьников:

- нормативная функция, отражающая освоение школьниками норм социально-типического поведения;

- познавательная функция, отражающая приобретение учащимися в процессе общения индивидуального социального опыта;

- эмоциональная функция, отражающая общение как аффективный процесс;

- актуализирующая функция, отражающая реализацию в общении типических и индивидуальных сторон личности школьника.

В.Н. Панферов (1983) рассматривает функциональную структуру общения как «форму человеческой деятельности, представленную

всеобщими функциями человеческой деятельности, социальными функциями и социально-психологическими функциями взаимодействия человека с человеком» [155]. Он выделяет шесть функций: коммуникативную; информационную; когнитивную; эмотивную; конативную; креативную. Каждая их перечисленных функций может стать доминирующей в зависимости от содержательного контекста совместной деятельности, но все они, по мнению автора, трансформируются в одну главную функцию общения – регуляторную, осуществляющую социально-психологическую регуляцию в процессах взаимодействия людей.

М.И. Лисина (1986) предлагает иную классификацию функций общения, которую она интерпретирует с точки зрения деятельности [120]. На основании этого выделяются три основные функции общения: организация совместной деятельности людей (для согласования и объединения усилий, для достижения общего результата); формирование и развитие межличностных отношений (взаимодействие с целью налаживания отношений); познание людьми друг друга.

Представленный подход базируется на признании ведущей роли взаимодействия с другим (прежде всего, взрослым) в онтогенезе общения ребенка и определен нами как приоритетный в настоящем исследовании.

Рассмотренные классификации функций общения, естественно, не исключают друг друга. Более того, существуют и другие варианты классификаций. Это, в свою очередь, доказывает многомерность феномена общения. Функциональная сторона общения самым непосредственным образом связана с его структурой.

К структуре общения можно подойти по-разному. Отечественные психологи для анализа структуры общения используют общепсихологические концепции деятельности.

Л.В. Лидак (1982) выделяет следующие структурные компоненты общения (рис. 1).

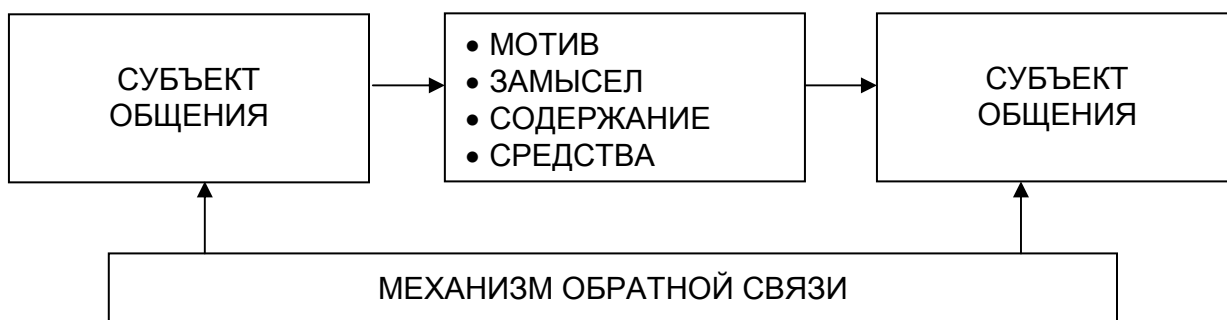


Рис. 1. Структура общения по Л.В. Лидак (1982)

Данная схема иллюстрирует двусторонний характер взаимодействия участников общения. Цель, мотивированная потребностью, достигается при помощи соответствующих средств. В процессе общения происходит передача некоторого содержания, информации с последующей коррекцией поведения или используемых для общения средств. Выбор участниками оптимальных средств общения и адекватного стиля поведения осуществляется при помощи механизмов обратной связи. Результатом общения являются взаимоотношения.

В отечественной социальной психологии структура общения характеризуется путем выделения в общении трех взаимосвязанных сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной [9].

Коммуникативная сторона общения (или коммуникация в узком смысле слова) состоит в обмене информацией между общающимися индивидами. Интерактивная сторона заключается в организации взаимодействия между общающимися индивидами (обмен действиями). Перцептивная сторона общения означает процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению и установления на этой основе взаимопонимания [120].

Рассмотрим эти три стороны общения подробнее:

*Коммуникативная сторона общения.* Во время акта общения имеет место не просто движение информации, а взаимная передача закодированных

сведений между двумя индивидами – субъектами общения. Следовательно, имеет место обмен информацией. Но люди при этом не просто обмениваются значениями, они стремятся выработать общий смысл. А это возможно лишь в том случае, если информация не только принята, но и осмыслена. Коммуникативное взаимодействие возможно только в том случае, когда человек, направляющий информацию (коммуникатор), и человек, принимающий ее (реципиент), обладают сходной системой кодификации и декодификации информации. При этом актуализируется значимость выбора средств коммуникации. Как отмечалось, для передачи любая информация должна быть соответствующим образом закодирована, т.е. она возможна лишь посредством использования знаковых систем. Самое простое деление коммуникации – на вербальную и невербальную, использующие разные знаковые системы.

Вербальная – использует в качестве таковой человеческую речь. Речь является самым универсальным средством коммуникации, поскольку при передаче информации посредством речи менее всего теряется смысл сообщения. Можно обозначить психологические компоненты вербальной коммуникации – «говорение» и «слушание» «Говорящий» сначала имеет определенный замысел относительно сообщения, потом он воплощает его в систему знаков. Для «слушающего» смысл принимаемого сообщения

Невербальная коммуникация. Традиционно, в психологии выделяют четыре группы невербальных средств общения [87]: экстра- и паралингвистические (различные околоречевые добавки, придающие общению определенную смысловую окраску – тип речи, интонирование, паузы, смех, покашливание и т.д.); оптико-кинетические (то, что человек «прочитывает» на расстоянии – жесты, мимика, пантомимика); проксемика (организация пространства и времени коммуникативного процесса); визуальный контакт (контакт глаз).

*Интерактивная сторона общения* – характеристика тех компонентов общения, которые связаны со взаимодействием людей, с непосредственной

организацией их совместной деятельности. Есть два типа взаимодействий – кооперация и конкуренция. Кооперативное взаимодействие означает координацию сил участников. Кооперация служит необходимым элементом совместной деятельности, порождается самой ее природой. Одной из наиболее ярких форм конкуренции является конфликт.

*Перцептивная сторона общения* – процесс восприятия и понимания людьми друг друга.

Все три стороны общения тесно переплетаются между собой, органически дополняют друг друга и составляют процесс общения в целом.

Структурные компоненты коммуникативной деятельности в работах М.И. Лисиной выглядят следующим образом:

1. *Потребность в общении* состоит в стремлении человека к вниманию и оценке других людей, а через них и с их помощью — к самопознанию и самооценке. Многие трудности в общении возникают не только от незнания адекватных способов общения, но и от низкой потребности в нем.

2. *Коммуникативные мотивы* то, ради чего предпринимается общение. Под мотивом деятельности, согласно концепции А.Н. Леонтьева (2001), понимается то, ради чего предпринимается деятельность. Это означает, что мотивом деятельности общения является партнер по общению [113].

3. *Действие общения* — единица коммуникативной деятельности, целостный акт, адресованный другому человеку и направленный на него как на свой объект. Две основные категории действий общения — инициативные акты и ответные действия.

4. *Задачи общения* — цель, на достижение которой в данных конкретных условиях направлены разнообразные действия, совершаемые в процессе общения.

5. *Средства общения* — операции, с помощью которых осуществляются действия общения. Среди них можно выделить три основные категории: экспрессивно-мимические; предметно-действенные; речевые.

б. *Продукты общения* — образования материального и духовного характера, создающиеся в итоге общения. Среди основных продуктов общения выделяют общий результат, взаимоотношения, избирательные привязанности, а также образ самого себя.

Перечисленные компоненты общения наполняются разным содержанием, которое определяется, прежде всего, возрастными особенностями индивида.

*Таким образом, обобщая подходы к выделению структуры общения, мы остановимся на точке зрения М.И. Лисиной как наиболее полно отвечающей основной цели предпринятого исследования.*

Понятия структуры и функций общения самым непосредственным образом связаны с различными классификациями видов и типов общения. Как показывает анализ этих классификаций, они проводятся по самым разным основаниям (по месту, по времени, по сферам деятельности, по степени опосредованности, по направленности, по глубине проникновения, по типам субъектов, по профессиональным характеристикам и т.д.).

Традиционно в отечественной психологии выделяют такие критерии классификаций видов общения, как его характер, содержание, цели, средства, формы выражения, направленность [120]. В зависимости от содержания общение может быть представлено как материальное (обмен предметами и продуктами деятельности), когнитивное (обмен знаниями), кондиционное (обмен психическими или физиологическими состояниями), мотивационное (обмен побуждениями, целями, интересами, мотивами, потребностями), деятельностное (обмен действиями, операциями, умениями, навыками).

По целям общение делится на биологическое и социальное в соответствии с обслуживаемыми им потребностями. *Биологическое* — это общение, необходимое для поддержания, сохранения и развития организма. Оно связано с удовлетворением основных органических потребностей. *Социальное общение* преследует цели расширения и укрепления

межличностных контактов, установления и развития интерперсональных отношений, личностного роста индивида. Существует столько частных целей общения, сколько можно выделить подвидов биологических и социальных потребностей.

По средствам общение может быть непосредственным и опосредствованным, прямым и косвенным.

Среди видов общения можно выделить также деловое и личностное, инструментальное и целевое [9].

*Итак, рассмотренные характеристики процесса общения, представленные в психологической науке (функции, структура, виды, типы), имеют большое значение для осмысления сложности и многогранности общения как объективного и субъективного явления.*

Однако продуктивная разработка психологических проблем общения невозможна без анализа его роли в онтогенезе и в филогенезе.

При изучении общения в филогенезе констатируется количественное изменение роли общения, изменение в средствах общения, расширение его функций. При этом не анализируется потребность в общении (речь идет о потребности в контакте, в присутствии других особей, но не о потребности в общении) [33; 115; 120; 142]. В онтогенезе, напротив, акцент ставится на возникновении общения как деятельности, на появлении потребности в общении, после чего общение переходит в статус средства и процесса для осуществления других деятельностей. Эта точка зрения подробно обоснована М.И. Лисиной и разрабатывается ее последователями [120; 163; 178].

Общение имеет огромное значение в формировании человеческой психики, ее развитии и становлении разумного, культурного поведения. Через общение с психологически развитыми людьми, благодаря широким возможностям к научению, человек приобретает высшие познавательные способности и качества. Через активное общение с развитыми личностями он сам становится личностью [87].

Если бы с рождения человек был лишен возможности общаться с людьми, он никогда не стал бы цивилизованным, культурно и нравственно развитым гражданином, до конца жизни был бы обречен оставаться полуживотным, лишь внешне, анатомо-физиологически напоминающим человека. Об этом свидетельствуют многочисленные факты, описанные в литературе и показывающие, что, будучи лишенным общения с себе подобными, человеческий индивид, даже если он как организм вполне сохранен, тем не менее остается биологическим существом в своем психическом развитии. В качестве примера можно привести состояния людей, которых время от времени находят среди зверей и которые длительный период, особенно в детстве, жили в изоляции от цивилизованных людей или уже, будучи взрослыми, в результате несчастного случая оказались в одиночестве, надолго изолированными от себе подобных (например, после кораблекрушения).

Известно, что высшие психические функции человека первоначально формируются как внешние, и лишь постепенно становятся внутренними. Развитие ребенка в рамках теории культурно-исторического развития понимается Л.С. Выготским (1984) как процесс присвоения детьми общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями. Извлечение этого опыта возможно при общении с близкими взрослыми, и, прежде всего, родителями.

Влияние общения с родителями на психическое развитие ребенка происходит: благодаря благоприятным «объектным» качествам родителя, сочетающимся с его свойствами как субъекта общения; посредством обогащения родителем опыта детей; путем прямой постановки родителями задач, требующих от ребенка овладения новыми знаниями, умениями и способностями; на основе подкрепляющего действия мнений и оценок родителя; благодаря возможности для ребенка черпать в общении с родителем образцы действий и поступков.

Особенно большое значение для психического развития ребенка имеет его общение с близкими взрослыми на ранних этапах онтогенеза. В это время все свои человеческие, психические и поведенческие качества он приобретает почти исключительно через общение, так как вплоть до начала обучения в школе, а еще более определенно – до наступления подросткового возраста он лишен способности к самообразованию и самовоспитанию.

При этом, как отмечалось, структурные компоненты общения имеют свою специфику, т.е. наполнены свойственным возрасту содержанием.

Известно, что одним из значимых компонентов общения является *потребность в общении*, состоящая в стремлении человека к познанию и оценке других людей, а через них и с их помощью — к самопознанию и самооценке.

Е.О. Смирнова выделяет четыре критерия, одновременное наличие которых служит свидетельством того, что у ребенка существует потребность в общении [180]:

- внимание и интерес к взрослому (направленность ребенка на познание взрослого и тот факт, что взрослый стал объектом особой активности детей);
- эмоциональные проявления в адрес взрослого (наличие у ребенка отношения к взрослому, которое неразрывно связано с оценкой его взрослым);
- инициативные действия, направленные на то, чтобы привлечь интерес взрослого (стремление ребенка заинтересовать взрослого собой и самому как бы еще раз увидеть свои возможности через реакцию взрослого);
- чувствительность по отношению к взрослому, в которой обнаруживаются особенности восприятия детьми той оценки, что дает им взрослый, и их самооценки.

Мотивом деятельности общения ребенка является взрослый (родитель). Общение ребенка родителями в большинстве случаев составляет лишь часть более широкого спектра его взаимодействия, побуждаемого теми

или иными потребностями. Поэтому развитие мотивов общения происходит в тесной связи с основными потребностями ребенка, которые он не может удовлетворить самостоятельно. Мотивы, побуждающие ребенка вступать в общение с родителем, связаны с его потребностями: во впечатлениях, в активной деятельности, в признании и поддержке.

Познавательные, деловые и личностные мотивы появляются в период становления коммуникативной деятельности практически одновременно. Но в каждом периоде детства один из мотивов общения становится ведущим (Лисина М.И., Галигузова Л.Н., 1979). Так, в первые полгода жизни, ведущим в общении с родителями является личностный мотив; в раннем возрасте – деловой, в первой половине дошкольного детства – познавательный, а во второй его половине снова личностный. Смена ведущего мотива определяется изменением ведущей деятельности ребенка и положением общения в системе общей жизнедеятельности детей.

Известно, что общение протекает в форме действий, составляющих единицу целостного процесса (коммуникативной деятельности), адресованных другому человеку.

Действия общения ребенка по отношению к взрослому (родителю) включают в себя, прежде всего, средства общения (т.е. операции, с помощью которых ребенок осуществляет действие общения). Среди них можно выделить три основные категории:

- экспрессивно-мимические средства общения (улыбка, взгляд, мимика, выразительные движения рук и тела, выразительные вокализации);
- предметно-действенные средства общения (локомоторные и предметные движения, позы, используемые для целей общения: приближение, удаление, вручение предметов, протягивание взрослому различных вещей, притягивание к себе и отталкивание от себя взрослого; позы, выражающие протест, желание уклониться от контакта, или наоборот);
- речевые средства общения (высказывания, вопросы, ответы, реплики).

*Продукт общения* – отражение в сознании ребенка качеств и свойств партнера по общению (родителя), которые проявляются при взаимодействии. Таким образом, продуктом общения для ребенка становятся его взаимоотношения с родителем, а также становление образа самого себя.

Исследования М.И. Лисиной (1986) свидетельствуют о том, что младенцы вступают во взаимодействие со взрослыми, которое можно считать общением, развивая особую активность в виде психосоматического комплекса оживления, объектом которой является взрослый, и стремятся привлечь его внимание, чтобы самим стать объектом такой же активности с его стороны. Комплекс оживления – это первый акт поведения, акт выделения взрослого, первый акт общения. При этом комплекс оживления – это не просто реакция, а попытка воздействовать на взрослого. В процессе жизни у ребенка с матерью возникает новый тип деятельности – непосредственное эмоциональное общение друг с другом.

Общение в этот период должно быть положительно эмоционально окрашенным. В результате у ребенка создается эмоционально-положительный фон настроения, что служит признаком физического и психического здоровья. Источник психического и личностного развития лежит не внутри, а вне ребенка, в продуктах материальной и духовной культуры, которая раскрывается ребенку взрослым в процессе общения и специально организованной совместной деятельности.

Ведущим типом деятельности в младенческом возрасте традиционно считается эмоционально-непосредственное общение. В этот период устанавливается наиболее тесная связь ребенка с ухаживающими за ним взрослыми, взрослые выполняют важную функцию в любой ситуации, в которую попадает ребенок, связь эта на протяжении младенчества не ослабевает, а, наоборот, усиливается и приобретает новые, более активные формы. Основным результатом общения матери и младенца Дж. Боулби считает появление у младенца эмоциональной привязанности, заставляющей ребенка жаждать присутствия матери, ее ласки, особенно если он встревожен

или испуган. Формирование такой привязанности жизненно необходимо для развития ребенка [37; 226]. Она дает ему чувство безопасности, способствует развитию образа себя и социализации. Выбор объекта, а также сила и качество привязанности во многом зависят от поведения родителей по отношению к ребенку [93; 214; 226; 239].

В отечественной психологии изучение привязанностей ребенка к взрослому велось в русле концепции М.И. Лисиной. Избирательные привязанности ребенка к взрослому рассматривались как продукт общения, зависящий от его содержания [120; 182].

К важнейшим новообразованиям младенчества относится произнесение первого слова. В конце первого года жизни социальная ситуация полной слитности ребенка с родителями меняется изнутри. В этом возрасте дети приобретают некоторую степень самостоятельности: они начинают ходить, произносят первые слова, осуществляют действия с предметами. Однако диапазон возможностей ребенка еще ограничен. Ходьба и разнообразие действий с предметами обуславливают появление речи, которая способствует общению.

Общение в этом возрасте становится формой организации предметной деятельности. Оно перестает быть деятельностью в собственном смысле слова, так как мотив перемещается со взрослого на предмет. Общение выступает здесь как средство осуществления предметной деятельности, как орудие для овладения традиционными способами употребления предметов. Несмотря на то, что общение перестает быть ведущей деятельностью в раннем возрасте, оно продолжает интенсивно развиваться и становится речевым [169]. Интенсивное развитие речи в раннем возрасте свидетельствует о том, что речь надо рассматривать не как функцию, а как особый предмет, которым ребенок овладевает так же, как и другими орудиями (ложкой, карандашом). Развитие речи – это одно из ключевых направлений в развитии самостоятельной предметной деятельности. Таким образом, связь между словом и предметом или словом и действием возникает

только при наличии потребности в общении, в системе деятельности ребенка, производимой с помощью взрослого или совместно с ним.

В переходный период – от младенчества к раннему детству – как в общении ребенка со взрослыми (родителями), так и в его деятельности происходят существенные сдвиги. Значительно дифференцируются отношения ребенка к окружающим людям и вещам. Одни отношения возникают на основе удовлетворения основных потребностей ребенка (еда, сон, одевание), другие – в связи с самостоятельной деятельностью с различными предметами (игрушками и предметами обихода); третьи – на почве ориентировки в мире вещей, еще недоступных ребенку непосредственно, но уже заинтересовавших его. Однако при всем многообразии возникающих в этом возрасте отношений все они могут быть реализованы лишь в совместной деятельности со взрослым [169].

Благодаря отделению действия от предмета происходит сравнение своего действия с действием близкого взрослого. Как только ребенок начинает видеть себя самого, появляется феномен «Я сам». Это требует достижения определенного уровня развития восприятия, интеллекта, речи. Л.С. Выготский (2006) называл это новообразование «внешнее Я сам». Его возникновение приводит к полному распаду прежней социальной ситуации развития. В три года происходит перестройка взаимоотношений, которые существовали до сих пор между ребенком и родителем, возникает стремление к самостоятельной деятельности. Близкие взрослые выступают как носители образцов действий и отношений в окружающем мире. Феномен «Я сам» означает возникновение не только внешне заметной самостоятельности, но и одновременно отделение ребенка от взрослого человека. В результате такого отделения родители как бы впервые возникают в мире детской жизни. Мир детской жизни из мира, ограниченного предметами, превращается в мир взрослых людей. Намечается тенденция к самостоятельной деятельности, похожей на деятельность родителя. Общая

жизнь со взрослым характерна для периода детства: ребенок, отделяясь от взрослого, устанавливает с ним более глубокие отношения.

Глубокая перестройка побуждений ребенка – одна из предпосылок для возникновения и широкого развития в дошкольном возрасте новых видов деятельности: ролевой игры, изобразительной и конструктивной деятельности, элементарных форм трудовой деятельности. Воспитывающие ребенка взрослые вводят его в широкий мир человеческой деятельности. Открытие нового мира вызывает у ребенка активное желание участвовать в этой жизни. Установление своего места в системе отношений со взрослыми, самооценка, осознание своих умений и некоторых качеств, открытие для себя своих переживаний – все это и есть начальная форма осознания ребенком самого себя. Значительно расширяется и круг жизненных отношений, изменяется образ жизни ребенка, формируются новые отношения со взрослыми и новые виды деятельности. Возникают новые задачи общения, заключающиеся в передаче ребенком взрослому своих впечатлений, переживаний, замыслов. Безусловно, существуют индивидуальные различия в общении ребенка с родителями, которые могут выражаться в различной степени активности, в большей или меньшей склонности ребенка к деловым, познавательным или личностным контактам.

В общении с окружающими людьми дети применяют средства общения всех категорий, которыми уже овладели, интенсивно используя те или иные из них в зависимости от решаемой в данный момент задачи и своих индивидуальных предпочтений. Комплексы отдельных аспектов, характеризующих развитие разных структурных компонентов общения (потребностей, мотивов, операций и т.п.), в совокупности порождают системные образования, представляющие собой уровни развития коммуникативной деятельности. Эти качественно специфические образования, являющиеся этапами онтогенеза общения, были названы *формами общения* (Запорожец А.В., Лисина М.И., Смирнова Е.О.).

Одновременное изменение потребностей, мотивов и средств общения детей ведет к изменению формы коммуникативного развития. Традиционно выделяют четыре формы общения детей со взрослыми (родителями) (по М.И. Лисиной): ситуативно-личностная (непосредственно эмоциональная); ситуативно-деловая (предметно-действенная); внеситуативно-познавательная; внеситуативно-личностная. Следует отметить, что при развитии форм общения новая форма не отменяет старых: ребенок, который научился беседовать на личностные темы, не теряет способности к сотрудничеству или познавательному контакту. Высший уровень развития общения состоит в том, что ребенок овладевает всеми формами общения и в зависимости от обстоятельств использует то одну, то другую.

*Ситуативно-личностная форма* общения в онтогенезе возникает первой, примерно в 0-2 месяца, и имеет самое короткое время существования в самостоятельном виде: до 6 месяцев. Общение детей с родителями – это самостоятельные эпизоды обмена выражениями нежности и ласки. Это общение непосредственное, что и отражено в прежнем названии ситуативно-личностного общения: «непосредственно-эмоциональное». Ситуативно-личностное общение занимает положение ведущей деятельности в первом полугодии жизни.

*Ситуативно-деловая форма* общения со взрослыми появляется в онтогенезе второй и превалирует от шести месяцев до трех лет. Эта форма общения заметно отличается от первой, генетической. Общение с близкими взрослыми вплетается в новую ведущую деятельность (предметно-манипулятивную), помогая ей и обслуживая ее. Ситуативно-деловое общение имеет важнейшее значение в жизни детей раннего возраста. В это время дети переходят от неспецифических примитивных манипуляций с предметами ко все более специфическим, а затем и культурно фиксированным действиям с ними. В этом переходе общение играет решающую роль.

В первой половине дошкольного детства у ребенка возникает третья форма общения – *внеситуативно-познавательная*. Как и вторая форма общения (ситуативно-деловая), она опосредована, но вплетена не в практическое сотрудничество со взрослым, а в совместную познавательную деятельность («теоретическое» сотрудничество). Речевые операции становятся основным средством общения детей, владеющих внеситуативно-познавательной формой общения. Познавательное общение тесно переплетается с игрой, которая является ведущим видом деятельности на протяжении всего дошкольного детства. В сочетании оба эти вида активности расширяют познания детей об окружающем мире, углубляют их осведомленность о сторонах действительности, выходящих за рамки чувственного восприятия, требующих сформированности социально-перцептивных навыков и соответствующего опыта.

К концу дошкольного возраста у детей появляется высшая форма общения со взрослыми – *внеситуативно-личностная*. Чем совершеннее форма общения со взрослым, тем внимательнее и чувствительнее ребенок к оценке взрослого, к его отношению, тем выше значение материала общения. Поэтому на уровне внеситуативно-личностной формы общения дошкольники легче усваивают сведения, излагаемые родителем в ходе повседневного общения, игры, в условиях, приближенных к занятиям. Сформированность внеситуативно-личностной формы общения к школьному возрасту приобретает особое значение и обуславливает коммуникативную готовность ребенка к школьному обучению.

В общении детей со сверстниками выделяют также последовательно сменяющие друг друга формы общения (Лисина М.И., 1986): эмоционально-практическую; ситуативно-деловую; внеситуативно-деловую.

*Эмоционально-практическая форма* общения возникает на третьем году жизни ребенка. От сверстника он ожидает соучастия в играх и самовыражениях. Основные средства общения – экспрессивно-мимические.

Примерно в четыре года дети переходят ко второй форме общения со сверстниками — *ситуативно-деловой*, роль которой заметно возрастает среди других видов активной деятельности детей. Это связано с преобразованием ведущей деятельности дошкольников – сюжетно-ролевой игры, при которой основным средством общения становится речь.

У детей первых лет жизни речь оказывает важное влияние на развитие ощущений и восприятий, способствует формированию мышления. Благодаря речи развиваются представления об окружающем мире, совершенствуется память. По мере развития лексико-грамматической стороны речи ребенок овладевает такими интеллектуальными операциями, как сравнение, анализ и синтез. Становление и развитие речевой деятельности приводит к формированию обобщающей функции речи.

В самом конце дошкольного детства у некоторых детей складывается новая форма общения – внеситуативно-деловая. Жажда сотрудничества побуждает дошкольников к наиболее сложным контактам. Сотрудничество, оставаясь практическим и сохраняя связь с реальными делами детей, приобретает внеситуативный характер. Это связано с тем, что на смену сюжетно-ролевым играм приходят игры с правилами, которые являются более условными.

*Характеризуя процесс детского общения, ряд авторов выделяет, в качестве основных показателей его эффективности, активность ребенка в общении (Абульханова-Славская К.А., 2004; Смирнова Е.О., 2005) а также эмоциональное благополучие в процессе межличностного взаимодействия (Лисина В.Р., 1994; Филиппова Г.Г., 2001).*

Нормальный онтогенез общения дошкольника неразрывно связан с личностным образованием, которое определяет все формы общения со взрослыми и сверстниками, а именно активной позицией ребенка по отношению к окружающим, предметному миру, себе самому (Бодалев А.А, 1983; Годовикова Д.Б.,1984; Лисина М.И., 1982; Смирнова Е.О, 2000) Являясь исходным личностным образованием, фундаментом будущей

личности, активность определяет дальнейшие пути личностного развития ребенка, без нее этот процесс искажается или становится невозможным.

Е.О. Смирнова (2000) выделяет следующие компоненты активности ребенка в общении: инициативность (способность проявлять инициативу и развивать тему общения); чувствительность (способность слышать высказывания взрослого и адекватно реагировать на них); интерес (сосредоточенность на теме общения, а также раскованность и эмоциональный комфорт во время общения).

Признавая несомненную роль природной основы активности ребенка в свойствах типа нервной системы, мы исходим из положения, что общение с близкими людьми (родителями), в том числе эмоциональное благополучие ребенка в процессе общения, решающим образом определяет степень активности ребенка в общении.

На данный момент проблема эмоционального благополучия личности рассмотрена в психологии опосредованно и в целом остается малоизученной. Многие ее аспекты недостаточно обоснованы и требуют наиболее глубокого проникновения в сущность данного явления. В науке еще не созрела единая и целостная концептуальная позиция относительно эмоционального благополучия как отдельной области психологического знания. Авторы, как правило, не употребляют термин «эмоциональное благополучие», а используют его синонимы, такие как «положительный нервно-психический тон» (Бехтерев В.М., 1991), «удовольствие – радость» (Изард К.Е., 2006), «счастье» (Аргайл М., 1987) и т.п.

В работах, посвященных проблемам эмоционального благополучия детей встречаются такие понятия, как «эмоциональное самочувствие», «благоприятное или неблагоприятное состояние», «психологический (эмоциональный) комфорт или дискомфорт», «психологическая защищенность» и другие [58; 82; 83; 104]. Для определения «знака» эмоционального самочувствия используются термины «эмоциональное благополучие» (эмоциональный комфорт) и «эмоциональное

неблагополучие» (эмоциональный дискомфорт), которые понимаются как соответственно положительное и отрицательное эмоциональное самочувствие, возникающее в разных ситуациях [200; 201].

Эмоциональное неблагополучие личности проявляется разнообразно: от страха, обиды, недовольства, отчаяния до прямой или косвенной агрессии, подавленности, отчужденности, изолированности, отсутствия контакта со своим внутренним миром [104; 201].

Обобщая имеющиеся определения понятия «эмоциональное благополучие», мы рассматриваем его как внутреннее переживание и осознание эмоционального комфорта обобщенного характера, связанного с удовлетворением личностно значимых потребностей человека в сфере межличностных отношений.

Исследование проблемы эмоционального благополучия становится особенно актуальным при изучении условий формирования личности.

Не вызывает сомнения, что переживание ребенком эмоционального благополучия (Божович Л.И., 2007) является детерминантой его полноценного личностного развития. Данное положение подтверждается результатами исследований Г.Г. Филипповой (1990), в которых автор раскрывает структуру эмоционального благополучия ребенка. По мнению Г.Г. Филипповой, оно представлено следующими компонентами:

- эмоция удовольствия (неудовольствия) как содержание преимущественного фона настроения;
- переживание комфорта как отсутствия внешней угрозы или физического дискомфорта;
- переживание успеха (неуспеха) в достижении целей;
- переживание комфорта в присутствии других людей и ситуациях взаимодействия с ними;
- переживание оценки другими результатов активности ребенка.

Все эти составляющие могут иметь разное содержание, т.е. разную точку на континууме от «+» до «-». В связи с этим требует разъяснения

понятие «эмоциональное неблагополучие» ребенка. Эмоциональное неблагополучие проявляется, прежде всего, в психической неуравновешенности ребенка, когда любой объект воспринимается как раздражитель и преломляется через призму этого неблагоприятного состояния. Все подчинено этим негативным переживаниям, пронизывающим систему отношений и поведения человека. Это тормозит активную деятельность личности, снижает ее развитие и сужает поле ее индивидуального проявления.

В исследованиях эмоционального благополучия детей дошкольного возраста (Свердлова Г.А., 1995; Арнаутова Е.П., 1996; Перегуда В.И., 1994; Ильина И.Ю., 1996; Кошелева А.Д., 2003) устойчиво положительное, комфортное эмоциональное состояние ребенка рассматривается как базовое, являющееся основой всего отношения ребенка к миру и влияющее на особенности переживания семейной ситуации, познавательную, эмоционально-волевою сферу, стиль переживания стрессовых ситуаций, общение и отношения со взрослыми и сверстниками.

В младенчестве состояние эмоционального благополучия определяется как базовое чувство эмоционального комфорта, обеспечивающее доверительное и активное отношение к миру. Оно порождается заботой и любовью матери, которая своевременно и качественно удовлетворяет потребности ребенка, предоставляя ему возможность прогнозировать и ожидать ее закономерное и своевременное появление и соответственно устранение состояния неудовольствия и получение удовольствия [37; 209; 226]. В более старшем возрасте эмоциональное благополучие обеспечивает высокую самооценку, сформированный самоконтроль, ориентацию на успех в достижении целей, эмоциональный комфорт в процессе межличностного взаимодействия.

Состояние эмоционального комфорта формируется заботой родителей, поддержкой и проявлением их любви к ребенку, демонстрацией своего положительно-эмоционального отношения к нему. Функции матери в

обеспечении эмоционального благополучия ребенка более прицельно изучаются в рамках тех направлений отечественной психологии, где искаженное материнско-детское взаимодействие рассматривается как источник нарушения эмоционально-личностной сферы и психического здоровья ребенка (в младенческом, дошкольном, предподростковом и подростковом возрастах). Это исследования родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988) родительской позиции (Спиваковская А.С., 1981) стиля детско-родительских взаимодействий (Петровский А.В., 2003) и т.п.

Таким образом, состояние эмоционального комфорта ребенка в сфере межличностных взаимоотношений в значительной степени обусловлено особенностями его социального опыта, особенно опыта общения с близкими взрослыми (родителями). Позитивное отношение родителей к ребенку вызывает у него чувство уверенности, защищенности, т.е. является основой его эмоционального благополучия. Неэффективное (невнимательное, отстраненное или, наоборот, гиперопекающее) отношение взрослого к ребенку значительно снижает его социальную активность: ребенок замыкается в себе, становится скованным, неуверенным, готовым выплеснуть негативные эмоции на окружающих, т.е. формирует его эмоциональное неблагополучие. Следовательно, эмоциональное благополучие в детском возрасте зависит не столько от культурных и индивидуальных особенностей ребенка, сколько от оптимальности системы отношений «родители – дети».

Работы А.В. Петровского (1982) доказывают, что исследование специфики общения ребенка и родителей необходимо осуществлять с учетом принципа отраженной субъектности, дающего возможность зафиксировать преобразования мотивационной, эмоциональной и коммуникативной сфер ребенка, которые производит «значимый взрослый» в условиях активного взаимодействия. Так родители являются носителями отраженной субъектности ребенка, а родительское отношение – феноменом

ответственным за эти преобразования [161].

*Резюмируя данные о влиянии общения с родителями на развитие ребенка, можно сказать, что оно способствует становлению как операционально-технических, так и перцептивных навыков; оптимизирует межличностное взаимодействие с окружающими при возникающих трудностях эмоционального и коммуникативного развития; является условием улучшения соматического статуса ребенка в ситуации болезни.*

В указанном контексте представляется необходимым уточнение понятия «условие». В краткой философском словаре предлагается следующее определение: «условие» – это, то от чего зависит нечто другое (обусловленное), что делает возможным наличие вещи, состояния, процесса, в отличие от причины, которая с необходимостью, неизбежностью порождает что-либо (действие, результат действия) [107]. Таким образом, оптимальность общения с родителями ребенка в ситуации болезни делает возможным, в том числе улучшение его соматического состояния.

Проблема изучения общения ребенка с близкими взрослыми (родителями) актуализируется при исследовании категории часто болеющих детей, родительское отношение к которым может характеризоваться в целом как неэффективное, что в свою очередь создает предпосылки искажения коммуникативного пространства детей и родителей (Эйнсворт М., 1990; Смирнова Е.О., 1995) и может формировать негативные тенденции в развитии форм детско-родительского общения, а также обусловить снижение показателей его эффективности.

Так анализ литературы показал, что общение с родителями часто болеющих детей может иметь ряд особенностей:

1) Круг общения часто болеющего ребенка сужен до минимума, при этом родители в большинстве случаев становятся наиболее стабильными и гарантированными социальными партнерами ребенка, что в свою очередь формирует его объективную зависимость от родителей [7];

2) При взаимодействии с близкими взрослыми дети предпочитают

предметный (на основе игры, действий с игрушками, предметами) фон общения, нежели интимно-личностный [61].

3) Проявление активности часто болеющих детей в общении с родителями снижено: в большей степени страдает инициативность ребенка; отмечается низкий мотивационно-потребностный уровень развития речи, что также определяет недостаточную коммуникативную активность ребенка [195].

4) Диапазон эмоционального содержания общения часто болеющего ребенка и родителя сужен: взаимодействие носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью; дети испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций родителей, что в значительной степени отражается на их межличностных контактах. При этом эмоциональное состояние ребенка в целом характеризуется ярким проявлением тревожности и преобладанием пессимистичного настроения, что может быть связано как с состоянием собственного здоровья, так и с дискомфортом во взаимоотношениях с родителями [64; 65].

В то же время, анализ литературы выявил характерные особенности коммуникативного стиля родителей в общении с часто болеющими детьми:

1) Ограниченность эмоционального общения с ребенком: редкие проявления нежности, ригидность телесного общения, избегание визуального контакта. Преобладающие эмоции, транслируемые взрослым ребенку – тревога, страх, озабоченность его болезненным состоянием [195].

2) Неадекватность реакций на действия ребенка: любые, даже незначительные затруднения ребенка в повседневных бытовых ситуациях вызывают выраженный импульсивный порыв родителей прийти на помощь; в более старшем возрасте ребенка – излишний контроль за его самостоятельными действиями.

3) Искажение диалогового пространства в общении с ребенком: чрезвычайно малый удельный вес невербальных форм общения,

формальность контактов: большую их долю составляют манипуляции по переодеванию, утеплению, кормлению ребенка (часто – насильственному) [196].

Таким образом, родительское отношение и коммуникативный стиль родителей в общении с часто болеющим ребенком в значительной мере препятствуют полноценному общению ребенка с родителями, а также реализации его собственного саногенного потенциала за счет навязывания чуждых его природе эталонов соматического дискомфорта, иррациональных представлений, интегрирующихся позже в его внутренней картине болезни, снижении порогов восприятия неблагоприятных средовых воздействий.

В то же время обеспечение оптимального общения ребенка с родителями способствует его полноценному психическому и личностному развитию и делает возможным улучшение его соматического статуса.

Анализ теоретических источников позволяет сделать следующие выводы:

1. Понятие «общение» трактуется в психологии неоднозначно, и определяется как вид самостоятельной человеческой деятельности (Леонтьев А.А., 2004; Ананьев Б.Г., 2001); процесс, входящий в иную деятельность в статусе ее структурных элементов (Золотнякова А.С., 1976); одна из форм взаимодействия (Лисина М.И., 1986; Выготский Л.С., 2006).

2. Деятельностная природа человеческого общения является одной из важных отличительных характеристик понятия «общение». Данный подход связан с трудами С.Л. Рубинштейна (1957, 1977, 1989, 2007), А.Н. Леонтьева (2004), Б.Г. Ананьева (1980, 2001), Л.С. Выготского (2006), Д.Б. Эльконина (2004) и других исследователей проблемы общения в отечественной психологии. Он стал основным в традиции становления категории общения в психологии и позволяет подойти к анализу категории общения с позиции анализа структурных компонентов деятельности (потребность, мотив, действия общения, результат).

3. Исследование проблем общения невозможно без всестороннего систематизированного анализа (Ломов Б.Ф., 1984). В связи с этим актуальным является вычленение и изучение таких составляющих категории общения, как функции, структура, виды и типы общения. При этом мы исходим из положения, что феномен общения монолитен и все, что его определяет, существует в неразрывном единстве.

4. Факты свидетельствуют о значимости общения в процессе формирования личности. Присвоение детьми общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями, возможно при общении со взрослым (родителем), развитие которого в дошкольном возрасте М.И. Лисина рассматривала как смену своеобразных форм – устойчивых сочетаний различных компонентов общения. Вместе с тем, характеризуя процесс детского общения, ряд авторов выделяет, в качестве основных показателей его эффективности, активность ребенка в общении (Абульханова-Славская К.А., 2004; Смирнова Е.О., 2005) а также эмоциональное благополучие в процессе межличностного взаимодействия (Лисина В.Р., 1994; Филлипова Г.Г., 2001).

5. Проблема изучения общения ребенка с родителями актуализируется при исследовании категории часто болеющих детей. Коммуникативное пространство соматически ослабленного ребенка с родителями, как правило, искажено (Эйнсворт М., 1990; Смирнова Е.О., 1995), что может вызвать негативные тенденции в развитии форм детско-родительского общения, а также обусловить снижение показателей его эффективности. В то же время обеспечение оптимального общения ребенка с родителями является условием, в том числе улучшения его соматического статуса.

По результатам проведенного анализа современного состояния проблемы детского общения в психологии, можно сделать вывод: существует большое количество подходов к изучению общения дошкольников с близкими взрослыми, которые концентрируются на исследовании отдельных аспектов его развития: уровней, механизмов и т.п. При этом значимым

остаётся изучение факторов, определяющих общение с родителями часто болеющих детей дошкольного возраста. Так, малоизученным является вопрос о механизмах влияния социальной ситуации развития ребенка, в том числе родительского отношения к нему на особенности его общения с родителями.

### **1.3. Родительское отношение к часто болеющему ребенку старшего дошкольного возраста и его влияние на особенности общения ребенка с родителями**

Проблема отношений человека издавна изучается в рамках психологической науки (Мясищев В.Н., 1995; Бодалев А.А., 2002; Лисина М.И., 2001; Гиппенрейтер Ю.Б., 2004; Фромм Э., 2005; Боулби Дж., 2004).

Отношение родителей – один из существенных факторов формирования индивидуально-личностных особенностей и поведения ребенка. Этологи (Дьюсбери Д., 1981; Панов Е.Н., 1983; Стернглэнц С., Нэш Э., 1988), сводят родительское отношение к реакции на ключевые стимулы и физиологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, при этом феномен отцовства остается за рамками внимания исследователей. Исследователи, разделяющие социоцентрические позиции (Хорни К., 1993; Адлер А., 1990; Фромм Э., 2006), напротив, отрицают любые биологические предпосылки формирования родительского отношения. В рамках культурно-исторических концепций исследователи (Выготский Л.С., 2006; Лисина М.И., 1986) делают акцент на сравнительно-исторических данных. Эти данные убедительно показывают, что родительское отношение – продукт длительного и противоречивого развития.

Отечественная психология активно оперирует понятием «родительское отношение», которое как проблема исследований было выдвинуто А.Ф. Лазурским (2001).

Теоретический анализ разработанности данной проблемы на сегодняшний день показал, что понятие «отношение» рассматривалось в разнообразных контекстах: Л.С. Выготский выдвинул идею интериоризации отношений как обязательного момента развития личности ребенка [48]; А.В. Петровский вводит отношение в социально-психологический контекст

как многоуровневую систему межличностных связей [161]; в концепции В.Н. Мясищева понятие «отношение» стало центральным и анализировалось как система индивидуальных избирательных связей личности с различными сторонами объективной действительности [139]; в работах А.Н. Леонтьева отношение – смысловая сфера сознания, направленность личности [114]; Б.С. Братусь, опираясь на идеи Л.С. Рубинштейна, утверждает, что отношение – основная ткань, сердцевина человеческой жизни, которая одновременно является условием и критерием нормального развития человека, ведущим к обретению человеческой сущности [39]; В.Л. Хайкин (2000) в психологическом анализе деятельности и ее субъекта вводит понятие «активное отношение», как выражение психической «работы» индивида, построения им определенного смыслового пространства субъекта и пространства его возможного действия; в работах К.А. Абульхановой-Славской (1991), А.А.Бодалева (1986) это понятие анализируется как проблема личностной опосредованности общения [4; 33].

Существует большое количество определений родительского отношения. Причем, изучая отношение родителей к ребенку, авторы используют различные понятия, среди них: родительское отношение (Варга А.Я., 1985; Ковалев Г.А., 1981; Столин В.В., 1981; Мясищев В.Н., 1960), родительские позиции (Спиваковская А.С., 1981), родительские установки или представления (Варга А.Я., 1985; Овчарова Р.В., 2003), стили, или типы, воспитания (Петровский А.В., 2003; Захаров А.И., 1982; Спиваковская А.С., 1981). Проанализируем содержание этих понятий.

Согласно концепции отношений В.Н. Мясищева, в структуре собственно родительского отношения можно выделить три компонента, с помощью которых описываются психологические отношения: эмоциональный, когнитивный и поведенческий. *Эмоциональный* компонент родительского отношения – совокупность переживаний, связанных с ребенком; *когнитивный* – представление родителя о характере, потребностях,

интересах и ценностях ребенка; *поведенческий* – стиль обращения с ребенком [139].

По определению А.С. Спиваковской (1986), родительская позиция – это реальная направленность, позволяющая описывать широкий фон отношений, в основе которых лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с ним, а также позволяющая представить структуру в целом и изучить, каким образом те или иные, сознательные или бессознательные, мотивы структуры личности родителей выражаются, актуализируются в конкретных формах поведения детей и взаимопонимания с ними [190].

А.Я. Варга и В.В. Столин (1995) дают следующую трактовку понятия «родительское отношение»: система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

*Данная трактовка является наиболее полной, учитывающей все три компонента родительского отношения к ребенку (эмоциональный, когнитивный, поведенческий), и положена в основу предпринятого нами исследования.*

В современной психологии существует множество классификаций родительского отношения (типов, стилей семейного воспитания). Рассмотрим некоторые из них:

Динамическую двухфакторную модель родительского отношения разработали Е. Шефер и Р. Белл (1969) (рис. 2).



Рис. 2. Модель родительского отношения (Е. Шефер, Р. Белл)

При анализе родительского отношения авторы исходят из его полярных характеристик «любовь – ненависть» и «автономия – контроль».

Первая характеристика является эмоциональной, вторая – поведенческой. Разная степень выраженности этих полярных характеристик родительского отношения позволяет описать разнообразие типов поведения родителей по отношению к детям.

В рамках теории привязанности рассматриваются четыре образующих материнского отношения к ребенку [37; 184; 228]:

1) чувствительность – нечувствительность к потребностям ребенка, в которых выявляется способность матери понимать потребности ребенка и видеть все с его точки зрения;

2) принятие – отвержение, свидетельствующие о ценностной значимости ребенка и его роли для матери;

3) неоперативность – вмешательство, в которых отражается уважение матери к самостоятельности и индивидуальности ребенка и ее склонность поддерживать его инициативу или навязывать собственные желания;

4) поддержка – игнорирование, которые выявляют степень эмоциональной адекватности матери и ее эмоциональность и

эмоциогенность.

Каждая из этих образующих представляет собой сочетание различных вариантов эмоционального отношения матери к ребенку и поведенческих реакций в общении с ним.

В классификации В.И. Гарбузова – в неприятии ребенка в связи с нежелательностью (*тип А: эмоциональное отвержение*) или полном принятии его как единственного и долгожданного (*тип С: эгоцентрическое*) – акцентируется эмоциональный компонент родительского отношения. В неприятии, вызванном недооценкой психофизических данных ребенка (*тип А*), в навязывании ребенку представления «Я» как самодовлеющей ценности для окружающих (*тип С*), в приписывании болезненности и социальной малоуспешности (*тип В*) ярко проявляется когнитивный компонент родительского отношения. Поведенческий компонент представлен требовательностью и жесткой регламентацией или же полным отсутствием контроля при неприятии (*тип А*).

В исследованиях А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллера (1987) представлена классификация негармоничных (патологизирующих) типов семейного воспитания: эмоциональное отвержение, гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, жестокие взаимоотношения. При этом отсутствие всех этих шести типов интерпретируется авторами как наличие у родителя непсихогенного, гармоничного типа воспитания [225].

Е.Б. Насонова (1989) выделила четыре группы семей, отличающихся по типу и окрашенности эмоциональных межличностных связей:

1) семьи с наибольшим числом положительных эмоциональных связей и отсутствием негативных эмоций (гиперопекающие родители);

2) семьи с преобладанием положительных эмоций при незначительной доле отрицательных, возникающих как непосредственная реакция на запреты родителей, требования дисциплины, порядка, однако не затрагивающих

личностных отношений и социальных потребностей ребенка (разумная любовь);

3) семьи с сосуществованием в равной мере положительных и отрицательных отношений (амбивалентное родительское отношение);

4) семьи с преобладанием отрицательных эмоциональных связей между родителями и детьми.

Подтверждением этого подхода являются исследования А.И. Запорожца (1986): «...только через эмоциональную оценку своих действий взрослым ребенок усваивает и понимает смысл ситуации. Переживания являются продуктами взаимоотношений ребенка со средой. По мере развития ребенка эмоциональные переживания начинают играть роль регулятора поведения и в соответствии с требованиями среды и социальными нормами эмоционально корректировать и изменять его» [73].

Н.Ю. Синягина (2001) дополняет представленные классификации, описывая профили родительского отношения (табл. 1).

Таблица 1

Профили родительского отношения по Н.Ю. Синягиной

Группа семей	Подгруппа	Характеристика профиля родительского отношения
1	2	3
Благоприятные	Понимающие	Хорошо знают своего ребенка, реально оценивают его и его поступки, адекватно и гибко реагируют на различные ситуации, способны встать на позицию ребенка, принять его точку зрения, диалогичны, понимают и принимают ребенка таким, каков он есть
	Покровительствующие	Хорошо знают своего ребенка, реально оценивают его и его поступки, адекватно реагируют на них. Однако в общении с ребенком занимают позицию старшего, считают свою точку зрения единственно правильной

1	2	3
	Безразличные	Чаще заботятся о внешних результатах и фактах, нежели о причинах и переживаниях. Эмоциональное отношение к ребенку у них выражено слабо, часто такие родители заняты решением своих проблем
Неблагоприятные	Подавляющие	Отличаются наибольшей степенью эмоционального отвержения ребенка, большим количеством запретов, приказов. Отношения отличаются напряженностью и носят синусоидальный характер
	Тревожные	Отличаются повышенной тревожностью, неуверенностью, Отношения характеризуются неустойчивостью, амбивалентностью
	Отстраненные	Родительская позиция крайне ригидна, полное отсутствие диалогичности в отношениях с ребенком, повышенные ожидания и требования на фоне значительной ориентации на ребенка и большой привязанности к нему
	Отвергающие	Эмоциональное отношение выражено неярко, преобладает элемент отвержения. Сфера чувств и переживаний ребенка закрыта для родителей, они плохо знают своих детей, при этом их представления о ребенке достаточно адекватны

При этом к благоприятным профилям относятся следующие: *понимающий* (родители, хорошо знают своего ребенка, способны встать на позицию ребенка, принять его точку зрения, диалогичны, понимают и принимают ребенка таким, каков он есть); *покровительствующий* (родители реально оценивают ребенка и его поступки, однако в общении с ребенком занимают позицию старшего, считают свою точку зрения единственно правильной); *безразличный* (чаще заботятся о внешних результатах и фактах, нежели о причинах и переживаниях). К неблагоприятным – *подавляющие* (отличаются наибольшей степенью эмоционального отвержения ребенка, большим количеством запретов, приказов); *тревожные* (характеризуются повышенной тревожностью, неуверенностью, отношения характеризуются неустойчивостью, амбивалентностью); *отстраненные* (полное отсутствие

диалогичности в отношениях с ребенком, повышенные ожидания и требования на фоне значительной ориентации на ребенка и большой привязанности к нему); *отвергающие* (эмоциональное отношение выражено неярко, преобладает элемент отвержения).

Во многих исследованиях психологи, описывая родительское отношение в эмоциональном, когнитивном и поведенческом аспектах, рассматривают четыре основных типа родительского отношения: теплое отношение к ребенку в сочетании с предоставлением ему самостоятельности и инициативы; холодное разрешающее отношение, при котором имеет место некоторая холодность к ребенку, однако, недостаточность родительских чувств сочетается с предоставлением ему необходимой свободы; теплое ограничивающее отношение, которое характеризуется эмоционально ярким отношением к ребенку с излишним контролем над его поведением; холодное ограничивающее отношение, которое приводит к постоянной критике ребенка, к придиркам, а иногда и преследованию любого самостоятельного поступка [42; 152; 191].

Так, А.Я. Варга и В.В. Столиным (1995) предложена следующая классификация типов родительского отношения:

1. «Принятие–отвержение». Отражает амбивалентность эмоционального отношения к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть, он уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему, одобряет его интересы планы. На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым; ему кажется, что он не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума; по большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду, он не доверяет ребенку и не уважает его.

2. «Кооперация». Отражает социально желаемый образ родительского отношения. Содержательно этот тип раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем ему помочь;

высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него; поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных; родитель доверяет ребенку, старается принять его точку зрения в спорных вопросах.

3. «Симбиоз». Отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком: старается удовлетворить все его потребности, слиться с ним воедино; постоянно ощущая тревогу за ребенка, родитель ограждает его от трудностей и неприятностей в жизни, считает его маленьким и беззащитным.

4. «Авторитарная гиперсоциализация». Отражает форму и направление контроля над поведением ребенка. В родительском отношении четко прослеживается авторитаризм: родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии принять его точку зрения; пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. «Маленький неудачник». Отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. В родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность; родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом; интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными; ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность, в связи с этим старается оградить ребенка от трудностей жизни и стойко контролировать его действия.

*Таким образом, изучение теоретических оснований понятия «родительское отношение» позволяет сделать вывод о том, что нет единой точки зрения относительно данной проблемы, при этом перечисленные классификации типов, стилей, моделей родительского отношения в*

*основном не противоречат, а дополняют или повторяют друг друга.*

Анализируя различные определения родительского отношения, можно увидеть исходную основу, которая задает двойственность или поляризацию, родительского отношения. С одной стороны, любовь к ребенку, радость, удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и опеке, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему. С другой – требовательность и контроль, характеризующие родительское отношение к ребенку.

Зарубежные авторы (Roff M.A., 1949; Sevell W., Mussen P., Harris C., 1950; Milton G.A., 1958; Becker N., 1964 и др.) выделяют различные факторы, влияющие на преобладание существующего типа отношения к ребенку. Отмечается, что тип отношения к ребенку зависит от особенностей не только родителей, но и самого ребенка, при этом любая типология родительского отношения находится в прямой зависимости от стиля семейного воспитания, характерного для той или иной системы межличностных отношений.

Исследователи (Watson R.J., 1963; Rutter M., Shaffer D., Sheherd M., 1975; Новикова Е.В., 1981; Овчарова Р.В., 1996; Дружинин В.Н., 1996; Печникова Л.С., 1997) считают, что стиль общения с ребенком репродуктивен и во многом задается семейными традициями. Матери воспроизводят свой стиль воспитания, какой был свойственен их собственному детству, нередко повторяют тип родительского отношения своих матерей.

В определенном смысле обобщающими являются результаты экспериментальных исследований и эмпирических наблюдений Н.Ю. Синягиной (2001). Она указывает на то, что характер взаимоотношений между детьми и их родителями зависит от следующих воздействующих факторов: от особенностей личности родителя (экстраверсивные/интровертивные, уверенные/неуверенные, тревожные и т.д.) и форм его поведения (эмоциональное принятие/отвержение ребенка, адекватное/неадекватное отражение ситуации и др.); от особенностей

личности ребенка (тревожность, неуверенность, коммуникативные трудности и др.); от психолого-педагогической компетентности и уровня образования родителей; от применяемых родителями и другими взрослыми средств воспитательного воздействия; от учета актуальных потребностей ребенка и степени их удовлетворения в семье и др. [177].

*Таким образом, причины возникновения того или иного типа родительского отношения имеют многофакторную зависимость. Качество родительского отношения зависит от многих причин и оказывает значительное влияние не только на психическое развитие ребенка, но и на его поведение, установки в общении на стадии взрослости.*

В последнее время большой интерес психологов сосредоточивается на новом обращении к дискуссионной проблеме воспитания и образования детей в различных типах семей [42; 103; 177]. При этом отмечается значимость роли семьи в становлении и развитии личности ребенка. Дефицит общения с родителями, недостаток близких в пространственном отношении (физическом и психологическом) тактильных и эмоционально насыщенных контактов с ними обуславливают раннее формирование негативных личностных образований (тревожности, страхов, невротических комплексов, коммуникативных барьеров). Все это не может не влиять негативным образом на характер дальнейшего жизненного пути человека. Влияние неблагополучия в семейном общении на личностные характеристики признается едва ли не всеми психологами, занимающимися этой проблемой. Эта позиция является частью общих представлений о влиянии семьи на генез личностных нарушений, возникновение предневротических форм поведения и неврозов.

Психолого-педагогические исследования (Варга А.Я., 1995; Захаров А.И., 1982; Спиваковская А.С., 1981; Овчарова Р.В., 2002) привели к выделению типов эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка, и типов неэффективного (нарушенного) родительского отношения с указанием на

особую роль последнего в формировании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка.

Эффективное (оптимальное) родительское отношение отвечает требованиям адекватности, гибкости и прогностичности [191]. При этом *адекватность* родительского отношения определяется, как умение родителей видеть и понимать индивидуальность своего ребенка; *гибкость* – рассматривается, как способность перестроить воздействия на ребенка по ходу его взросления и в связи с различными изменениями условий жизни семьи; *прогностичность* – характеризуется таким стилем общения родителей с ребенком, который обеспечит появление у него новых психических и личностных качеств. Под неэффективным родительским отношением понимается такое отношение, на основе которого у родителя и ребенка сформировался эмоционально-негативный фон взаимоотношений, трудности взаимопонимания [103].

Влияние родительского отношения на формирование личности ребенка рассматривали А. Хараш (1981), М. Раттер (1987), Р. Кэмпбелл (1992). Спектр нарушений отношения к ребенку, от гипо- до гиперопеки, анализировали Р. Бернс (1986), А.И. Захаров (1988), А.С. Спиваковская (1986), И.С. Кон (2001), Л.И. Божович (2004), А.М. Прихожан (2000). Родительское поведение, фрустрирующее потребности ребенка в защищенности и общении, являющееся предпосылкой «первичной тревоги», рассматривала К. Хорни (1937). Неоптимальное отношение родителей к детям как фактор невротизации последних представляют классификации типов отношений (Brody S., 1956; Гарбузов В.И., 1977; Петровский А.В., 1981; Варга А.Я., 1995; Эйдемиллер Э.Г., 1987).

Указанные особенности учтены при формировании личности и межличностных отношений здорового ребенка.

Принимая во внимание теоретические исследования современной психологии относительно объективных законов развития психики, общих и специфических закономерностей психического развития ребенка [34; 48],

положения теории деятельности [11; 113; 119; 169], теоретических аспектов понимания детско-родительских отношений [41; 152; 191], считаем весьма значимыми единицами анализа проблемы родительского отношения к соматически больному дошкольнику следующие вопросы: факторы формирования особенностей родительского отношения и его влияние на психосоматическое состояние ребенка; влияние соматических симптомов на развитие межличностных отношений в семье; особенности неэффективного родительского отношения и его влияния на психофизическое состояние больного ребенка.

В некоторых исследованиях отечественных авторов рассматриваются проблемы психотравмирующего влияния ситуации рождения ребенка с аномалиями, которые неизбежно влекут за собой родительский кризис, отрицательно сказывающийся на психическом здоровье матерей, жизни и деятельности семьи, что приводит к ее дезорганизации (высокая вероятность распада семьи) и реорганизации роли родителей (Агавелян О.С., 1999; Семаго Н.Я., 2000; Спиваковская А.С., 2000; Смирнова Е.О., 1995).

Механизмы формирования искаженной связи в материнско-детской диаде при первично ослабленной конституции ребенка на основе «небезопасной» (тревожно-амбивалентной) привязанности к матери рассматривали Д. Боулби (2004); М. Эйнсворт (1990); П. Криттенден (1989). Амбивалентность взаимоотношений соматически ослабленного ребенка с матерью проявляется в том, что он постоянно демонстрирует двойственное отношение к близкому взрослому – «привязанность–отвержение» – попеременно, а иногда практически одновременно. При этом перепады в обращении становятся стойко закрепленными паттернами поведения. Ребенок не осознает амбивалентность эмоциональных переживаний, хотя явно испытывает дискомфорт от этого, что усугубляет проявления искаженных патологических взаимоотношений с матерью. Часто поведение ребенка приобретает черты негативной невротической привязанности, когда он постоянно, но неосознанно, старается раздражить родителей, провоцируя

их на наказания, в поиске «суррогата» привязанности, и создавая, таким образом, необходимость разрешать постоянно возникающие проблемы. Такой тип детской привязанности может сформироваться в результате гиперопекающего (по сути, амбивалентного) типа воспитания. Поведение родителей характеризуется неустойчивостью, непоследовательностью и непредсказуемостью. Они то «заласкивают» ребенка, то наказывают, делая и то, и другое бурно и без объективных причин. Этим родители (преимущественно мать, так как отец часто в таких случаях либо отсутствует, либо не принимает участия в непосредственном воспитании ребенка) лишают ребенка возможности, как понять родительское поведение и приспособиться к нему, так и осознать родительское отношение к себе.

Анализ результатов ряда исследований (Салихова Н.Р., 1999; Семенова-Полях Г.Г., 2003) родительского отношения к детям в осложненных условиях жизнедеятельности семьи (в том числе, отягощенных болезнью ребенка) позволяет выделить некоторые общие характеристики родительского отношения к детям в таких семьях: превалирование родителя в детско-родительских отношениях, концентрация внимания на ребенке одновременно с сохранением психологической дистанции в общении с ним, вовлеченность родителя по типу протекции с использованием совокупности приемов воспитательного воздействия – запретов, обязанностей, наказаний.

Результаты исследований В.А. Ковалевского (1997), О.В. Груздевой (2004), Е.В. Котовой (2004), Е.Ю. Дубовик (2006), показывают, что родительское отношение к часто болеющим детям, характеризуется следующими особенностями: стремлением к симбиотическим отношениям с ребенком, страхом потери ребенка, гиперпротекцией, недостаточностью (или полным отсутствием) требований-обязанностей, имеющих у ребенка в семье, чрезмерностью требований-запретов, расширением сферы родительских чувств, игнорированием потребностей, авторитаризмом, неустойчивостью стиля воспитания и стремлением инфантилизировать

больного ребенка, приписывая ему личную и социальную несостоятельность.

Следует отметить, что данная категория родителей к чертам характера и недостаткам своего ребенка чаще относится как к трудноизменяемым, способность видеть переживания ребенка у них выражена незначительно [57; 64; 65; 96, 103].

Ряд авторов отмечает, что значимую роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности больного часто ребенка играют фиксированные формы семейного поведения (Сатир В., 1992; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2001; Залевский Г.В., 2007). Под фиксированными формами семейного поведения понимают формы поведения семейной системы, «упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменения» (Залевский Г.В., 2007). Поведение родителей, воспитывающих больного ребенка, осуществляется в неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных, застывших, косных или ригидных стереотипах (когнитивных, эмоциональных и собственно поведенческих).

Фиксированная цель родителей (когда не учитываются желания и реальные возможности ребенка, он ограждается от любых неприятностей и жизненных трудностей, как при симбиозе) и фиксированные средства (когда родитель продолжает использовать прежние средства воспитательного воздействия при их очевидной неэффективности, как при авторитарной гиперсоциализации) приводят к отставанию в психическом и личностном развитии ребенка [72; 84].

Семья – система, постоянно пытающаяся сохранить равновесие. Для стабилизации этого состояния семья должна быть способна адаптироваться к изменениям. Необходимость изменения семейной системы в целом и отдельных членов семьи и обусловлена, прежде всего, индивидуальными процессами роста, развития, созревания, меняющимися жизненными условиями, что делает необходимым и постоянное развитие семейной

системы как целого. Данные изменения происходят как на индивидуальном уровне (мать, ребенок, отец), так и на интерперсональном (диады, триады) и на уровне семьи в целом (семейная структура с ее правилами, иерархией, ценностями, поведенческими паттернами и пр.). Семья как система нередко демонстрирует фиксированные формы поведения, которые не способствуют продуктивным переменам и адаптации к ним, а напротив, препятствуют развитию отдельных ее членов и семейной системы в целом. Как правило, матерям дошкольников с нарушенным соматическим статусом свойственна концентрация на болезни ребенка и, как следствие, стремление к симбиотическим отношениям с ним: мать ограждает ребенка от любых трудностей, излишне опекает, стремится сделать его полностью зависимым от себя. С развитием и ростом ребенка мать не увеличивает необходимую дистанцию между ним и собою, не меняет восприятие ребенка, продолжает использовать «устаревшие» методы, средства воспитания. Ребенку постоянно внушается, что он слабый, больной и нуждается в помощи. Переживания матери транслируются ребенку, в результате чего у него формируется следующий «Я-образ»: «Я – маленький, больной, беспомощный». Отцовское отношение, обусловленное негативным прогнозом в детском развитии вследствие резистентности соматического статуса ребенка, характеризуется инвалидизацией: отец низко ценит личностные качества ребенка, видит его более младшим по сравнению с реальным возрастом, иногда приписывает ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в постоянном контроле любого его действия. Указанные типы фиксированных форм родительского (материнского и отцовского) поведения являются взаимосвязанными: родители, не доверяющие ребенку, не верящие в его самостоятельность, как правило, осуществляют строгий контроль всей психической и телесной жизни ребенка. При этом фиксация родителей на болезни ребенка приводит к формированию у него ипохондрического радикала, концентрации на болезни и связанных с ней переживаниях, что

повышает невосприимчивость заболевания к процессу лечения и может привести к негативным последствиям в развитии личности последнего.

Данное явление свойственно, в том числе семьям, воспитывающим часто болеющего ребенка. Фиксированные формы семейного поведения определяют неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку.

В целом, анализ литературы по данной проблеме позволяет предположить, что болезнь ребенка становится «пусковым механизмом», определяющим неэффективное родительское отношение, которое, в свою очередь, вызывает негативные тенденции в развитии общения ребенка с родителями. Соответственно, для решения любой психолого-педагогической задачи в условиях болезни ребенка необходимо учитывать стиль взаимоотношений в семье, наличие «семейных стереотипов» в отношении болезни – здоровья (Николаева В.В., 1995; Ковалевский В.А., 1998; Менделевич В.Д., 2005; Залевский Г.В., 2007).

Анализ научной литературы по проблеме родительского отношения к часто болеющему ребенку старшего дошкольного возраста и его влияния на особенности общения ребенка с родителями позволяет утверждать:

1. В настоящее время в психологии существует большое количество определений родительского отношения. Изучая отношение родителей к ребенку, авторы используют различные понятия, среди них: родительское отношение (Мясищев В.Н., 1995; Варга А.Я., 1995; Ковалев Г.А., 1981; Столин В.В., 1986), родительские позиции (Спиваковская А.С., 1981), родительские установки, или представления (Варга А.Я., 1995), стили, или типы, воспитания (Петровский А.В., 2003; Захаров А.И., 1982; Спиваковская А.С., 1981). В данном исследовании мы руководствуемся дефиницией А.Я. Варги и В.В. Столина (1995) и определяем родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Указанная трактовка является наиболее полной, поскольку учитывает все три компонента родительского отношения к ребенку (эмоциональный, когнитивный, поведенческий).

2. Причины возникновения того или иного типа родительского отношения имеют многофакторную зависимость (особенности личности родителей, особенностей личности самого ребенка и пр.), при этом любая типология родительского отношения находится в прямой зависимости от стиля семейного воспитания, характерного для той или иной системы межличностных отношений [146].

3. Влияние родительского отношения на развитие личности ребенка подтверждают психолого-педагогические исследования А.Я. Варга (1995), А.И. Захарова (1982), А.С. Спиваковской (1981). Авторы выделяют типы эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка, и типы неэффективного (нарушенного) родительского отношения с указанием на особую роль последнего в формировании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка.

4. Болезнь ребенка может стать «пусковым механизмом», определяющим неэффективное родительское отношение, которое, в свою очередь, формируется на основе «небезопасной» (тревожно-амбивалентной) привязанности часто болеющего ребенка к матери (Боулби Д., 2004; Эйнсворт М., 1990; Криттенден П., 1989). При этом значимую роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности часто болеющих детей играют фиксированные формы семейного поведения (Сатир В., 1992; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2001; Залевский Г.В., 2007), Фиксированные формы семейного поведения определяют неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку, которое в свою очередь может деформировать пространство общения ребенка с родителями и стать причиной дальнейших нарушений его соматического статуса (Николаева В.В., 1995; Ковалевский В.А., 1998).

#### **1.4. Психосоматический подход как теоретико-методологическое основание изучения общения часто болеющего ребенка с родителями**

На единство психического и соматического указывают многие современные отечественные исследователи: Г.В. Морозов и М.С. Лебединский (1972), Ф.В. Бассин (1970, 1972), Г.И. Царегородцев и Г.Х. Шингаров (1972) и др.

*Психосоматический подход*, при котором особое внимание уделяется роли психологических факторов в возникновении, течении и исходе заболеваний (Бассин Ф.В., 1971; Березин Ф.Б., 1988; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002) положен в основу настоящего исследования. Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый *механизм замкнутого круга*: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере, вызывают изменения в психике, последние же, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений. Например, перестройка отношения родителя к ребенку (больше внимания, меньше требований, сиюминутное удовлетворение потребностей) в ситуации болезни последнего может вызвать изменения в психической сфере ребенка (его восприятие болезни, эмоциональное состояние, мотивацию на выздоровление и пр.), что, в свою очередь, отразится на течении заболевания. Так, по замкнутому кругу, и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания.

Перейдем к рассмотрению других аспектов теоретико-методологической базы представленного исследования. Таковыми явились следующие подходы и теоретические представления:

1. Положения работ Л.С. Выготского (1983, 1985, 2006) о *социальной ситуации развития* как важнейшего условия становления личности ребенка. Под социальной ситуацией развития понимается единственное и неповторимое, специфическое для данного возраста отношение между

человеком и средой – для ребенка дошкольного возраста, прежде всего с семьей. Болезнь ребенка может привести к замедлению темпов его психического и личностного развития. При этом родительское отношение к больному ребенку, в целом, неэффективное: нередко родители сами подкрепляют заболевание ребенка, создавая условия, в которых тот получает «психологические выгоды» от своей болезни. В результате создается качественно иная по сравнению со здоровыми сверстниками – дефицитарная – особая – социальная ситуация развития (Николаева В.В.,1997; Арон И.С., 2000; Арина Г.А., 1995)., сужающая пространство возможной активности ребенка, существенно влияющая как на состояние его здоровья, так и на специфику развития его общения с окружающими.

2. «Биопсихосоциоэтическая» модель, как интегративная концепция изучения природы человека, подчеркивающая взаимозависимость и взаимообусловленность всех составляющих индивидуальности в условиях болезни человека (Залевский Г.В., 2005, 2006) Согласно «биопсихосоциоэтической» модели здоровья и болезни как феноменов с системной структурно-уровневой организацией, причина здоровья/нездоровья ребенка кроется не только в биологических факторах (генетическая предрасположенность; ослабленность организма и др.), но и в социальных (семейное окружение, особая социальная ситуация развития), психических (эмоциональный фон, сензитивность и др.) и духовных факторах (собственная активность ребенка, ценность здоровья, «привитая» родителями). Если ребенок воспитывается в семье, где наблюдается «культ болезни», то, несмотря на качественное медикаментозное лечение или медицинскую профилактику, на психическом и ноэтическом уровне болезнь все равно будет поддерживаться. Таким образом, ноэтический (духовный) аспект данной модели предполагает учет роли в сохранении здоровья или в его нарушении (болезни) высших сущностных проявлений человека – его системы ценностей и смыслов (Франкл В., 1990). Как при диагностике, так и при коррекционно-развивающей работе следует учитывать биологический,

психический, социальный и духовный уровни организации болезни/здоровья человека.

3. Теоретические представления *о фиксированных формах семейного поведения* их связи с преобладающим типом родительского отношения к ребенку и особенностями его общения с родителями (Варга А.Я., 1985; Смирнова Е.О., 2001; Залевский Г.В., 2007). Под фиксированными формами семейного поведения понимают формы поведения семейной системы, «упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменения» (Залевский Г.В., 2007). Поведение родителей, воспитывающих часто болеющего ребенка, осуществляется в неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных, застывших, косных или ригидных стереотипах (мыслительных, эмоциональных и собственно поведенческих). Фиксированная цель родителей (когда не учитываются желания и реальные возможности ребенка, он ограждается от любых неприятностей и жизненных трудностей, как при симбиозе) и фиксированные средства (когда родитель продолжает использовать прежние средства воспитательного воздействия при их очевидной неэффективности, как при авторитарной гиперсоциализации) приводят к отставанию в психическом и личностном развитии ребенка [71]. Семья – это система, которая постоянно пытается сохранить равновесие. Для стабилизации этого состояния семья должна быть способна адаптироваться к изменениям. Необходимость изменения отдельных членов семьи и семейной системы в целом обусловлена, прежде всего, индивидуальными процессами роста, развития, созревания, что делает необходимым и постоянное развитие семейной системы как целого.

4. Положения теорий, раскрывающих *природу и закономерности развития детского общения* (Бодалев А.А., 2002; Лисина М.И., 1984; Абульханова-Славская К.А., 2004; Смирнова Е.О., 2001). Известно, что высшие психические функции человека первоначально формируются как внешние, и лишь постепенно становятся внутренними. Развитие ребенка

рассматривается как процесс присвоения детьми общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями. Извлечение этого опыта возможно при общении со взрослым (прежде всего, с родителем). Особенно большое значение для психического развития ребенка имеет его общение с родителями на этапе дошкольного детства (Боулби Дж., 2004; Эйнсворт М., 1990). В это время все свои человеческие, психические и поведенческие качества он приобретает почти исключительно через общение (Лисина М.И., 1986; Смирнова Е.О., 2005).

Общение выступает важнейшим условием развития ребенка в процессе онтогенеза – как внутреннего (личностного, эмоционального, мотивационного), так и внешнего (двигательная активность, общий статус развития и др.) развития. Надстраиваясь над врожденными особенностями ребенка, полноценное общение между родителем и ребенком не только способствует ходу нормального развития, но и может быть «лекарством» при неблагоприятном фоне (в нашем случае это ситуация соматического заболевания ребенка). Если обобщить влияние общения с родителями на общее психическое развитие ребенка, то можно сказать, что оно: ускоряет ход развития детей (появление и последующее развитие как операционально-технических, так и перцептивных навыков); позволяет преодолеть неблагоприятные ситуации (так, например, способствует оптимизации межличностного взаимодействия с окружающими при отставании в эмоциональном и коммуникативном развитии); позволяет исправить нарушения поведения, возникшие у детей при негармоничном типе воспитания в семье. При этом актуализируется изучение родительского отношения к детям (Спиваковская А.С., Варга А.Я., Столин В.В.). Так, взаимоотношения в семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут формировать у него умение общаться с окружающими, состояние субъективного эмоционального комфорта, и те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием могут приводить к замедлению темпов развития форм общения, низкой коммуникативной активности,

эмоциональному дискомфорту, недоверию к окружающим (Варга А.Я., Столин В.В., 1988; Спиваковская А.С., 2000; Карабанова О.А., 2005; Захарова Е.И., 1996; Эйдемиллер Э.Г., 2006).

## Выводы

Подводя итог рассмотрению теоретических аспектов проблемы особенностей общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста как условия улучшения его соматического статуса, можем констатировать следующее:

1. В настоящее время в нашей стране отмечается значительное увеличение уровня детской заболеваемости, в том числе неуклонный рост числа детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок». Отечественные педиатры в группу ЧБД относят детей на основании критериев, предложенных А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (1986). Таковыми принято считать тех, кто страдает острыми респираторными заболеваниями четыре и более раз в году [7; 24]. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям не является нозологической формой заболевания [17], часто болеющий ребенок подвержен периодическим заболеваниям из-за временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них [22, 23].

2. Развитие общения с близкими взрослыми (родителями) часто болеющих детей старшего дошкольного возраста имеет специфику и оценивается по показателям: формы общения (устойчивые сочетания различных компонентов общения) и его эффективность (активность ребенка в общении и эмоциональное благополучие в процессе межличностного взаимодействия). Так, при взаимодействии с близкими взрослыми дети предпочитают общение на основе игры, действий с игрушками [36]; проявление активности снижено: страдает инициативность ребенка, контакты со взрослым носят преимущественно реактивный характер [52]; диапазон эмоционального содержания общения сужен: взаимодействие носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью; дети испытывают трудности в передаче собственных

эмоциональных состояний и понимании эмоций родителей, что в значительной степени отражается на их межличностных контактах [194].

3. Резюмируя данные о влиянии общения с родителями на развитие часто болеющего ребенка, можно сказать, что оно способствует становлению как операционально-технических, так и перцептивных навыков; оптимизирует межличностное взаимодействие с окружающими при возникающих трудностях эмоционального и коммуникативного развития; является условием улучшения соматического статуса ребенка. При этом особую значимость приобретает изучение родительского отношения к детям.

4. В настоящее время в психологии существует большое количество определений родительского отношения. Изучая отношение родителей к ребенку, авторы используют различные понятия, среди которых: родительское отношение (Мясищев В.Н., 1995; Варга А.Я., 1995; Столин В.В., 2000), родительские позиции (Спиваковская А.С., 2000), родительские установки, или представления (Варга А.Я., 1995), стили или типы воспитания (Петровский А.В., 2003; Захаров А.И., 1982; Спиваковская А.С., 1981). В данном исследовании мы руководствуемся дефиницией А.Я. Варги и В.В. Столина (1995) и определяем родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков. Указанная трактовка является наиболее полной, поскольку учитывает все три компонента родительского отношения к ребенку (эмоциональный, когнитивный, поведенческий).

5. Влияние родительского отношения на развитие личности ребенка подтверждают психолого-педагогические исследования А.Я. Варги (1995), А.И. Захарова (1982), А.С. Спиваковской (1981). Авторы выделяют типы эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка, и типы неэффективного (нарушенного) родительского отношения с указанием на особую роль

последнего в формировании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка. При этом доказано психотравмирующее влияние ситуации болезни ребенка как на жизнедеятельность семьи в целом, так и на родительское отношение к нему.

б. Болезнь ребенка может стать «пусковым механизмом», определяющим особую социальную ситуацию его развития, характеризующуюся, в том числе неэффективным родительским отношением, которое, в свою очередь, формируется на основе изначально «небезопасной» (тревожно-амбивалентной) привязанности часто болеющего ребенка к матери (Боулби Д., 2004; Эйнсворт М., 1990; Криттенден П., 1989). При этом значимую роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности часто болеющих детей играют фиксированные формы семейного поведения (Сатир В., 1992; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2001; Залевский Г.В., 2007), Фиксированные формы семейного поведения препятствуют оптимальному психическому и личностному развитию ребенка и могут обусловить деформации субъективных оснований его общения с родителями.

Таким образом, исследование проблемы особенностей общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями представляется нам актуальным, соответствующим задачам развития психологической теории и потребностям практики.

## РАЗДЕЛ 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РОДИТЕЛЯМИ

### 2.1. Описание экспериментальной выборки и методов исследования

Исследование проводилось в течение 2003 – 2007 гг. на базе дошкольных образовательных учреждений №№ 257, 139 общеразвивающего вида и №№ 312, 194 комбинированного вида г. Красноярска, работающих по типовой «Программе воспитания и обучения детей в детском саду» под редакцией М.А. Васильевой.

В качестве представителей *контрольной* и *экспериментальной* групп выбирались равные по демографическим признакам сверстники, а также их родители.

Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт (форма № 026/у) и информации, полученной в процессе бесед с родителями и педагогами образовательного учреждения.

В исследовании принимали участие 120 детей старшего дошкольного (характеристики представлены в табл. 2) возраста, в том числе:

- 60 часто болеющих детей старшего дошкольного возраста (дети со второй или третьей группой здоровья – обращение к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ 4–6 раз в году);
- 60 здоровых детей старшего дошкольного возраста (дети с первой группой здоровья).

Характеристика часто болеющих и здоровых детей  
старшего дошкольного возраста, участвующих в исследовании

Соматический статус детей	Количество детей (чел.)	Диагноз	Группа здоровья
Часто болеющие дети	60	ОРВИ, ОРЗ – 4–6 раз в году (100%). Из них: 8% имеют диагноз	78% (47 детей) – 2 группа; 22% (13 детей) – 3 группа
		хронический бронхит; 7% – хронический тонзиллит; 7% – хронический отит	
Здоровые дети	60	ОРВИ, ОРЗ менее 4 раз в году	100% (60 детей) – 1 группа

Таким образом, *экспериментальную группу* составили 60 часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Из них соматический статус «часто болеющий ребенок» (обращение к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ 4-6 раз в году) имели 78% детей; «истинно часто болеющий ребенок» (обращение к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ более 6 раз в году) – 22% детей. Все часто болеющие дети на момент обследования находились в стадии ремиссии. *Контрольную группу* составили здоровые дети старшего дошкольного возраста (с первой группой здоровья) в количестве 60 человек.

В качестве представителей экспериментальной и контрольной групп выбирались равные по демографическим признакам сверстники, посещающие дошкольные образовательные учреждения.

Возраст детей был выбран не случайно. Данный этап является критическим, как с психологической («кризис 7 лет»), так и с медицинской

точки зрения. Объективная кризисная ситуация в этом возрасте сопровождается сложной гаммой собственных переживаний, которые уже являются осознанными и могут быть выражены в символической форме. Из психологических характеристик данной возрастной группы дошкольников, являющихся наиболее существенными в рамках данного исследования, необходимо выделить следующие:

- ребенок старшего дошкольного возраста отдает себе отчет в том, какое место среди людей занимает (он – дошкольник) и какое место ему предстоит занять в ближайшем будущем (он пойдет учиться в школу);

- он ориентируется в семейно-родственных отношениях и может занять соответствующее своему социальному статусу место среди родных и близких;

- старший дошкольник умеет строить отношения со взрослыми и сверстниками: имеет соответствующие навыки общения, начинает осознавать себя как субъекта взаимоотношений;

- в сфере общения с близкими взрослыми (родителями) происходят существенные изменения. Оно приобретает определенный контекст, становится внеситуативным. В процессе общения дети становятся способными опираться не на личный ситуативный опыт, а на все то содержание, которое создает контекст общения с родителем;

- ребенок осознает отношение между ним и окружающими, начинает разбираться в общественных мотивах поведения, нравственных оценках, значимости конфликтных ситуаций, т.е. в этом возрасте формирование личности вступает в сознательную фазу.

В эксперименте принимали участие родители исследуемых групп детей (120 матерей и 120 отцов). При изучении семейной ситуации учитывались показатели, приведенные в табл. 3.

**Социально-психологические характеристики семей  
часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста,  
участвующих в исследовании (%)**

Группы детей	Состав семьи			Жилищные условия			Материальное положение			Образование родителей			Профессиональный статус родителей							
	полная	неполная	наличие сиблингов	отдельная квартира	с прародителями	общежитие	выше среднего	среднее	ниже среднего	высшее	среднее специальное	среднее	служащий	рабочий	предприниматель	не работает	служащий	рабочий	предприниматель	не работает
Экспериментальная (ЧБД)	100	0	37	63	20	17	27	71	2	45	51	4	74	3	20	3	61	10	29	0
Контрольная (здоровые)	100	0	36	60	24	16	18	77	5	50	46	4	73	0	24	3	54	16	30	0

Анализ социально-психологических характеристик семей экспериментальной и контрольной групп показал, что все обследуемые семьи (100%) являются полными; при этом 36-37% детей в каждой из групп имеют в семье брата и/или сестру; большинство семей (60-63%) проживают отдельно; материальное положение семей обеих групп преимущественно среднее (71-77%); образование родителей в основном высшее (45-50%); профессиональный статус большей части родителей – «служащий» (54-74%), на втором месте – «предприниматель» – как у матерей (20-24%), так и у отцов (29-30%). Неработающие составляют незначительную часть контингента родителей (3%), и только женщины. В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что социально-психологические характеристики семей исследуемых групп детей не имеют значительных различий, что позволяет исключить влияние случайных факторов, не

рассматриваемых в настоящем исследовании, и получить объективные результаты.

Для реализации цели экспериментального исследования: изучения родительского отношения к часто болеющему ребенку старшего дошкольного возраста как фактора, определяющего особенности его общения с родителями нами был использован следующий комплекс *методов и методик* исследования:

1) *логико-теоретический анализ и систематизация* имеющихся в психолого-педагогической и медицинской литературе данных о категории часто болеющих детей; о проблеме исследования родительского отношения к часто болеющим детям; о проблеме общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями;

2) *клинико-биографический анализ* (в том числе изучение социально-психологических характеристик семей, медицинских карт детей (форма № 026/у));

3) *метод сбора эмпирических данных*:

- методики исследования особенностей общения детей старшего дошкольного возраста с родителями:

- Экспериментальное исследование форм общения дошкольников со взрослыми (Смирнова Е.О., Рузская А.Г., Бедельбаева Х.Т., 1978). Выбор данной методики обусловлен ее информативностью относительно изучаемого явления – преобладающей формы общения ребенка со взрослым и степени предпочтения им каждой из трех форм общения.

В процессе изучения форм общения с родителями детей старшего дошкольного возраста последовательно создавались три ситуации, позволяющие установить, сложилась ли у ребенка определенная форма общения со взрослым и насколько он ею владеет. Таким образом, последовательно моделировались ситуации, требующие преимущественной опоры на одну из трех форм общения детей со взрослым: ситуативно-деловую, внеситуативно-познавательную и внеситуативно-личностную.

Первая модель (соответствует ситуативно-деловой форме общения) – организовывалась игра с участием родителя. Общение ребенка со взрослым протекало на фоне практических действий с игрушками.

Вторая модель (соответствует внеситуативно-познавательной форме общения) – общение осуществлялось на фоне чтения и обсуждения книг.

Третья модель (соответствует внеситуативно-личностной форме общения) – проводилась беседа с ребенком на лично значимые для него темы (о его семье, друзьях, отношениях в группе; взрослый, в свою очередь, рассказывал о себе, своих друзьях, поступках разных людей).

При организации ситуации общения взрослый включался в ту деятельность, которую предпочел ребенок (следуя одной из трех моделей общения).

Показатели поведения детей фиксировались в протоколах исследования в баллах. Для обеспечения надежности и достоверности результатов проведение диагностики осуществлялось три раза (табл. 1 приложения 2).

– Изучение активности ребенка в общении со взрослым при совместной деятельности (Смирнова Е.О., 2000). Данная методика выявляет у ребенка выраженность компонентов активности в общении со взрослым: инициативность, чувствительность, интерес – следовательно, позволяет сделать выводы о том, насколько активен ребенок в общении. Изучение активности детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями осуществлялось путем наблюдения за особенностями их общения со взрослым в различных ситуациях совместной деятельности (сюжетно-ролевая игра, дидактическая игра, игра-драматизация, рисование, конструирование, лепка, труд). Анализ проводился по критериям, предложенным Е.О. Смирновой: инициативность (способность проявлять инициативу, развивать тему общения); чувствительность (способность слышать высказывания взрослого, адекватно реагировать на слова и действия взрослого); интерес (раскованность во время общения, сосредоточенность на

теме общения, эмоциональный комфорт). Таким образом, в результате обработки полученных данных была измерена степень выраженности каждого показателя активности ребенка в общении со взрослым в баллах (табл. 2 приложения 2);

– Методика изучения эмоционального компонента взаимоотношений ребенка в семье «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р., Кауфман С., 1986). При выборе данной методики мы руководствовались следующим положением: рисуя, дети невольно выражают свое отношение к нарисованному, проявляя даже те чувства, которые сознательно не признают или не могут выразить другими средствами. Следовательно, использование данной методики позволяет выявить особенности эмоционального благополучия ребенка в процессе взаимодействия с родителями.

В системе качественной оценки детских рисунков Р. Бернсом выделено 5 симптомокомплексов:

1) *благоприятная ситуация* (наличие всех членов семьи или яркий сюжет из жизни в семье, общая деятельность персонажей; отсутствие изолированных персонажей; отсутствие штриховки; хорошее качество линий; использование теплой цветовой гаммы; отсутствие показателей враждебности);

2) *тревожность* (наличие штриховки; линии над и под рисунком; сильный нажим; наличие стертых деталей; преобладание вещей в рисунке; подчеркивание отдельных деталей);

3) *конфликтность* (изоляция персонажей друг от друга; более четкая прорисовка отдельных персонажей или их частей тела; отсутствие кого-либо из членов семьи; неадекватная величина отдельных персонажей; несоответствие вербального описания рисунку; член семьи, стоящий за спиной);

4) *чувство неполноценности в семейной ситуации* (автор рисунка непропорционально маленький; расположение фигур на нижней части листа;

неподвижная по сравнению с другими фигура автора; отсутствие автора или расположение его спиной);

5) *враждебность в семейной ситуации* (агрессивная позиция отдельных персонажей; руки персонажей раскинуты в стороны; зачеркивание персонажей; деформированные персонажи; один персонаж на другом листе или на другой стороне листа).

При анализе детских рисунков нами учитывались также формальные и содержательные особенности рисунка. Формальные: качество линий, расположение объектов, стирание всего рисунка или отдельных частей, затушевывание. Содержательные: изображаемая деятельность людей на рисунке. Основное внимание обращалось на анализ структуры рисунка, особенностей прорисовки отдельных персонажей, процесса рисования.

Для количественной оценки каждого из симптомокомплексов использовался балловый показатель. Выраженность признака оценивалась от 0 до 3 баллов. Наибольшая сумма баллов являлась свидетельством преобладания того или иного симптомокомплекса в рисунке ребенка (табл. 3 приложения 2);

- методики исследования особенностей родительского отношения к детям. Традиционным методом исследования родительского отношения является анкетный опрос родителей. Поскольку родительское отношение к детям существует на уровне сознания, мы сочли метод анкетного опроса родителей наиболее адекватным и удобным. Таким образом, специфику родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста мы определяли с помощью следующих методик:

- Методика «Опросник родительского отношения» (Варга А.Я., Столин В.В.). Опрос проводился среди родителей (матерей и отцов) исследуемых групп детей. Им предлагалось указать свое согласие или несогласие с утверждениями опросника, тем самым оценив выраженность рационального, эмоционального и поведенческого компонентов родительского отношения к ребенку. Соотношение тех или иных

компонентов соответствует пяти основным шкалам (типам) родительского отношения к ребенку: «принятие–отвержение», «кооперация», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник».

1. «Принятие–отвержение». Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы – родителю нравится ребенок таким, какой он есть. На другом полюсе – родитель воспринимает своего ребенка плохим, неудачливым.

2. «Кооперация» – социально желательный образ родительского отношения. Родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается помочь ему во всем.

3. «Симбиоз» – шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все его потребности. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автоматизироваться в силу обстоятельств, т.к. по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.

4. «Авторитарная гиперсоциализация» – отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле на шкале в родительском отношении просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка послушания и дисциплины.

5. «Маленький неудачник» – отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях в родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Интересы, увлечения, мысли кажутся родителю детскими, несерьезными. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость.

При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитывался ответ «верно». Высокий тестовый балл по одной или нескольким шкалам интерпретировался как преобладание соответствующего типа родительского отношения к ребенку (табл. 5 приложения 2).

– Методика «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Захарова Е.И., 1996). Данная методика использовалась для более полного объективного исследования особенностей родительского отношения к детям.

Опрос проводился среди родителей (матерей и отцов) исследуемых групп детей. Им предлагалось указать степень своего согласия или несогласия (в баллах) с утверждениями опросника, тем самым отобразив выраженность одиннадцати характеристик эмоционального взаимодействия родителей и ребенка, объединенных в три параметра: *чувствительность* (способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния, способность к сопереживанию); *эмоциональное принятие* (чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком, безусловное принятие, отношение к себе как к родителю, преобладающий эмоциональный фон взаимодействия); *поведенческие проявления* (стремление к телесному контакту, оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия, умение воздействовать на состояние ребенка).

Таким образом, в результате обработки полученных данных была измерена степень выраженности каждого показателя эмоционального взаимодействия родителя и ребенка в конкретной диаде в интервале от 0,5 до 5 баллов (приложение 2).

Выбор методик определялся основными задачами каждого этапа работы и обусловлен следующими причинами: информативность данных методик; все методики являются апробированными; соотносятся с теоретическими положениями исследования.

4) *методы математической статистики*. Все полученные результаты подвергались необходимой статистической обработке с вычислением средней арифметической ( $M$ ) и ее ошибки ( $M \pm m$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\delta$ ). Достоверность различий для отдельных групп параметров оценивалась по критерию Стьюдента при 95% уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ) и

99% уровне значимости ( $p \leq 0,01$ ). Для выявления корреляционных связей между отдельными показателями особенностей общения детей с родителями, а также между различными характеристиками родительского отношения к детям проводился подсчет коэффициента корреляции –  $r_s$  Спирмена. Оценка влияния специфики родительского отношения к детям на особенности их общения с родителями осуществлялась с помощью вычисления F-критерия Фишера (двухфакторный дисперсионный анализ) [54; 140; 175].

Далее представлены результаты констатирующего этапа исследования и их обсуждение.

## 2.2. Особенности общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Изучение особенностей общения с родителями (преимущественно, матерями) часто болеющих детей старшего дошкольного возраста (в сравнении с категорией здоровых дошкольников) осуществлялось путем определения ведущей формы их общения с родителями (Смирнова Е.О., Рузская А.Г., Бедельбаева Х.Т., 1978), изучения выраженности компонентов активности детей в общении (Е.О. Смирнова, 2000), выявления особенностей их эмоционального благополучия (Бернс Р.С., Кауфман С.Х., 1986; Дубровина И.В., 1995).

Показатели развития форм общения с родителями часто болеющих детей соотносились с соответствующими показателями их здоровых сверстников; проводился также сравнительный количественный и качественный анализ выраженности показателей развития форм общения в каждой из исследуемых групп между собой (табл. 4, 5, рис. 3).

Таблица 4

Выраженность показателей форм общения с родителями  
часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Формы общения со взрослым (баллы)		Ситуативно- деловая	Внеситуативно- познавательная	Внеситуативно- личностная
Формы общения со взрослым (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5
Ситуативно- деловая	$M \pm \bar{m}$	7,61±0,18	t = 1,990 (p≤0,05)	t = 3,206 (p≤0,01)
Внеситуативно- познавательная	$M \pm \bar{m}$	t = 1,990 (p≤0,05)	6,57±0,18	t = 2,41 (p>0,05)
Внеситуативно- личностная	$M \pm \bar{m}$	t = 3,206 (p≤0,01)	t = 2,41 (p>0,05)	5,92±0,24

При сравнении выраженности показателей форм общения с

родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста было установлено, что преобладающим у них является ситуативно-деловое общение ( $7,61 \pm 0,18$ ) по сравнению с внеситуативно-познавательным ( $p \leq 0,05$ ) и внеситуативно-личностным ( $p \leq 0,01$ ). При этом внеситуативно-познавательное общение ( $6,57 \pm 0,18$ ) часто болеющих детей достоверно более развито ( $p \leq 0,05$ ), чем внеситуативно-личностное ( $5,92 \pm 0,24$ ).

Таблица 5

Выраженность показателей форм общения с родителями  
здоровых детей старшего дошкольного возраста

Формы общения со взрослым		Ситуативно-деловая (баллы)	Внеситуативно-познавательная (баллы)	Внеситуативно-личностная (баллы)
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5
Ситуативно-деловая (баллы)	$M \pm \bar{m}$	$6,80 \pm 0,21$	$t = 2,578$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 2,078$ ( $p \leq 0,05$ )
Внеситуативно-познавательная (баллы)	$M \pm \bar{m}$	$t = 2,578$ ( $p \leq 0,05$ )	$7,13 \pm 0,15$	$t = 0,552$ ( $p > 0,1$ )
Внеситуативно-личностная (баллы)	$M \pm \bar{m}$	$t = 2,078$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 0,552$ ( $p > 0,1$ )	$7,00 \pm 0,23$

При сравнении выраженности показателей форм общения с родителями здоровых детей старшего дошкольного возраста было выявлено, что преобладающими у них являются внеситуативно-личностная ( $7,00 \pm 0,23$ ) и внеситуативно-познавательная ( $7,13 \pm 0,15$ ) формы общения, по сравнению ( $p \leq 0,05$ ) с ситуативно-деловой ( $6,80 \pm 0,21$ ). При этом между выраженностью внеситуативно-познавательного и внеситуативно-личностного общения данной категории детей достоверных различий нет ( $p > 0,1$ ).

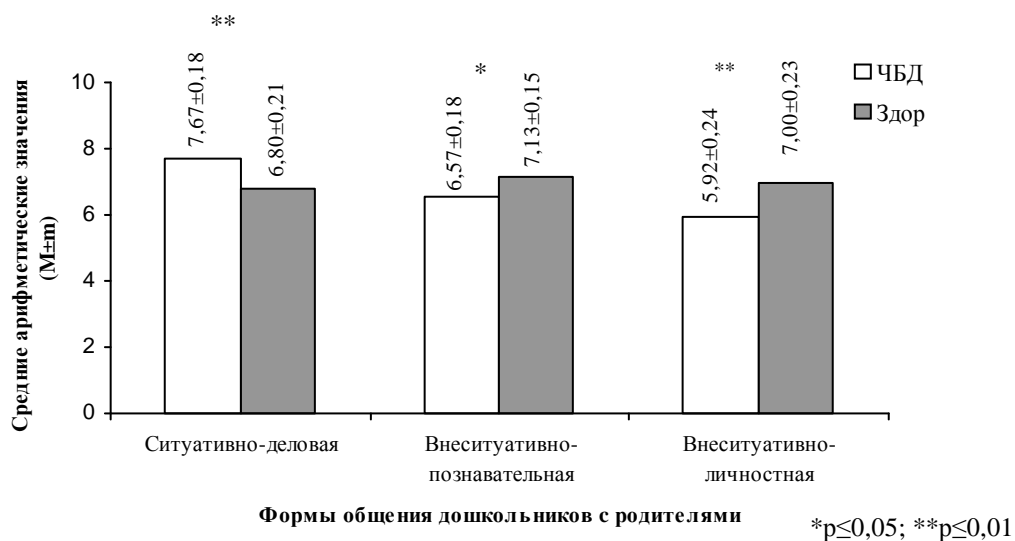


Рис. 3. Статистическое сравнение средних значений показателей выраженности форм общения с родителями детей старшего дошкольного возраста (методика Е.О. Смирновой, А.Г. Рузской, Х.Т. Бедельбаевой)

При сравнении выраженности показателей форм общения с родителями детей экспериментальной и контрольной групп было установлено, что у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста наиболее развитой формой общения является ситуативно-деловая (общение на фоне практических действий с игрушками, предметами).

Иллюстрацией может служить описание клинического случая (приложение 5), а также следующие наблюдения:

*Стас С. (5 лет, 9 месяцев). Соматический статус – ЧБР. Единственный ребенок в семье. Отцу 39 лет, матери 34 года. Оба имеют высшее образование. Проживают в трехкомнатной благоустроенной квартире с бабушкой (семья матери). Большое количество времени мальчик находится с бабушкой.*

*Во время процедуры обследования ребенок робок, немногословен. Наиболее комфортно себя чувствует в процессе общения с матерью на фоне практических действий с игрушками (выбор ситуации общения в первый момент обследования). Игровая активность низкая – при выполнении*

*игровых действий следует инструкциям матери. В ситуации внеситуативно-познавательного общения ребенок сосредоточен на действиях матери (чтении книги), внешне, внимательно ее слушает. Однако, при обсуждении прочитанного – малоинициативен, на вопросы отвечает односложно. В ситуации внеситуативно-личностного общения – ведет себя пассивно.*

Следующий пример.

**Таисия Н.** (6 лет, 1 месяц). Соматический статус – ИЧБР, диагноз – хронический тонзиллит. Младший ребенок в семье (старшему брату 10 лет). Отцу 36 лет, матери 32 года. Мать тревожная, мнительная, заботливая. Отец – авторитарен, часто выражает глобальное недовольство ребенком.

*К процедуре обследования отнеслась настороженно. Ситуация общения, выбранная в первый момент – на фоне действий с игрушками. Самостоятельная исследовательская деятельность вначале – низкая, после наблюдения в течение 3-5 минут за действиями матери, ведет себя более активно. На предложение почитать вместе с мамой книгу ответила отказом. В ситуации внеситуативно-личностного общения держится несколько напряженно, речевая активность низкая.*

Полученные данные свидетельствуют о том, что часто болеющие дети с большим желанием относятся к совместной игре, чем к непосредственному общению с родителем, что свидетельствует об их сниженной потребности в общении по сравнению со здоровыми сверстниками. Внеситуативно-личностная форма общения, характерная для нормального онтогенеза общения старшего дошкольника, у них проявляется на достаточно низком уровне. Преобладание ситуативно-деловой формы общения с родителями у часто болеющих детей проявлялось также в виде следующих показателей: *комфортность* (уровень комфортности детей экспериментальных групп во время обследования был максимальным, когда они действовали с игрушками. В обстановке внеситуативно-познавательного общения

большинство детей часто отвлекались, прямые вопросы при обсуждении книг вызывали у них затруднения. При непосредственном общении с экспериментатором, в обстановке внеситуативно-личностного общения, дети также проявляли скованность, напряженность); *речевые высказывания* (в непосредственной беседе дети вели себя пассивно, многие стремились избежать речевого общения со взрослым, переключить его внимание на игрушки или действия с предметами. При этом чаще и больше всего дети говорили в ситуации, моделирующей ситуативно-деловую форму общения).

У здоровых детей, согласно полученным результатам исследования, преобладающими формами общения с родителями являются внеситуативно-познавательная (общение на фоне чтения и обсуждения книг) и внеситуативно-личностная (непосредственное общение со взрослым на личностно-значимые темы), что соответствует возрастной норме.

Наряду с полученными качественными данными по методике «Экспериментальное исследование ведущей формы общения дошкольников со взрослыми» с помощью подсчета t-критерия Стьюдента была определена достоверность различий в выраженности показателей развития форм общения с родителями исследуемых групп детей (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительная характеристика выраженности форм общения с родителями часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста

Группы испытуемых Формы общения со взрослым (баллы)	Экспериментальная (часто болеющие дети)	Контрольная (здоровые дети)	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Ситуативно-деловая	7,67±0,18	6,80±0,21	3,076	p≤0,01
Внеситуативно-познавательная	6,57±0,18	7,13±0,15	2,410	p≤0,05
Внеситуативно-личностная	5,92±0,24	7,00±0,23	3,229	p≤0,01

На основании анализа полученных статистических данных по методике «Экспериментальное исследование ведущей формы общения дошкольников со взрослыми» выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) между показателями развития форм общения с родителями часто болеющих и здоровых детей.

Таким образом, установлено: для часто болеющих детей наиболее характерным является ситуативно-деловое общение с родителями, в то время как в группе их здоровых сверстников – внеситуативно-познавательное и внеситуативно-личностное, что является свидетельством несоответствия уровня развития форм общения со взрослыми часто болеющих детей возрастным нормативным показателям.

Далее осуществлялось исследование активности в общении с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, а также их здоровых сверстников. Выраженность показателей активности в общении детей экспериментальной группы соотносились с соответствующими показателями детей контрольной группы (рис. 4). Проводился также сравнительный количественный и качественный анализ выраженности различных показателей активности детей в общении с родителями в каждой из исследуемых групп (табл. 1, 2 приложения 1).

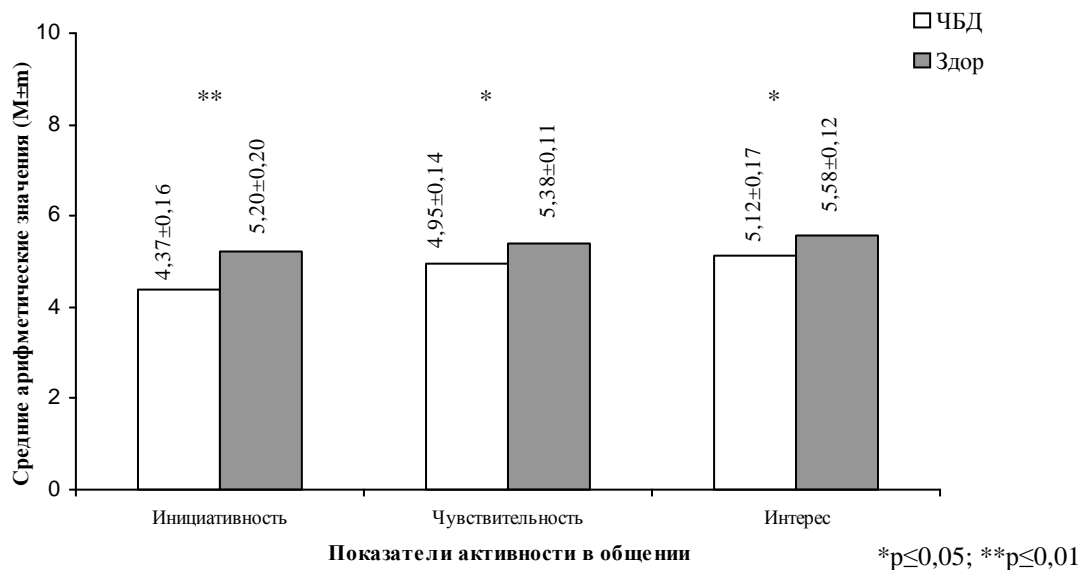


Рис 4. Статистическое сравнение средних значений показателей выраженности активности в общении с родителями детей старшего дошкольного возраста (методика Е.О. Смирновой)

При сравнительной характеристике выраженности показателей активности в общении с родителями у представителей экспериментальной и контрольной групп было установлено, что активность в общении со взрослым часто болеющих детей снижена по сравнению с их здоровыми сверстниками. Пример обследования часто болеющего ребенка приведен в описании клинического случая (приложение 5). Иллюстрацией могут служить также следующие наблюдения:

*Лена К. (5 лет, 5 месяцев). Соматический статус – ЧБР. Старший ребенок в семье (младшему брату 2 года). Отцу 30 лет, матери 28 лет. Мать – домохозяйка (находится в отпуске по уходу за младшим ребенком), по отношению к дочери заботлива, очень обеспокоена состоянием ее здоровья. Отец редко общается с детьми в силу профессиональной занятости.*

*В процессе обследования девочка была несколько скованна. Не старалась обратить на себя внимание матери, во всем следовала ее инструкциям. Речевые высказывания в процессе деятельности ограничены*

*(преимущественно – ответы на вопросы матери). К словам матери внимательна, чувствительна к любым интонационным, темповым изменениям ее речи (в этих случаях настороженно вглядывалась в лицо матери). Уровень комфортности во время обследования снижен: ребенок напряжен, пассивен.*

Еще один пример.

*Данил П., (5 лет, 8 месяцев). Соматический статус – ИЧБР, диагноз – хронический бронхит. Единственный (поздний) ребенок в семье. Матери 42 лет, отцу – 39 лет. Матери свойственна гиперопека по отношению к ребенку; отец транслирует несколько отстраненную позицию, в общении с ребенком авторитарен.*

*В ситуациях совместной деятельности ребенок редко проявляет инициативу; отмечено, что при общении с матерью, избегает визуального контакта с ней. К словам матери невнимателен, на ее обращения и замечания часто не реагирует. Интерес к совместной деятельности неустойчив. Эмоциональное состояние на протяжении обследования ровное, без яркого проявления эмоций.*

Таким образом, процесс общения с родителями часто болеющих детей характеризуется недостаточной выраженностью таких показателей коммуникативной активности, как внимание и интерес, эмоциональное отношение к взрослому, количество речевых высказываний (речевое общение часто заменяется экспрессивно-мимическим). Слабо выражена инициативность ребенка в общении. Значительно отстает от нормы чувствительность детей к оценкам взрослого, которая лежит в основе формирования успехов во всех видах деятельности (Смирнова Е.О., 2000).

Наряду с полученными качественными данными, была определена достоверность различий в выраженности показателей активности в общении с родителями детей экспериментальной и контрольной групп с помощью подсчета t-критерия Стьюдента. Результаты представлены в таблице 7.

Сравнительная характеристика выраженности показателей  
активности в общении с родителями

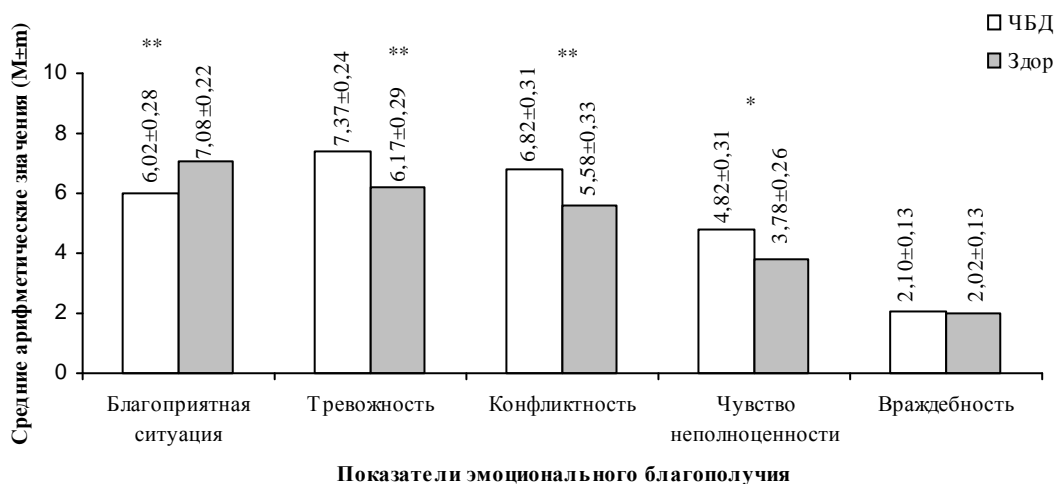
часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста

Показатели активности в общении (баллы)	Экспериментальная (часто болеющие дети)	Контрольная (здоровые дети)	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm m$	$M \pm m$		
1	2	3	4	5
Инициативность	4,37±0,16	5,20±0,20	3,287	p≤0,01
Чувствительность	4,95±0,14	5,38±0,11	2,469	p≤0,05
Интерес	5,12±0,17	5,58±0,12	2,176	p≤0,05

Так, полученные данные свидетельствуют о достоверности различий ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) в выраженности показателей активности в общении со взрослым часто болеющих и здоровых детей.

Следующим этапом исследования стало изучение особенностей эмоционального благополучия детей экспериментальной и контрольной групп.

Показатели эмоционального благополучия (неблагополучия) часто болеющих детей соотносились с соответствующими показателями здоровых дошкольников (рис. 5). Проводился также сравнительный количественный и качественный анализ выраженности различных показателей эмоционального благополучия детей в каждой из исследуемых групп (табл. 3,4 приложения 1).



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 5. Статистическое сравнение средних значений показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) детей старшего дошкольного возраста (методика Р. Бернса, С. Кауфмана)

На основании полученных данных выявлены различия в результатах исследования эмоционального благополучия часто болеющих детей и их здоровых сверстников. Симптомокомплекс *благоприятная ситуация* в большей степени преобладает в рисунках здоровых дошкольников ( $7,08 \pm 0,22$ ), чем в рисунках часто болеющих детей ( $6,02 \pm 0,28$ ). Наиболее ярко выраженным симптомокомплексом в рисунках часто болеющих детей является *тревожность* ( $7,37 \pm 0,24$ ). В рисунках здоровых детей *тревожность* проявляется значительно в меньшей степени ( $6,17 \pm 0,29$ ).

Симптомокомплекс *конфликтность* в большей степени выражен в рисунках часто болеющих детей ( $6,82 \pm 0,31$ ), чем у их здоровых сверстников ( $5,58 \pm 0,33$ ). Симптомокомплекс *чувство неполноценности* также более ярко проявляется в рисунках часто болеющих дошкольников ( $4,82 \pm 0,31$ ). В рисунках здоровых детей данный симптомокомплекс проявляется незначительно ( $3,78 \pm 0,26$ ). Указанная тенденция свойственна также и проявлению симптомокомплекса *враждебность* в рисунках часто болеющих ( $2,10 \pm 0,13$ ) и здоровых ( $0,02 \pm 0,13$ ) детей.

Анализ преобладающих симптомокомплексов в рисунках детей позволил условно разделить данные показатели на две группы:

симптомокомплексы, свидетельствующие об эмоциональном благополучии ребенка (*благоприятная ситуация*); симптомокомплексы, отражающие эмоциональное неблагополучие ребенка (*тревожность, конфликтность, чувство неполноценности, враждебность*).

Приведем примеры анализа рисунка семьи часто болеющих детей.

**Ника Д.** (5 лет, 7 месяцев). Соматический статус – ЧБР. Единственный ребенок в семье. Матери 27 лет, отцу – 31 год. Мать – домохозяйка, по ее словам «...вынуждена не работать, т.к. ребенок все время болеет, и не может постоянно посещать детский сад...», стремится во всем контролировать дочь. Отец, по словам мамы, «...общается с ребенком мало, потому что много работает...».

**Анализ рисунка.** Центральное место на рисунке занимает мама, она так же является наиболее крупным персонажем, что свидетельствует о ее значимости для ребенка. Отец расположен на достаточно большом расстоянии от ребенка и матери, что говорит о психологической дистанции между членами семьи. Все персонажи разобщены (не заняты общей деятельностью, не держатся за руки), что говорит об отсутствии эмоциональной связи между ними. При рисовании фигуры матери использованы преимущественно холодные тона (синий, фиолетовый цвет), фиксируется грустное (недовольное) выражение лица, отсутствие шеи, ушей (тревожность, ощущение эмоционального дискомфорта ребенка во взаимоотношениях с персонажем). Отец изображен красным цветом. Отмечаются искажения частей тела (голова не круглая, длина рук достигает линии основания рисунка). Глаза – крупные круги, рот открыт (тревожность, конфликтность, враждебность во взаимоотношениях с персонажем); Для образа «Я» использован холодный тон (зеленый цвет), не отображены эмоции на лице (эмоциональный дискомфорт в сфере отношений с членами семьи). В целом: рисунок выполнен с сильным нажимом на карандаш, во время рисования ребенок часто стирал отдельные детали рисунка, исправляя полученное изображение.

**Преобладающими симптомокомплексами** в данном рисунке являются: тревожность, конфликтность.

Еще один пример.

**Вова С. (5 лет, 3 месяца).** Соматический статус – ЧБР. Старший ребенок в семье (есть младшая сестра, возраст – 2 года). Матери 30 лет, отцу 33 года. В общении с ребенком мать является доминантной фигурой – проводит с ним больше времени, тщательно выполняет рекомендации врачей и педагогов относительно лечения и воспитания ребенка. Отец непосредственно общается с ребенком преимущественно по наставлению матери (чаще, отводит и забирает из детского сада).

**Анализ рисунка.** Ребенок нарисовал не всех членов семьи (маму и сестру), исключил себя и отца; изображенные персонажи не объединены общей деятельностью. Отсутствие автора на рисунке позволяет сделать вывод о нарушении межличностного общения внутри семьи; отсутствие изображения отца – о возможном отвержении с его стороны по отношению к ребенку. Фигура младшей сестры отдалена на рисунке от фигуры матери (расположена на другой стороне листа), это может свидетельствовать о негативном (возможно ревности) или индифферентном (отсутствие общих интересов, обусловленное разницей в возрасте) отношении ребенка к ней. У персонажей прорисованы все основные части тела. Фигура матери – крупная, с большой головой, детали одежды раскрашены разными цветами (является авторитетом для ребенка), фигура сестры – выполнена с сильным нажимом, линии проведены по несколько раз, отсутствуют детали одежды (вызывает тревогу у ребенка). Первой ребенок нарисовал мать, это показывает, что для него она является наиболее значимым членом семьи. Далее автор остановился на изображении предметов интерьера комнаты: шкаф, двери, стол (свидетельствует о наличии большого количества запретов), в последнюю очередь нарисовал сестру (отношения с ней конфликтны). **Преобладающими**

*симптомокомплексами* в данном рисунке выявлены: *тревожность, конфликтность*.

Таким образом, полученные в ходе диагностики данные позволяют констатировать: поскольку преобладающими симптомокомплексами в рисунках часто болеющих детей являются *тревожность* и *конфликтность* (изображения мелкие, низкодетализованные; выполнены с сильным нажимом на карандаш; пропорции тела часто искажены, в процессе рисования отмечаются частые самоисправления), можно сделать вывод об эмоциональном неблагополучии данной категории дошкольников. Преобладающим симптомокомплексом в рисунках здоровых детей является *благоприятная ситуация*, что свидетельствует об эмоциональном благополучии детей данной группы.

Подтверждением выявленных данных выступает также анализ обследования часто болеющего ребенка, представленный при описании клинического случая (приложение 5).

Далее выявлялись достоверные различия в показателях эмоционального благополучия/неблагополучия детей экспериментальной и контрольной групп (табл. 8).

Сравнительная характеристика выраженности показателей эмоционального благополучия в рисунках часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста (методика Р. Бернса, С. Кауфмана)

Группы испытуемых Симптомо- комплексы (баллы)	Экспериментальная (часто болеющие дети)	Контрольная (здоровые дети)	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Благоприятная ситуация	6,02±0,28	7,08±0,22	2,993	p≤0,01
Тревожность	7,37±0,24	6,17±0,29	3,205	p≤0,01
Конфликтность	6,82±0,31	5,58±0,33	2,648	p≤0,01
Чувство неполноценности	4,82±0,31	3,78±0,26	2,564	p≤0,05
Враждебность	2,10±0,13	0,02±0,13	0,445	p>0,1

Анализ полученных статистических данных по методике «Кинетический рисунок семьи» выявляет достоверные различия (p≤0,05, p≤0,01) между выраженностью таких показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) в рисунках часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста, как: *благоприятная ситуация, тревожность, конфликтность, чувство неполноценности*.

Таким образом, для часто болеющих детей наиболее характерным является проявление в рисунках симптомокомплексов *тревожность* и *конфликтность*, в то время как в группе их здоровых сверстников – *благоприятная ситуация*, что свидетельствует о недостаточной выраженности показателей эмоционального благополучия у часто болеющих детей в сравнении с их здоровыми сверстниками.

Для выявления характера взаимосвязей между различными показателями, характеризующими общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста проводился подсчет коэффициента корреляции –  $r_s$  Спирмена. Полученные значения коэффициентов корреляции сравнивались, и определялся характер корреляционных связей (направление, значимость) между обозначенными экспериментальными данными.

В табл. 9, 10 представлены цифровые значения коэффициента корреляции (по Спирмену) и обозначен характер существующей связи: «\*\*» – положительная, высокозначимая ( $p \leq 0,01$ ); «\*» – положительная, значимая ( $p \leq 0,05$ ); «##» – отрицательная, высокозначимая ( $p \leq 0,01$ ); «#» – отрицательная, значимая ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 9

Выявление взаимосвязей между показателями, характеризующими общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

		Показатели активности			Показатели эмоционального благополучия				
		Иниц.	Чувст.	Инт.	Бл. с.	Трев.	Конф.	Чув. н.	Враж.
Формы общения	С-Д	-0,248	-0,225	0,168	-0,296 #	0,337 **	0,139	0,139	0,250
	В-П	-0,037	0,115	0,190	0,035	0,106	0,170	0,170	-0,055
	В-Л	0,296 *	0,173	0,142	0,410 **	-0,328 #	-0,415 ##	-0,233	-0,404 ##

Корреляционный анализ выявил, что значимая положительная взаимосвязь имеется между следующими показателями, характеризующими общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: преобладанием внеситуативно-личностной формы общения, высоким уровнем инициативности ребенка в общении ( $p \leq 0,05$ ), выраженностью показателей его эмоционального благополучия ( $p \leq 0,01$ ); значимая отрицательная взаимосвязь установлена между такими показателями выраженности форм общения детей с родителями, как: преобладание ситуативно-деловой формы общения, выраженность показателей эмоционального благополучия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ); преобладание внеситуативно-личностной формы общения, выраженность показателей эмоционального неблагополучия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Выявление взаимосвязей между показателями, характеризующими общение с родителями здоровых детей старшего дошкольного возраста

		Показатели активности			Показатели эмоционального благополучия				
		Иниц.	Чувст.	Инт.	Бл. с.	Трев.	Конф.	Чув. н.	Враж.
Формы общения	С-Д	-0,210 #	-0,225	0,168	-0,246 #	0,210	0,139	0,260 *	0,250
	В-П	-0,037	0,275 *	0,250 *	0,035	0,106	0,170	0,170	-0,055
	В-Л	0,282 *	0,173	0,142	0,310 *	-0,228	-0,170	-0,410 ##	-0,270 #

На основании корреляционного анализа выявлена значимая положительная взаимосвязь между следующими показателями, отражающими особенности общения с родителями здоровых детей старшего дошкольного возраста: преобладанием внеситуативно-личностной формы общения, высоким уровнем инициативности в общении ( $p \leq 0,05$ ), выраженностью показателей эмоционального благополучия ( $p \leq 0,05$ ); преобладанием внеситуативно-познавательного общения и высоким уровнем чувствительности ( $p \leq 0,05$ ) и интереса ( $p \leq 0,05$ ) к процессу общения с родителем. Значимая отрицательная взаимосвязь выявлена между преобладанием ситуативно-деловой формы общения и высокой инициативностью в общении ( $p \leq 0,05$ ), а также выраженностью показателей эмоционального благополучия ( $p \leq 0,05$ ); отрицательная взаимосвязь выявлена также между преобладанием внеситуативно-личностной формы общения со взрослыми и выраженностью показателей эмоционального неблагополучия ( $p \leq 0,05; p \leq 0,01$ ).

Для более детального анализа корреляционных структур, отражающих связь между различными показателями, характеризующими общение с родителями исследуемых категорий детей статистически значимые взаимосвязи представлялись в виде корреляционных плеяд (рис. 6.).

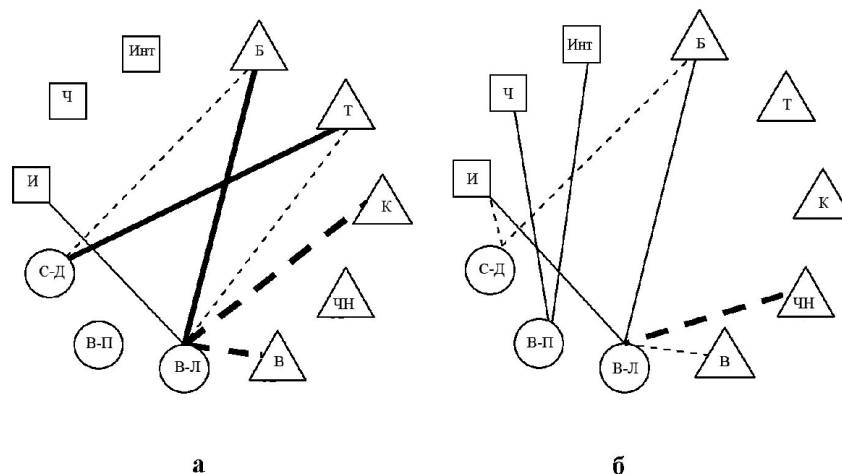


Рис. 6. Корреляционные плеяды взаимосвязей различных показателей, характеризующих общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста (а), здоровых детей старшего дошкольного возраста (б)

*Условные обозначения:*

положительная связь обозначена сплошной линией, отрицательная – прерывистой: при  $p \leq 0,01$  ———, при  $p \leq 0,05$  - - - - - ; характер взаимодействия: ○ формы общения с родителями (С-Д – ситуативно-деловое; В-П – внеситуативно-познавательное; В-Л – внеситуативно-личностное); □ активность в общении (И – инициативность; Ч – чувствительность; Инт – интерес); △ эмоциональное благополучие (Б – благоприятная семейная ситуация; Т – тревожность; К – конфликтность; Чн – чувство неполноценности; В – враждебность).

Сравнение корреляционных плеяд взаимосвязей различных показателей общения с родителями часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста позволило сделать вывод о том, что различия в представленных корреляционных структурах являются незначительными, следовательно, описанные особенности взаимосвязей характерны для детей обеих групп.

Полученные результаты относительно специфики общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста можно объяснить особой (дефицитарной) социальной ситуацией их развития (Арина Г.А.,1995; Николаева В.В., 1997 Арон И.С., 2000), формирующей у

ребенка социальную тревожность, инертность, преобладание интереса к предметному миру.

Выделенные особенности требуют дальнейшей проверки предположений по выяснению факторов и механизмов, определяющих особенности общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста дошкольного возраста.

### 2.3. Специфика родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста

Специфику родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста мы определяли с помощью методики «Опросник родительского отношения» (Варга А.Я., Столин В.В., 1988). Особенности родительского отношения к часто болеющим детям соотносились с особенностями отношения родителей к здоровым дошкольникам. Проводился также сравнительный количественный и качественный анализ выраженности типов родительского отношения со стороны матерей и отцов к детям каждой из исследуемых категорий (табл. 11, 12, 13, 14; рис. 7, 8).

Таблица 11

Выраженность типов материнского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы родительского отношения (баллы)		Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	«Маленький неудачник»
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5	6	7
Принятие – отвержение	$M \pm \bar{m}$	54,70±3,58	t = 2,747 (p≤0,01)	t = 3,329 (p≤0,01)	t = 3,349 (p≤0,01)	t = 2,986 (p≤0,01)
Кооперация	$M \pm \bar{m}$	t = 2,747 (p≤0,01)	39,89±2,75	t = 3,100 (p≤0,01)	t = 2,786 (p≤0,01)	t = 3,186 (p≤0,01)
Симбиоз	$M \pm \bar{m}$	t = 3,329 (p≤0,01)	t = 3,100 (p≤0,01)	62,85±2,96	t = 3,086 (p≤0,01)	t = 2,337 (p≤0,05)
Авторитарная гиперсоциализация	$M \pm \bar{m}$	t = 3,349 (p≤0,01)	t = 2,786 (p≤0,01)	t = 3,086 (p≤0,01)	58,88±2,85	t = 2,257 (p≤0,05)
«Маленький неудачник»	$M \pm \bar{m}$	t = 2,986 (p≤0,01)	t = 3,186 (p≤0,01)	t = 2,337 (p≤0,05)	t = 2,257 (p≤0,05)	47,84±3,63

При сравнении выраженности типов материнского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста было выявлено, что преобладающим типом родительского отношения к детям является *симбиоз* ( $62,85 \pm 2,96$ ) в сравнении с выраженностью отношения к ребенку по типу *принятие–отвержение* ( $p \leq 0,01$ ), *кооперация* ( $p \leq 0,01$ ), «*маленький неудачник*» ( $p \leq 0,01$ ). При этом выраженность родительского отношения по типу *принятие–отвержение* ( $54,70 \pm 3,58$ ), *авторитарная гиперсоциализация* ( $62,85 \pm 2,96$ ) и «*маленький неудачник*» ( $58,88 \pm 2,85$ ) достоверно преобладает ( $p \leq 0,01$ ) над выраженностью отношения к ребенку по типу *кооперация* ( $39,89 \pm 3,2,75$ ).

Таблица 12

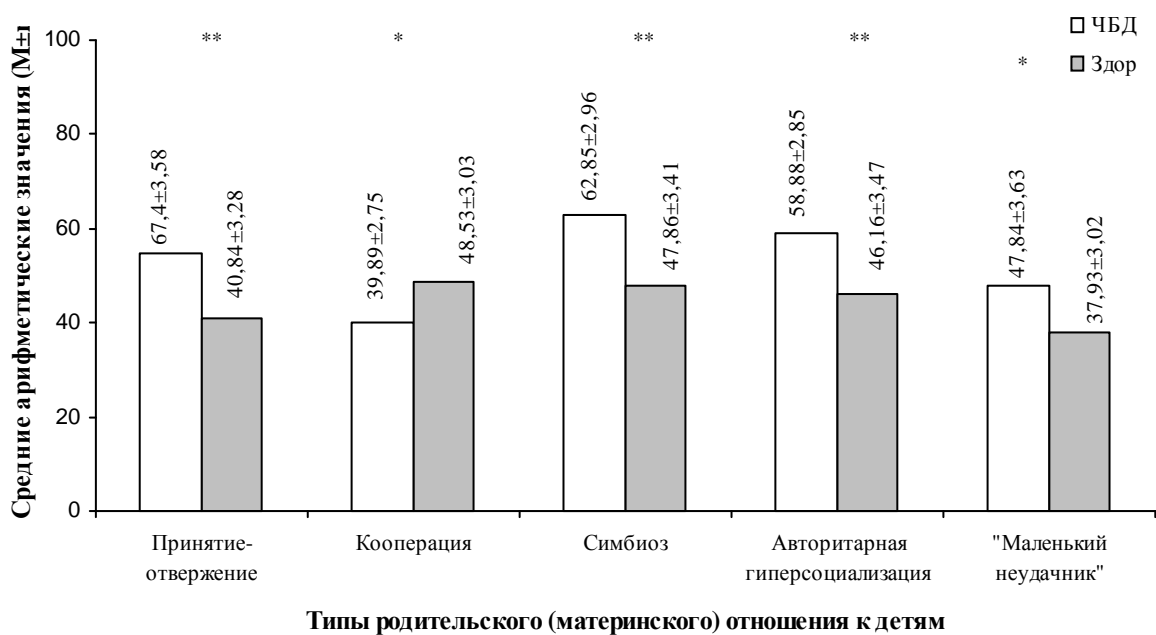
Выраженность типов материнского отношения к здоровым детям старшего дошкольного возраста (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы родительского отношения (баллы)		Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	«Маленький неудачник»
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5	6	7
Принятие – отвержение	$M \pm \bar{m}$	$40,84 \pm 3,28$	$t = 3,247$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,129$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,249$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 2,176$ ( $p \leq 0,01$ )
Кооперация	$M \pm \bar{m}$	$t = 3,247$ ( $p \leq 0,01$ )	$48,53 \pm 3,03$	$t = 3,110$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 1,996$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 3,116$ ( $p \leq 0,01$ )
Симбиоз	$M \pm \bar{m}$	$t = 3,129$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,110$ ( $p \leq 0,01$ )	$47,86 \pm 3,41$	$t = 0,131$ ( $p > 0,1$ )	$t = 0,131$ ( $p > 0,1$ )
Авторитарная гиперсоциализация	$M \pm \bar{m}$	$t = 3,249$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 1,996$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 0,131$ ( $p > 0,1$ )	$46,16 \pm 3,47$	$t = 3,257$ ( $p \leq 0,01$ )
«Маленький неудачник»	$M \pm \bar{m}$	$t = 2,176$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,116$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 0,131$ ( $p > 0,1$ )	$t = 3,257$ ( $p \leq 0,01$ )	$37,93 \pm 3,02$

При сравнении выраженности типов материнского отношения к здоровым дошкольникам было установлено, что преобладающим типом родительского отношения к детям является *кооперация* ( $48,53 \pm 3,03$ ) по сравнению с выраженностью отношения к ребенку по типу *принятие –*

отвержение ( $p \leq 0,01$ ), симбиоз ( $p \leq 0,01$ ), авторитарная гиперсоциализация ( $p \leq 0,05$ ), «маленький неудачник» ( $p \leq 0,01$ )

Полученные обобщенные результаты представлены на рис. 3.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 7. Статистическое сравнение средних значений показателей выраженности типов материнского отношения к детям старшего дошкольного возраста (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

На основании анализа количественных данных можно констатировать: преобладающим типом материнского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста является *симбиоз*. Данный тип родительского отношения проявляется в том, что мать ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все его потребности, оградить от любых трудностей, при этом воспринимая его как инфантильного, лично и социально несостоятельного и постоянно ограничивая его самостоятельность, т.е. относится к неэффективным (нарушенным) типам родительского отношения (Захаров А.И., 1988; Спиваковская А.С., 2000; Варга А.Я., 1985 и др.).

Иллюстрацией может служить пример обследования матери, приведенный при описании клинического случая (приложение 5), а также следующие варианты обследования матерей часто болеющих детей:

*Елена Владимировна Б., 31 год. Воспитывает дочь, имеющую соматический статус – часто болеющий ребенок (ЧБР). Выразила согласие со следующими утверждениями опросника:*

*5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.*

*28. Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.*

*58. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.*

*59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.*

В данном случае очевидна тревога матери, возрастающая при увеличении дистанции между ней и ребенком по мере его взросления.

Следующий пример.

*Алла Аркадьевна П., 27 лет. Воспитывает сына, имеющего соматический статус – ЧБР. Согласилась со следующими утверждениями опросника:*

*5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.*

*15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.*

*25. Я жалею своего ребенка.*

*41. Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство.*

Очевидно, что эта мать, на основе сложившихся на когнитивном уровне представлений о ребенке как о слабом, неприспособленном, беспомощном, транслирует желание защитить его от любых, неблагоприятных, с ее точки зрения, обстоятельств жизни.

В целом, анализ результатов диагностики матерей часто болеющих детей показал: основным содержанием материнского отношения к ребенку является слияние с ним, стремление удовлетворить все потребности ребенка, оградить от всех трудностей жизни, а также постоянная тревога за него, возрастающая при увеличении дистанции между ребенком и матерью. Это

позволяет сделать вывод о неэффективности материнского отношения к часто болеющим детям.

Для матерей здоровых дошкольников наиболее характерно отношение к ребенку по типу *кооперация*. Содержательно этот тип родительского отношения раскрывается так: мать обладает общей положительной установкой по отношению к ребенку, заинтересована в его делах и планах, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Следовательно, можно сделать вывод об эффективности материнского отношения к здоровым детям.

Далее мы определяли преобладающий тип отцовского отношения к часто болеющим и здоровым детям (табл. 13, 14; рис. 8).

Таблица 13

Выраженность типов отцовского отношения  
к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы родительского отношения (баллы)		Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	«Маленький неудачник»
Типы родительского отношения (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Принятие – отвержение	$M \pm \bar{m}$	60,85±3,31	t = 3,223 (p≤0,01)	t = 3,029 (p≤0,01)	t = 3,246 (p≤0,01)	t = 2,676 (p≤0,05)
Кооперация	$M \pm \bar{m}$	t = 3,223 (p≤0,01)	32,03±2,72	t = 3,120 (p≤0,01)	t = 1,984 (p≤0,05)	t = 3,116 (p≤0,01)
Симбиоз	$M \pm \bar{m}$	t = 3,029 (p≤0,01)	t = 3,120 (p≤0,01)	54,81±3,37	t = 3,320 (p≤0,01)	t = 3,257 (p≤0,01)
Авторитарная гиперсоциализация	$M \pm \bar{m}$	t = 3,246 (p≤0,01)	t = 1,984 (p≤0,05)	t = 3,320 (p≤0,01)	67,90±2,73	t = 0,131 (p>0,1)
«Маленький неудачник»	$M \pm \bar{m}$	t = 2,676 (p≤0,05)	t = 3,116 (p≤0,01)	t = 3,257 (p≤0,01)	t = 0,131 (p>0,1)	65,76±3,74

Сравнение выраженности типов отцовского отношения к часто болеющим дошкольникам показало, что преобладающим типом родительского отношения к детям с их стороны является *авторитарная гиперсоциализация* ( $67,90 \pm 2,73$ ) и «*маленький неудачник*» ( $65,76 \pm 3,74$ ) по сравнению с выраженностью отношения по шкалам *кооперация* ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ), *принятие – отвержение* ( $p \leq 0,01$ ), *симбиоз* ( $p \leq 0,01$ ). При этом проявление типов отцовского отношения по шкалам *принятие – отвержение* ( $60,85 \pm 3,31$ ) и *симбиоз* ( $54,81 \pm 3,37$ ) превалирует ( $p \leq 0,01$ ) над выраженностью отношения к ребенку по типу *кооперация* ( $32,03 \pm 2,72$ ).

Таблица 14

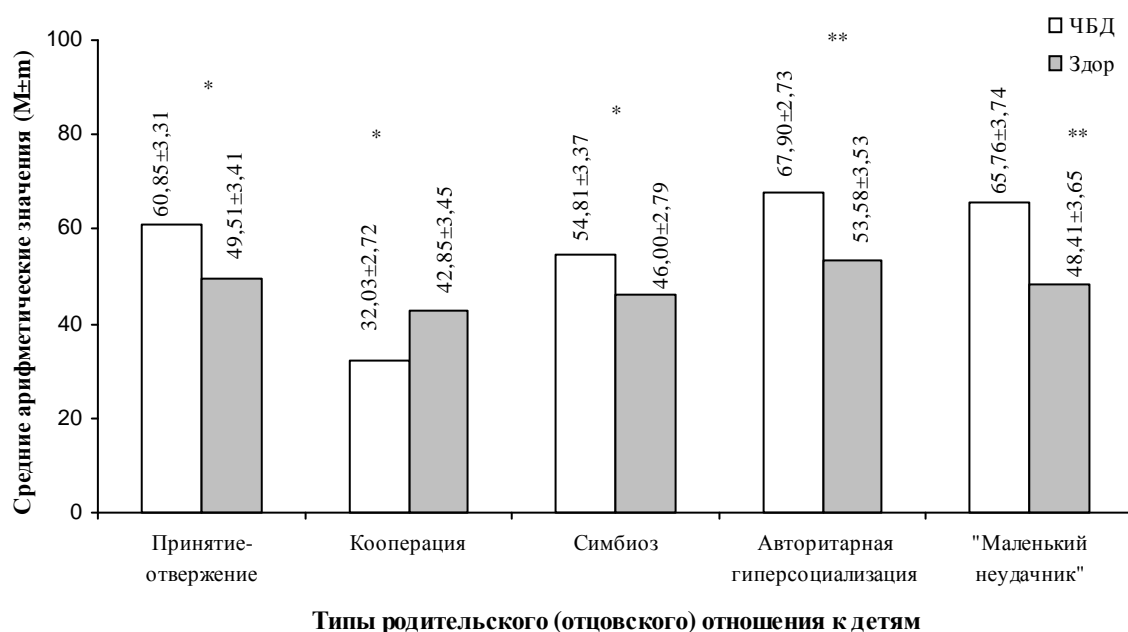
Выраженность типов отцовского отношения  
к здоровым детям старшего дошкольного возраста  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы родительского отношения (баллы)		Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	«Маленький неудачник»
Типы родительского отношения (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Принятие – отвержение	$M \pm \bar{m}$	$49,51 \pm 3,41$	$t = 2,323$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 3,029$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 2,323$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 2,676$ ( $p \leq 0,05$ )
Кооперация	$M \pm \bar{m}$	$t = 3,320$ ( $p \leq 0,01$ )	$42,85 \pm 3,45$	$t = 3,120$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 1,984$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 3,066$ ( $p \leq 0,01$ )
Симбиоз	$M \pm \bar{m}$	$t = 3,029$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,120$ ( $p \leq 0,01$ )	$46,00 \pm 2,79$	$t = 3,320$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,257$ ( $p \leq 0,01$ )
Авторитарная гиперсоциализация	$M \pm \bar{m}$	$t = 2,323$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 1,984$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 3,320$ ( $p \leq 0,01$ )	$53,58 \pm 3,53$	$t = 3,220$ ( $p \leq 0,01$ )
«Маленький неудачник»	$M \pm \bar{m}$	$t = 2,676$ ( $p \leq 0,05$ )	$t = 3,066$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,257$ ( $p \leq 0,01$ )	$t = 3,220$ ( $p \leq 0,01$ )	$48,41 \pm 3,65$

На основании сравнения выраженности типов отцовского отношения к здоровым дошкольникам установлено, что со стороны отцов превалирует отношение к детям по типу *авторитарная гиперсоциализация* ( $53,58 \pm 3,53$ ) в сравнении с выраженностью родительского отношения по типу *принятие –*

отвержение ( $p \leq 0,05$ ), кооперация ( $p \leq 0,05$ ), симбиоз ( $p \leq 0,01$ ), «маленький неудачник» ( $p \leq 0,01$ ).

Обобщенные результаты исследования отцовского отношения к детям представлены на рис. 8.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 8. Статистическое сравнение средних значений показателей выраженности типов отцовского отношения к детям старшего дошкольного возраста (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Анализ количественных данных позволяет констатировать: преобладающими типами отцовского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста являются *авторитарная гиперсоциализация* ( $67,90 \pm 2,73$ ) и «*маленький неудачник*» ( $65,76 \pm 3,74$ ). Так, отцы в большинстве случаев воспринимают часто болеющего ребенка как личностно и социально несостоятельного, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, при этом вследствие уверенности в том, что ребенок в силу своего физического состояния не может обойтись без участия взрослого, осуществляют строгий контроль любых его действий.

Иллюстрацией могут служить описания следующих ситуаций обследования отцов, а также анализ обследования, представленный при

описании клинического случая (приложение 5):

*Дмитрий Александрович К., 33 года. Воспитывает сына, имеющего соматический статус – ИЧБР и диагноз – хронический тонзиллит.*

*Утвердительно ответил на следующие положения опросника:*

*15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.*

*19. Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.*

*30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни.*

*48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.*

Данный пример показывает стремление отца, видящего своего ребенка недостаточно подготовленным к социальной жизни, изменить ситуацию путем осуществления строгого контроля за его поведением.

Следующий пример:

*Руслан Игоревич О., 32 года. Дочь имеет соматический статус ЧБР.*

*Выразил согласие со следующими утверждениями опросника:*

*11. Я часто испытываю досаду по отношению к своему ребенку.*

*26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.*

*54. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.*

*55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.*

В данном примере отец видит своего ребенка неуспешным, неумелым, на основании чего прогнозирует его личную и социальную несостоятельность в будущем.

Представленные варианты обследования отцов позволяют сделать вывод о неэффективности отцовского отношения к часто болеющим детям.

Преобладающим типом отцовского отношения к здоровым детям определена *авторитарная гиперсоциализация* ( $53,58 \pm 3,53$ ), характеризующаяся директивностью в общении с ребенком и стремлением к

строгую контролею его поведения. Полученные результаты можно объяснить тем, что отец, играя роль «мостика» между узким семейным окружением и внесемейным миром, как правило, предъявляет высокие социальные требования к ребенку и строго контролирует активность последнего. Указанный тип родительского отношения является неэффективным.

Полученные результаты позволяют сделать выводы: с одной стороны, о неэффективности родительского отношения к часто болеющему ребенку в целом, с другой – о неоднозначности, конфликтности материнского и отцовского отношения к данной категории детей.

Далее с помощью методов математической статистики были определены достоверные различия в особенностях родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим и здоровым дошкольникам (табл. 15, 16).

Таблица 15

Сравнительная характеристика выраженности  
типов материнского отношения к часто болеющим и здоровым детям  
старшего дошкольного возраста  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Группы испытуемых  Типы родительского отношения (баллы)	Родители часто болеющих детей	Родители здоровых детей	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm m$	$M \pm m$		
Принятие – отвержение	54,70±3,58	40,84±3,28	2,857	p≤0,01
Кооперация	39,89±2,75	48,53±3,03	3,112	p≤0,05
Симбиоз	62,85±2,96	47,86±3,41	3,320	p≤0,01
Авторитарная гиперсоциализация	58,88±2,85	46,16±3,47	2,831	p≤0,01
«Маленький неудачник»	47,84±3,63	37,93±2,099	2,099	p≤0,05

Анализ полученных статистических данных выявляет достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) между выраженностью показателей материнского отношения к часто болеющим и здоровым детям старшего дошкольного возраста.

Таблица 16

Сравнительная характеристика выраженности  
типов отцовского отношения к часто болеющим и здоровым детям  
старшего дошкольного возраста  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Группы испытуемых  Типы родительского отношения (баллы)	Родители часто болеющих детей	Родители здоровых детей	t - Стьюдента	Достовер-ность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Принятие – отвержение	60,85±3,31	49,51±3,41	2,389	$p \leq 0,05$
Кооперация	32,03±2,72	42,85±3,45	2,463	$p \leq 0,05$
Симбиоз	54,81±3,73	46,00±2,79	2,012	$p \leq 0,05$
Авторитарная гиперсоциализация	67,90±2,73	53,58±3,53	3,211	$p \leq 0,01$
«Маленький неудачник»	65,76±3,74	48,41±3,65	3,319	$p \leq 0,01$

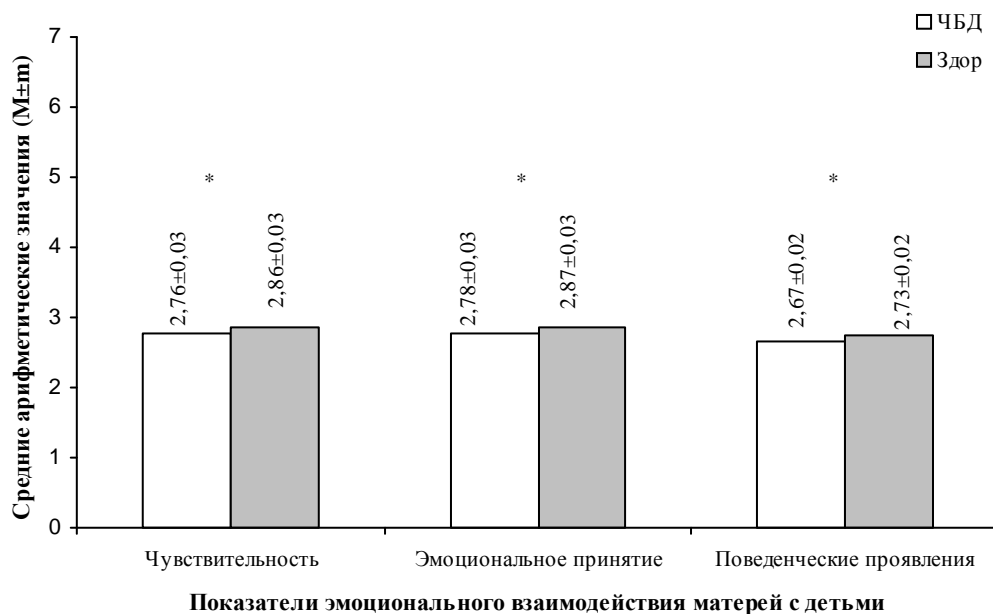
На основании анализа полученных статистических данных выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) между выраженностью показателей отцовского отношения к часто болеющим и здоровым детям старшего дошкольного возраста.

Таким образом, в ходе исследования установлено: для родителей часто болеющих детей характерны достоверно более выраженные показатели неэффективного отношения к ребенку (по шкалам *принятие-отвержение*, *симбиоз*, *авторитарная гиперсоциализация*, «*маленький неудачник*»), чем для

родителей здоровых детей.

Для получения более полной объективной картины относительно специфики родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим детям, мы экспериментально изучили особенности эмоционального взаимодействия родителей с детьми с помощью методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Е.И. Захарова, 1996).

Показатели эмоционального взаимодействия часто болеющих детей и их матерей и отцов соотносились с соответствующими показателями, отражающими эмоциональное взаимодействие с родителями здоровых детей (рис. 9, 10). Проводился также сравнительный количественный и качественный анализ выраженности различных характеристик эмоционального взаимодействия родителей с детьми относительно каждой из исследуемых групп (табл. 5-6 приложения 1).



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 9. Статистическое сравнение средних значений выраженности характеристик эмоционального взаимодействия матерей с детьми старшего дошкольного возраста (методика Е.И. Захаровой)

Выявлено, что характеристики эмоционального взаимодействия матерей с часто болеющими детьми отличаются от аналогичных показателей эмоционального взаимодействия матерей со здоровыми детьми.

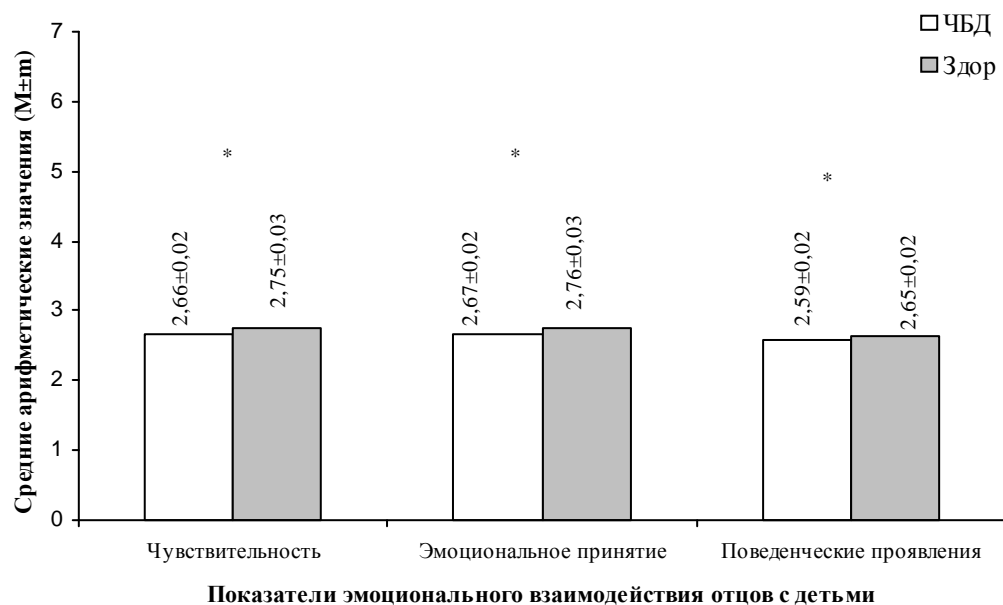
Так, анализируя выраженность характеристик эмоционального взаимодействия родителя с ребенком по параметру *чувствительность*, можно сказать: способность воспринимать состояние ребенка, понимать причины его состояния, а также способность к сопереживанию ребенку у матерей часто болеющих детей ( $2,76 \pm 0,03$ ) менее выражена, чем у матерей их здоровых сверстников ( $2,86 \pm 0,08$ ).

Показатель *эмоциональное принятие*, характеризующийся чувствами, возникающими у родителя во взаимодействии с ребенком, отношением к себе как к родителю, преобладающим эмоциональным фоном взаимодействия, безусловным принятием ребенка, также отражает более низкие результаты у матерей часто болеющих ( $2,78 \pm 0,03$ ) дошкольников в сравнении с результатами матерей здоровых детей ( $2,87 \pm 0,03$ ).

*Поведенческие проявления* – третий показатель особенностей эмоционального взаимодействия родителей с ребенком, проявляющийся в оказании эмоциональной поддержки ребенку, стремлении к телесному контакту с ним, умении ориентироваться и воздействовать на его эмоциональное состояние, более ярко выражен у матерей здоровых дошкольников ( $2,73 \pm 0,02$ ), чем у матерей часто болеющих ( $2,67 \pm 0,02$ ) детей.

В целом, характеризуя специфику эмоционального взаимодействия матери с часто болеющим ребенком можно отметить ее низкую способность адекватно воспринимать состояние ребенка (мать часто проецирует на ребенка собственные ощущения); понимать причины его эмоционального состояния. Эмоциональное принятие часто болеющего ребенка матерью обусловлено его болезненным состоянием: в моменты обострения заболевания ребенок принимается матерью, мать часто и подолгу общается с ним; в стадии ремиссии – общение матери с ребенком формализуется и обуславливается лишь деятельностью по уходу за ним (приложение 5).

Обобщенная характеристика выраженности показателей эмоционального взаимодействия детей старшего дошкольного возраста и их отцов представлена на рис. 10.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 10. Статистическое сравнение средних значений выраженности характеристик эмоционального взаимодействия отцов с детьми старшего дошкольного возраста (методика Е.И. Захаровой)

На основании анализа выраженности характеристик эмоционального взаимодействия отцов с детьми по параметру *чувствительность* установлено: способность воспринимать и понимать причины состояния ребенка у отцов часто болеющих детей ниже ( $2,66 \pm 0,02$ ), чем у отцов их здоровых сверстников ( $2,75 \pm 0,03$ ).

Показатель *эмоциональное принятие*, характеризующийся эмоциональным фоном взаимодействия с ребенком – также отражает достоверно более низкие результаты у и отцов часто болеющих дошкольников ( $2,67 \pm 0,02$ ) в сравнении с результатами отцов здоровых детей ( $2,76 \pm 0,03$ ). Показатель *поведенческие проявления*, проявляющийся в умении родителей адекватно воздействовать на эмоциональное состояние ребенка –

достоверно более ярко выражен ( $2,65 \pm 0,02$ ) у отцов здоровых дошкольников, чем у отцов часто болеющих детей ( $2,59 \pm 0,02$ ).

Таким образом, эмоциональное взаимодействие отцов с часто болеющими детьми характеризуется следующим: неспособностью отца воспринимать эмоциональное состояние ребенка и понимать его причины, общий фон эмоционального взаимодействия – негативен или индифферентен (ребенок эмоционально не принимается отцом или принимается условно), на поведенческом уровне отец, как правило, отстраняется от непосредственного общения с ребенком (избегает телесных контактов, воздействует на эмоциональное состояние ребенка с позиции применения, в качестве воспитательных воздействий, строгие требования к ребенку и существенные ограничения его поведения) (приложение 5).

С помощью подсчета t-критерия Стьюдента были определены достоверные различия в особенностях эмоционального взаимодействия с ребенком родителей исследуемых групп детей (табл. 17, 18).

Таблица 17

Сравнительная характеристика выраженности показателей  
эмоционального взаимодействия с ребенком

матерей часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста  
(методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)	Группы испытуемых	Родители часто болеющих детей	Родители здоровых детей	t - Стьюдента	Достовер- ность различий
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Чувствительность		$2,76 \pm 0,03$	$2,86 \pm 0,08$	2,112	$p \leq 0,05$
Эмоциональное принятие		$2,78 \pm 0,03$	$2,87 \pm 0,03$	1,982	$p \leq 0,05$
Поведение		$2,67 \pm 0,02$	$2,73 \pm 0,02$	2,103	$p \leq 0,05$

Статистический анализ результатов обследования матерей часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста по методике

«Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» выявил достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) между выраженностью показателей эмоционального взаимодействия с ребенком у матерей исследуемых групп детей.

Таблица 18

Сравнительная характеристика выраженности показателей  
эмоционального взаимодействия с ребенком  
отцов часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста  
(методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)	Группы испытуемых	Родители часто болеющих детей	Родители здоровых детей	t - Стьюдента	Достоверность различий
		$M \pm m$	$M \pm m$		
Чувствительность		2,66±0,02	2,75±0,03	2,105	$p \leq 0,05$
Эмоциональное принятие		2,67±0,02	2,76±0,03	2,394	$p \leq 0,05$
Поведение		2,59±0,02	2,65±0,02	2,007	$p \leq 0,05$

Статистический анализ результатов обследования отцов часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста по методике «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» показал достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) между выраженностью показателей эмоционального взаимодействия с ребенком у отцов исследуемых групп детей.

Таким образом, для матерей и отцов часто болеющих детей характерно сниженное проявление показателей выраженности эмоционального взаимодействия с ребенком в сравнении с родителями здоровых детей, следовательно, эмоциональная сфера взаимоотношений родителей с часто болеющими детьми неоптимальна.

Корреляционный анализ особенностей родительского (материнского и отцовского) отношения к детям и показателей эмоционального

взаимодействия родителей с детьми выявил наличие взаимосвязи между обозначенными категориями исследования. В табл. 19-22 представлены цифровые значения коэффициента корреляции (по Спирмену) и обозначен характер существующей связи: «\*\*» – положительная, высокозначимая ( $p \leq 0,01$ ); «\*» – положительная, значимая ( $p \leq 0,05$ ); «##» – отрицательная, высокозначимая ( $p \leq 0,01$ ); «#» – отрицательная, значимая ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 19

Выявление взаимосвязей между типами материнского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста и характеристиками эмоционального взаимодействия матерей с детьми

		Типы родительского отношения				
		Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авт. гиперсоц.	«Мал. неудачн.»
Характеристики взаимодействия родителя с ребенком	Чувст.	-0,21	0,27	-0,03	-0,21	-0,31 #
	Эм. пр.	-0,40 ##	0,41 **	-0,21	-0,30 #	-0,31 #
	Повед.	-0,13	0,23	-0,30 #	-0,16	-0,22

При этом эффективное материнское отношение (*кооперация*) к часто болеющему ребенку имеет статистически значимую положительную связь с *чувствительностью* матери к *внутреннему состоянию ребенка* ( $p \leq 0,05$ ). Неэффективное материнское отношение (*принятие-отвержение, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»*) имеет значимую и высокозначимую отрицательную связь со *способностью* матери *воспринимать состояние ребенка* ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ), *адекватно реагировать* на поведение ребенка.

Выявление взаимосвязей между типами материнского отношения к здоровым детям старшего дошкольного возраста и характеристиками эмоционального взаимодействия матерей с детьми

		Типы родительского отношения				
		Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авт. гиперсоц.	«Мал. неудачн.»
1		2	3	4	5	6
Характеристик и взаимодействия родителя с ребенком	Чувст.	-0,31 #	0,37 *	-0,33 #	-0,14	-0,19
	Эм. пр.	-0,28	0,33 *	-0,31	-0,35 #	-0,42 ##
1	2	3	4	5	6	7
	Повед.	-0,27	0,15	-0,19	-0,16	-0,31 #

Значимую положительную связь эффективное материнское отношение (*кооперация*) к здоровому ребенку имеет с выраженностью таких показателей эмоционального взаимодействия родителей с детьми, как *чувствительность* к внутреннему состоянию ребенка ( $p \leq 0,05$ ), эмоциональное принятие ( $p \leq 0,05$ ). Значимую и высокосignificant отрицательную связь неэффективное материнское отношение (принятие-отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник») имеет со следующими характеристиками эмоционального взаимодействия с ребенком: способность воспринимать состояние ребенка, эмоциональное принятие, адекватные поведенческие реакции в общении с ребенком ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Выявление взаимосвязей между типами отцовского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста и характеристиками эмоционального взаимодействия отцов с детьми

		Типы родительского отношения				
		Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авт. гиперсоц.	«Мал. неудачн.»
Характеристики взаимодействия родителя с ребенком	Чувст.	-0,26 #	0,27 *	-0,03	-0,21	-0,35 ##
	Эм. пр.	-0,40 ##	0,41 *	-0,21	-0,10	-0,37 ##
	Повед.	-0,13	0,23 *	-0,20	-0,16	-0,28 #

Эффективное отцовское отношение (*кооперация*) к часто болеющему ребенку имеет статистически значимую положительную связь ( $p \leq 0,05$ ) с *чувствительностью отца к внутреннему состоянию ребенка, эмоциональным принятием, адекватными поведенческими реакциями* в общении с ребенком. Неэффективное отцовское отношение (*принятие-отвержение, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»*) имеет значимую и высокосignificant отрицательную связь со *способностью отца воспринимать состояние ребенка* ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ), *эмоционально принимать его* ( $p \leq 0,01$ ) *адекватно реагировать* на поведение ребенка ( $p \leq 0,05$ ).

Выявление взаимосвязей между типами отцовского отношения к здоровым детям старшего дошкольного возраста и характеристиками эмоционального взаимодействия отцов с детьми

		Типы родительского отношения				
		Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авт. гиперсоц.	«Мал. неудачн.»
Характеристики взаимодействия родителя с ребенком	Чувст.	-0,11	0,37**	-0,14	-0,14	-0,29#
	Эм. пр.	-0,28#	0,33**	-0,21	-0,24	-0,30#
	Повед.	-0,21	0,15	-0,19	-0,36#	-0,31#

Высокосignificant положительную связь ( $p \leq 0,01$ ) эффективное отцовское отношение (*кооперация*) к здоровому ребенку имеет с выраженностью таких показателей эмоционального взаимодействия отцов с детьми, как *чувствительность к внутреннему состоянию ребенка, эмоциональное принятие*. Значимую отрицательную связь ( $p \leq 0,05$ ) неэффективное отцовское отношение (*принятие-отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»*) имеет со следующими характеристиками эмоционального взаимодействия отца с ребенком: *способность воспринимать состояние ребенка, эмоциональное принятие, адекватные поведенческие реакции в общении с ребенком*.

Для более детального анализа корреляционных структур, отображающих связь между различными показателями родительского отношения к детям, статистически значимые взаимосвязи представлялись в виде корреляционных плеяд (рис. 11.).

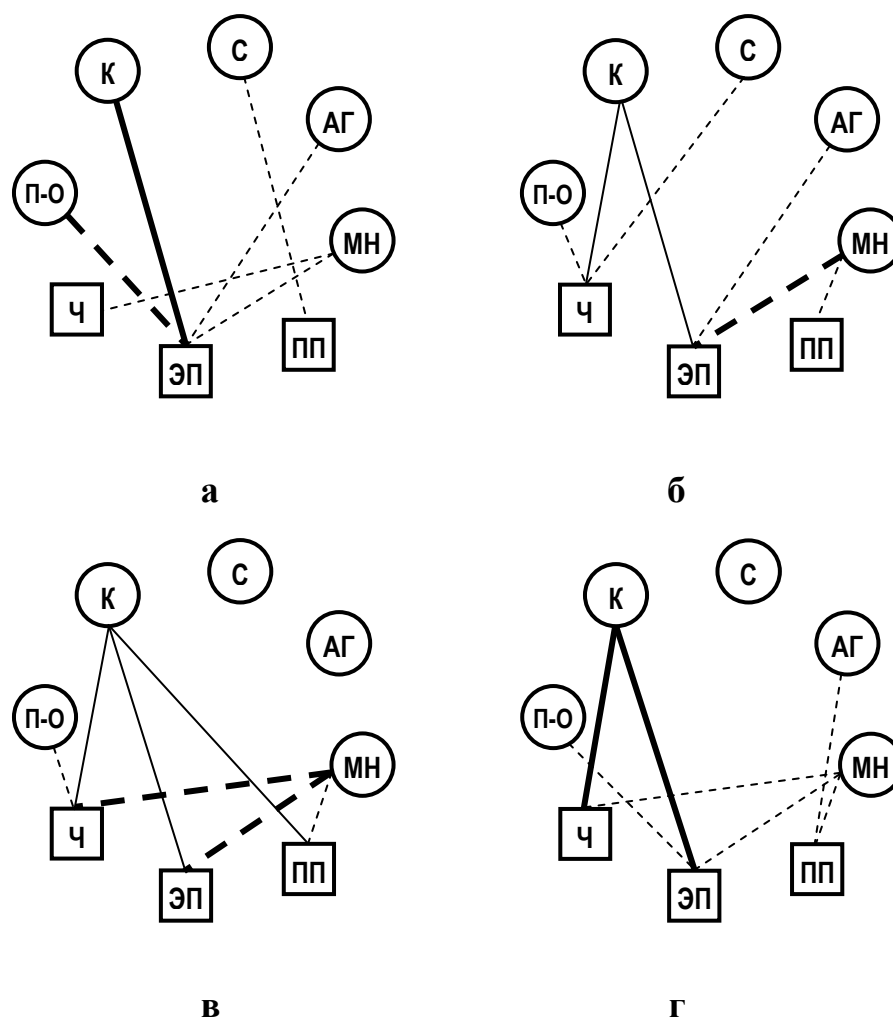


Рис. 11. Корреляционные плеяды взаимосвязей показателей (а) материнского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста, (б) материнского отношения к здоровым детям старшего дошкольного возраста. (в) отцовского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста, (г) отцовского отношения к здоровым детям старшего дошкольного возраста. Условные обозначения: положительная связь обозначена сплошной линией, отрицательная – прерывистой: при  $p \leq 0,01$  ————, при  $p \leq 0,05$  ————; характер взаимодействия: ○ Преобладающий тип родительского отношения (П-О – принятие-отвержение; К – кооперация; С – симбиоз, АГ – авторитарная гиперсоциализация; МН – маленький неудачник); □ Выраженность показателей эмоционального взаимодействия (Ч – чувствительность; ЭП – эмоциональное принятие; ПП – поведенческие проявления)

Выявленные взаимосвязи являются характерными как для матерей и отцов часто болеющих детей, так и для родителей их здоровых сверстников.

Полученные результаты можно объяснить с позиции приобретения болезнью ребенка роли смысловой регуляции внутрисемейных отношений. Родители с одной стороны уделяют ребенку крайне много времени, сил, внимания, его воспитание становится центральным делом их жизни, с другой стороны они игнорируют собственную активность ребенка, стремятся полностью контролировать его, что в свою очередь может препятствовать реализации полноценного общения детей с родителями.

## 2.4. Влияние родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста на особенности их общения с родителями

Для выявления особенностей влияния отношения матерей и отцов к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста на особенности их общения с родителями применялся двухфакторный дисперсионный анализ. При этом оценивалось с одной стороны: влияние типа родительского отношения ( $F_A$ ), с другой – влияние соматического статуса (наличия/отсутствия заболевания) ( $F_B$ ), с третьей – влияние взаимодействия указанных факторов ( $F_{AB}$ ) на особенности общения ребенка старшего дошкольного возраста с родителями. Полученные данные отражены в табл. 23-28. Графическое представление результатов указанного исследования имеется в приложении 1 (рис. 1-11).

*Таблица 23*

Выявление факторов влияния на особенности общения с родителями  
(матерями) детей старшего дошкольного возраста  
(при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Формы общения с родителями (матерями)	Ситуативно- деловое общение	Внеситуативно- познавательное общение	Внеситуативн о-личностное общение
Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность форм общения со взрослыми у испытуемых	(F- Фишера)	(F- Фишера)	(F- Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 3,114^*$	$F_A = 5,111^{**}$	$F_A = 4,372^{**}$
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 0,121$	$F_B = 2,381$	$F_B = 1,116$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 2,913$	$F_{AB} = 0,834$	$F_{AB} = 1,291$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ;

Выявление факторов влияния на особенности общения с родителями (отцами) детей старшего дошкольного возраста (при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Формы общения с родителями (отцами)	Ситуативно-деловое общение	Внеситуативно-познавательное общение	Внеситуативно-личностное общение
Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность форм общения со взрослыми у испытуемых	(F- Фишера)	(F- Фишера)	(F- Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 2,951^*$	$F_A = 3,860^*$	$F_A = 4,687^{**}$
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 1,688$	$F_B = 0,524$	$F_B = 2,606$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 1,653$	$F_{AB} = 0,420$	$F_{AB} = 1,158$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ;

На основании полученных данных установлено:

– различия в выраженности показателей, характеризующих общение с родителями часто болеющих и здоровых детей, обусловленные типом родительского отношения к ним, являются достоверно более выраженными ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ), чем случайные различия между показателями.

– различия в выраженности показателей, характеризующих общение с родителями часто болеющих и здоровых детей, обусловленные состоянием их здоровья, являются не более выраженными, чем случайные различия между показателями.

– влияние типа родительского отношения к ребенку на выраженность показателей, характеризующих его общение с родителями достоверно одинаково ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) при различных вариантах состояния здоровья детей.

Выявление факторов влияния на выраженность показателей активности в общении с родителями (матерями) детей старшего дошкольного возраста  
(при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Показатели активности детей в общении с родителями (матерями) Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность показателей активности в общении со взрослыми у испытуемых	Инициативность (F- Фишера)	Чувствительность (F- Фишера)	Интерес (F- Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 4,615^{**}$	$F_A = 3,176^*$	$F_A = 1,017$
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 1,123$	$F_B = 1,733$	$F_B = 0,263$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 0,322$	$F_{AB} = 0,684$	$F_{AB} = 1,183$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Выявление факторов влияния на выраженность показателей активности в общении с родителями (отцами) детей старшего дошкольного возраста  
(при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Показатели активности детей в общении с родителями (отцами) Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность показателей активности в общении со взрослыми у испытуемых	Инициативность (F- Фишера)	Чувствительность (F- Фишера)	Интерес (F- Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 2,980^*$	$F_A = 2,731^*$	$F_A = 1,244$
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 1,165$	$F_B = 1,313$	$F_B = 0,263$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 0,465$	$F_{AB} = 0,632$	$F_{AB} = 1,433$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Анализ полученных данных позволяет констатировать:

– различия в выраженности показателей активности в общении с родителями часто болеющих и здоровых детей, обусловленные типом родительского отношения к ним, являются достоверно более выраженными ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ), чем случайные различия между показателями.

– различия в выраженности показателей активности в общении с родителями часто болеющих и здоровых детей, обусловленные состоянием их здоровья, являются не более выраженными, чем случайные различия между показателями.

– влияние типа родительского отношения к ребенку на выраженность показателей активности в общении с родителями достоверно одинаково ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) при различных вариантах состояния здоровья детей.

Выявление факторов влияния на выраженность показателей эмоционального благополучия в общении с родителями (матерями) детей старшего дошкольного возраста (при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Показатели эмоционального благополучия детей в общении с родителями (матерями) Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность показателей эмоционального благополучия у испытуемых	Благоприятная ситуация (F-Фишера)	Тревожность (F-Фишера)	Конфликтность (F-Фишера)	Чувство неполноценности (F-Фишера)	Враждебность (F-Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 4,930$ **	$F_A = 3,176$ *	$F_A = 1,017$	$F_A = 2,917$ *	$F_A = 2,897$ *
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 16,62$	$F_B = 1,233$	$F_B = 1,193$	$F_B = 0,153$	$F_B = 2,133$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 0,323$	$F_{AB} = 0,921$	$F_{AB} = 0,683$	$F_{AB} = 1,185$	$F_{AB} = 1,281$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

Таблица 28

Выявление факторов влияния на выраженность показателей эмоционального благополучия в общении с родителями (отцами) детей старшего дошкольного возраста (при  $F_{кр} = 2,69$  ( $p \leq 0,05$ );  $4,02$  ( $p \leq 0,01$ ))

Показатели эмоционального благополучия детей в общении с родителями Оценка влияния $F_A$ и $F_B$ и их взаимодействия ( $F_{AB}$ ) на выраженность показателей эмоционального благополучия у испытуемых	Благоприятная ситуация (F-Фишера)	Тревожность (F-Фишера)	Конфликтность (F-Фишера)	Чувство неполноценности (F-Фишера)	Враждебность (F-Фишера)
Тип родительского отношения к ребенку ( $F_A$ )	$F_A = 3,457$ *	$F_A = 3,691$ *	$F_A = 2,021$	$F_A = 2,580$ *	$F_A = 1,977$ *
Состояние здоровья ребенка ( $F_B$ )	$F_B = 1,282$	$F_B = 1,754$	$F_B = 0,309$	$F_B = 1,089$	$F_B = 1,653$
Взаимодействие $F_A$ и $F_B$ ( $F_{AB}$ )	$F_{AB} = 0,473$	$F_{AB} = 1,922$	$F_{AB} = 0,356$	$F_{AB} = 1,597$	$F_{AB} = 1,284$

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Полученные данные позволяют сделать выводы:

– различия в выраженности показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей, обусловленные типом родительского отношения к ним, являются достоверно более выраженными ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ), чем случайные различия между показателями.

– различия в выраженности показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей, обусловленные состоянием их здоровья, являются не более выраженными, чем случайные различия между показателями.

– влияние типа родительского отношения к ребенку на выраженность показателей эмоционального благополучия достоверно одинаково ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) при различных вариантах состояния здоровья детей.

На основании анализа статистических данных установлено, что различия в выраженности показателей, характеризующих общение с родителями часто болеющих и здоровых детей, статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) обусловлены типом родительского отношения к ним, а не их соматическим статусом ( $p > 0,01$ ). При этом, влияние типа родительского отношения к ребенку на выраженность показателей его общения с родителями достоверно одинаково ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) при различных вариантах состояния здоровья детей.

Таким образом, доказано, что именно неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку является фактором снижения выраженности показателей, характеризующих его общение с родителями относительно возрастной нормы. Так симбиотическое отношение со стороны матери, и в то же время строгий контроль, директивность и инвалидизация – со стороны отца, приводят к регрессии форм общения ребенка с родителями (фиксации на способах общения, свойственных более раннему онтогенезу), парализуют его собственную коммуникативную активность, формируют эмоциональное неблагополучие.

## Выводы

Обобщая результаты, полученные в ходе изучения родительского отношения как фактора, определяющего особенности общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, мы констатируем:

1. Общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста имеет специфические особенности в сравнении со здоровыми сверстниками: формы общения детей с родителями определяются показателями, характерными для более ранних периодов онтогенеза (преобладает *ситуативно-деловое* общение, в то время как для здоровых детей более свойственно – *внеситуативно-познавательное* и *внеситуативно-личностное* общение); активность в общении с родителями часто болеющих дошкольников значительно снижена по показателям *инициативность, чувствительность, интерес* по сравнению с показателями их здоровых сверстников. Выраженность показателей эмоционального благополучия часто болеющих детей также более низкая в сравнении с показателями здоровых детей. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что показатели, характеризующие общение с родителями часто болеющих детей в целом значительно снижены относительно возрастной нормы.

Установлено наличие положительной корреляционной связи между следующими особенностями общения с родителями детей старшего дошкольного возраста: преобладанием ситуативно-деловой формы общения, низким уровнем инициативности в общении, проявлением признаков эмоционального неблагополучия (тревожность, конфликтность, чувство неполноценности), а также: преобладанием внеситуативно-личностной формы общения, высоким уровнем инициативности, чувствительности к реакциям взрослого в процессе общения, проявлением эмоционального благополучия. Данное утверждение является справедливым как для категории часто болеющих, так и для категории здоровых детей.

2. Родительское отношение к часто болеющим детям является, в большинстве случаев, неэффективным и характеризуется неоднозначностью, конфликтностью – со стороны матерей и отцов: матерям свойственно стремление к симбиотической связи с ребенком, отцам – выраженная авторитарная гиперсоциализация и инфантилизация ребенка. Данные положения подтверждаются исследованиями особенностей эмоционального взаимодействия родителей с детьми, которое определяется в целом недостаточной выраженностью показателей *чувствительности, эмоционального принятия*, неадекватностью *поведенческих проявлений*, что также создает препятствия развитию общения детей с родителями. Установлено наличие корреляционной связи между исследованными категориями: показано, что неэффективные типы родительского (материнского и отцовского) отношения имеют положительную связь с нарушениями в сфере эмоционального взаимодействия родителей с детьми. Указанное явление характерно как для родителей часто болеющих, так и для родителей здоровых детей.

3. Снижение относительно возрастной нормы выраженности показателей, характеризующих общение с родителями исследуемых категорий детей (преобладание ситуативно-делового общения над внеситуативно-познавательным и внеситуативно-личностным), недостаточная активность в общении, эмоциональное неблагополучие в процессе взаимодействия) определяется не столько особенностями соматического статуса ребенка, сколько неэффективным родительским отношением к нему (принятие-отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»). Так, неоднозначность, конфликтность родительского отношения со стороны матерей и отцов к ребенку в целом формирует деформации субъективных оснований его общения с родителями: регресс форм общения (контакты ситуативны, обусловлены, преимущественно, действиями с предметами) и снижение эффективности общения (дети недостаточно активны в общении, проявляют

признаки эмоционального неблагополучия). При этом эффективный тип родительского отношения (кооперация) обуславливает оптимальный уровень развития общения ребенка с родителями.

Полученные результаты позволяют констатировать: в семье, где воспитывается соматически больной ребенок, где является неэффективной вся система межличностных отношений, возникают особые проблемы и переживания, которые ставят семью перед необходимостью противостоять неблагоприятным условиям, вырабатывать новые формы поведения, приспосабливаясь к данной ситуации. При этом, важное значение имеет своевременное оказание консультативной и практической психологической помощи родителям. Главным компонентом данного вида помощи, по мнению Д.Н. Исаева, В.В. Николаевой и др., является позитивное изменение социальной ситуации развития ребенка, способствующее преодолению болезни.

### **РАЗДЕЛ 3. ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РОДИТЕЛЯМИ**

#### **3.1. Направления и содержание коррекционно-развивающей работы с часто болеющими детьми и их родителями**

Результаты исследования показали, что снижение выраженности показателей, характеризующих общение часто болеющих детей с родителями относительно возрастной нормы, обусловлены:

- особой, «дефицитарной», социальной ситуацией развития, в том числе неэффективным родительским отношением;
- особенностями личности ребенка (низкая коммуникативная активность, неуверенность в себе, тревожность, замкнутость и др.);
- характером взаимоотношений ребенка с родителями (фиксацией ребенка на примитивных формах общения для обеспечения симбиотических связей с родителями (преимущественно с матерью)).

Следовательно, психолого-педагогическая работа должна быть направлена на развитие общения ребенка с родителями (в том числе форм общения, а также таких компонентов общения, как активность и эмоциональное благополучие) через установление эффективных (оптимальных) взаимоотношений между родителями и детьми. При этом предполагается, что оптимизация родительского отношения к часто болеющим детям позволит преодолеть трудности, возникающие в процессе их общения с родителями, а также улучшит соматический статус детей.

Как известно, высшие психические функции человека первоначально формируются как внешние (т.е. в их реализации участвует не один, а два человека), и лишь постепенно они становятся внутренними (т.е. переходят из интра- в интропсихические). В своем исследовании мы исходим из положения, что развитие ребенка протекает как процесс присвоения им

общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями [49]. Извлечение этого опыта возможно при общении со взрослыми (родителями). При этом общение не только играет решающую роль в обогащении содержания детского сознания, но и обуславливает его структуру.

Говоря о влиянии общения с близким взрослым на общее психическое развитие ребенка, можно сказать, что оно:

- ускоряет ход развития ребенка (появление и последующее развитие как операционально-технических, так и перцептивных навыков);
- позволяет преодолеть неблагоприятную ситуацию соматического заболевания ребенка (так, например, способствует оптимизации межличностного взаимодействия с окружающими при замедлении темпов в эмоциональном и коммуникативном развитии);
- позволяет исправить нарушения, возникшие при неэффективном воспитании.

В начале исследования нами были рассмотрены функции общения: организация совместной деятельности людей; формирование и развитие межличностных отношений; познание людьми друг друга и др. Объединяя и перенося эти функции на тематику данной работы, можно сказать, что общение выступает важнейшим условием развития ребенка в процессе онтогенеза – как внутреннего (личностного, эмоционального, мотивационного), так и внешнего (двигательная активность, общий статус развития и др.) развития. Надстраиваясь над врожденными особенностями ребенка, полноценное общение между близкими взрослыми и ребенком не только способствует ходу нормального развития, но и может быть «лекарством» при неблагополучном фоне (в нашем случае это ситуация болезни ребенка).

Исходя из вышесказанного, основным содержанием коррекционной работы мы определили оптимизацию отношения родителей к часто болеющему ребенку, как фактора развития его общения с родителями.

В настоящее время под психолого-педагогической коррекцией понимается такое психолого-педагогическое воздействие на семью, которое направлено на обогащение взаимодействия между ее членами, устранение причин, вызывающих негативные явления во внутрисемейных отношениях, отрицательно сказывающихся на эмоциональном самочувствии ребенка и процессе его воспитания и обучения в целом [137]. При проведении коррекционных мероприятий необходимо учитывать такие характеристики семейного воспитания, как его непрерывность, продолжительность, разнородность и разносторонность, интенсивность и индивидуальную направленность.

Методы психологической коррекции детско-родительских отношений представлены и осмыслены в различных теоретических концепциях.

В отечественной науке и практике взаимодействие психолога с родителями в основном проводится в рамках психологической консультации. В некоторых исследованиях приводится описание работы с родительскими группами (Спиваковская А.С., 2000, Гиппенрейтер Ю.Б., 2004; Марковская И.М., 2005; Лютова-Робертс Е.К., 2006), причем чаще всего такая работа является составной частью проведения психологической коррекции. В последнее время направление, использующее групповые формы обучения и терапии родителей, стало развиваться более активно.

В зарубежной психологии родительские группы зарекомендовали себя как эффективная форма обучения и решения психологических проблем родителей. (Петерсон Р., Моррисон Д., 1965; Гордон Т., 1975; Дрейкус Р., 1986; Джайнотт Х., 1986; Джеймс М., Джонгвард Д., 1993).

Психологические подходы в работе с родительскими группами существуют, как правило, в рамках определенных теоретических концепций.

Впервые необходимость обращения к работе с родителями в практике консультирования детского развития была декларирована в рамках психодинамического подхода. Важной заслугой психоаналитического направления является то, что его основатели обращали внимание на ранний

опыт взаимодействия родителей с детьми и на различные виды психической травматизации в детском возрасте (Холл С., 2000; Фрейд А., 1993; Хорни К., 1997). По их мнению, сложившиеся в детстве поведенческие образцы всецело определяют способы ориентации взрослой личности по отношению к другим. Это фундаментальное положение психоанализа об определяющей роли раннего детства в развитии личности. Отношения ребенка и родителей являются позитивными, если они насыщены контактами, и негативными, если родители общение с ребенком сводят к минимуму. Если ребенок неадекватно интегрирован в семейную группу, в дальнейшем он может проявлять недостаточное социальное или сверхсоциальное поведение.

Одним первых исследователей взаимодействия взрослого с ребенком является А. Адлер (1998). Основными понятиями адлеровского воспитания родителей являются «равенство», «сотрудничество» и «естественные результаты». С ними связаны два центральных принципа воспитания: отказ от борьбы за власть и учет потребностей ребенка. Это направление работы с родителями основывается на их сознательном и целенаправленном поведении. А. Адлер рассматривает обучение родителей не только с точки зрения развития ребенка и семьи, но и с точки зрения общества – как деятельность, результат которой оказывает влияние на его состояние [5; 59].

Продолжателем идей адлерианского консультирования родителей стал Х. Джайнотт (1986), основавший направление групповой работы с семьями – «модель группового психологического консультирования». С точки зрения Х. Джайнотта, родителям необходимо оказывать практическую помощь в семейном воспитании через формирование у них навыков коммуникации и управления поведением детей. В своих работах он дал описание трех различных видов групповой работы с родителями: собственно психотерапия, психологическое консультирование и руководство личностью. Основные методы – групповая дискуссия, работа в подгруппах, ролевые игры.

Положения Х. Джайнотта согласуются с идеями другой модели работы с родителями – программой Т. Гордона (1975). Эта программа основывается

на идеях гуманистической психологии. В западной психологии данное направление существует в русле концепций Г. Оллпорта, А. Маслоу, К. Роджерса, Ш. Бюллер, В. Франкла, Р. Мэя. Общим для него является подход к человеку как к специфической модели, отличающейся от моделей, объясняющих поведение животных или машины. Существенная роль при этом уделяется активности личности: «Личностная проблема в первую очередь требует перераспределения напряжений внутри личности, а не поисков причин вовне» [167]. Т. Гордон особое внимание уделяет умению родителей слушать и понимать детей. При этом понимание рассматривается не просто как техника или использование правильных слов, а как модель взаимоотношений взрослого с ребенком.

Основой данного направления в отечественной психологии явились идеи М.М. Бахтина (1979) о диалогической природе человеческого общения, человеческой личности. Этот подход к изучению человека используется Л.А. Петровской, А.У. Харашем, Г.А. Ковалевым, О.Е. Смирновой, А.Ф. Копьевым и другими. А.У. Хараш (1994) отмечает, что диалогическое общение обладает наибольшим воспитательным потенциалом.

Существенный вклад в изучение взаимодействия родителей с детьми внесли представители бихевиористского направления (Скиннер Б., 2004; Андерсон К., Кинг Х., 1979; Бухер Б. Ловаас О., 1986; Тибо Дж., Келли Г., 1986). Б. Скиннер (2004) предложил использовать научно обоснованную методику, основанную на положениях поведенческой технологии как средстве укрепления семьи и общества в целом. Основной акцент в этом направлении делается на изучении техники поведения родителя и формировании навыков модификации поведения ребенка. Усилия практиков этого направления (Валер Р., Винкель Дж., 1964; Петерсон Р. Моррисон Д., 1965) в работе с родителями сосредоточены в основном на обучении родителей методике изменения поведения ребенка.

Одной из популярных и часто используемых в настоящее время моделей работы с родителями является модель, основанная на трансактном

анализе (Стейнер К., 1990; Джеймс М., Джонгвард Д., 1993; Сидоренко Е.В., 1995) Техника работы в русле трансактоного анализа предполагает освоение основных понятий этого теоретического направления и перенесения их на семейную почву. Работа в группах предполагает знакомство родителей с концепцией личности по теории Э. Берна (1997), с основными элементами структурного анализа.

Следует отметить, что групповая работа с родителями проводится специалистами разных областей. Наиболее часто такие группы организуются с психотерапевтическими целями, однако в дальнейшем их создатели переносят свой опыт работы в практику проведения групп для родителей, дети которых не имеют каких-либо выраженных психических нарушений. О такой форме работы, тренинге детско-родительских отношений, где родители обучаются навыкам игровой терапии с детьми, пишет Г.Л. Лэндрет (1994). Основной формой занятий является живая дискуссия в группе, состоящей из шести-восьми родителей и терапевта [126].

Описание групповых методов работы с родителями, в основном в рамках коррекционной программы с детьми-невротиками, можно найти в работах отечественных психологов и психотерапевтов А.Я. Варга (1994), А.С. Спиваковская (1995), А.И. Захарова (1990). Понимание сути детских проблем и улучшение взаимоотношений родителей с детьми, которое, как утверждают авторы, происходит в процессе групповой работы, повышает эффективность психокоррекционных мероприятий с детьми.

Таким образом, описанные выше направления ориентированы на различную практику работы с родителями, имеют различные цели, задачи, установки, а также различные уровни сложности. Использование одних моделей невозможно без знания терминологии и теории – бихевиористская модель, трансактоный анализ; другие модели в значительной мере общественно направлены, ставят своей целью построение демократических взаимоотношений с детьми и уделяют много внимания элементам конкретного взаимодействия – адлеровская модель, программа Т. Гордона.

Эти направления во многом дополняют друг друга, и с этим связано использование элементов различных программ в нашей практике групповой психологической работы с родителями.

В то же время малоизученным остается вопрос оказания психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с нарушенным соматическим статусом: эффективных технологий групповой коррекции общения часто болеющих детей с родителями крайне мало.

По мнению В.А. Ковалевского, коррекционная работа с больным ребенком должна быть нацелена на создание жизненных перспектив, эмоционального комфорта и формирование уверенности в себе. Однако при этом необходимо избегать излишне тесного эмоционального контакта с ребенком, гиперопеки над ним, следует расширять рамки его самостоятельности [96].

В основу коррекционно-развивающей программы были положены идеи биопсихосоциальноэтической модели развития человека, предполагающей учет всех составляющих индивидуальности человека, в том числе биологического, психологического, социального и духовного аспектов, при оказании ему психологической помощи (Залевский Г.В., 2006; Кузьмина Ю.В., 2008; Straub, 2001), а также клиентцентрированного подхода к психологическому консультированию родителей и детей (Адлер А., 2007; Роджерс К., 1997; Гордон Т., 1977; Гиппенрейтер Ю.Б., 2004; Лютова-Робертс Е.К., 2006), ориентированного на принятии ребенка, признании самоценности его личности, выдвигающего в качестве базовой стратегии – сотрудничество участников в процессе групповой работы. Программа реализовывалась через проведение циклов тренинговых занятий: с участием родителей (с целью оптимизации родительского отношения к ребенку); с участием детско-родительских пар (с целью установления оптимальных (эффективных) взаимоотношений между родителями и детьми) посредством:

повышения психолого-педагогической компетенции родителей в вопросах относительно специфики соматического состояния часто

болеющего ребенка, психологических особенностей его развития, социальной ситуации развития и духовного аспекта восприятия детьми категорий «здоровье» и «болезнь» а также установки в семье на здоровый образ жизни; формирование позиции «безусловного принятия» по отношению к ребенку; получение опыта проживания актуальной ситуации с позиции родителя и ребенка; формирование отношений равноправия и партнерства между родителями и детьми.

Представленная система тренинговых занятий разработана на основе взятой нами за основу структуры родительского отношения к ребенку, с учетом эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов. Мы предположили, что оптимизация родительского отношения к часто болеющим детям, таким образом, позволит преодолеть трудности, возникающие в процессе их общения с родителями, а также улучшит соматический статус детей.

Тренинг – «кратковременная форма интенсивного активного социально-психологического обучения, результатом которого является освоение участниками группы значимых для них форм социального поведения» [2]. Данная работа предполагает активное присвоение детьми и родителями нового опыта, возникающего в искусственно созданных условиях, и его использование в реальных жизненных обстоятельствах, ведущее в дальнейшем к раскрытию их собственных потенциальных возможностей [53; 167; 243].

При разработке психокоррекционной программы мы придерживались следующих *принципов*:

1. Принцип единства диагностики и коррекции. Задачи могут быть поставлены только на основе полной психологической диагностики, включая анализ основных аспектов социальной ситуации развития ребенка и, в частности, родительского отношения к больному ребенку. Диагностика и коррекция осуществляются практически на всех этапах работы, взаимно дополняя друг друга. Так, уже на диагностическом этапе возможна

коррекция когнитивного компонента отношения к ребенку, а процесс групповой психокоррекции содержит в себе возможности диагностики и самодиагностики коммуникативных особенностей и эмоциональных состояний родителей.

2. Принцип комплексности предполагает учет основных параметров социальной ситуации развития ребенка на данном возрастном этапе, включая внутренние (клинические характеристики, физиологические изменения в связи с возрастной перестройкой организма) и внешние (особенности сферы межличностного общения, референтные лица) условия развития и предусматривает сочетание направленных психологических воздействий с клиническими и педагогическими мероприятиями.

3. Принцип единства сознания и деятельности охватывает и субъектно-объектные, и субъектно-субъектные отношения, более адекватно отражает психическую реальность в ее связи с объективным миром. Конкретизацией данного принципа выступают положения ведущих отечественных психологов о признании решающей роли деятельности в процессе формирования личности ребенка [48; 114; 119]. При этом необходимо учитывать роль ведущей деятельности на каждом возрастном этапе. Поэтому коррекционный процесс должен быть направлен как на межличностное взаимодействие взрослого и ребенка, так и на воспитательную деятельность родителей.

4. Принцип интегративного подхода предполагает использование в психокоррекционном процессе методов, разработанных в рамках различных теоретических концепций, сочетание каузальной и симптоматической коррекции. При этом необходимо учитывать основные психотерапевтические механизмы, к которым относятся: механизм эмоционального отреагирования, механизм эмоционального консонанса, механизм неосознанной перестройки отношений, механизм сознательной перестройки отношений.

5. Принцип патогенетического подхода предполагает включение механизмов перестройки отношения к больному ребенку со стороны

родителей, коррекцию их неадекватных реакций и форм поведения, оказание помощи больному ребенку в разумном разрешении (или смягчении) психотравмирующей ситуации.

6. Принцип гуманистического подхода предполагает, что взаимодействие психолога с родителем и больным ребенком в психокоррекционном процессе основано на создании климата взаимного доверия, безоценочности, принятия других, психологической защищенности.

7. Принцип индивидуального подхода предполагает использование в психокоррекционном процессе индивидуальных проявлений обобщенных норм (возрастных, нозологических) и учет особенностей формирования личности в условиях болезни.

8. Онтогенетический подход заключается в том, что психокоррекционные мероприятия необходимо соотносить с предстоящими этапами развития личности дошкольника, с зоной его ближайшего развития, стимулировать более зрелые формы индивидуально-личностного функционирования родителя.

9. Психогигиенический принцип предполагает оптимальное сочетание двигательной и умственной нагрузки при проведении психокоррекционной работы с детьми. Целесообразно обучение детей способам снятия мышечного и эмоционального напряжения и саморегуляции своего состояния. Кроме того, занятия должны проходить на фоне хорошего настроения и положительных эмоций детей.

Коррекционно-развивающие мероприятия осуществлялись в течение 6 месяцев (ноябрь-апрель) с периодичностью: в родительской группе – 1 раз в месяц, в детско-родительской группе – 1 раз в неделю. Длительность каждого занятия в родительской группе составляла 1,5 ч., в детско-родительской – 30 мин. (приложение 4).

Таким образом, в рамках психолого-педагогической работы с родителями и детьми происходило сложное взаимодействие внешних (социальных) и внутренних (индивидуально-личностных) факторов,

направленных на коррекцию общения с родителями часто болеющих детей через установление оптимальных (эффективных) взаимоотношений между родителями и детьми.

### **3.2. Изучение эффективности психолого-медико-педагогических мероприятий, направленных на развитие общения часто болеющих дошкольников с родителями**

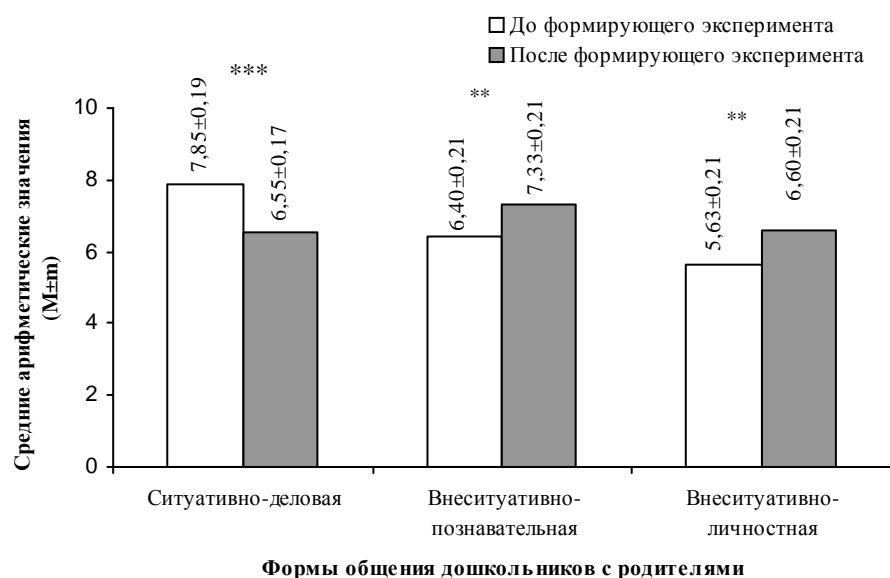
Для выявления эффективности разработанной коррекционно-развивающей программы в экспериментальной группе (часто болеющих детей) была выделена контрольная выборка испытуемых из числа детей, чьи родители посещали групповые занятия не регулярно (1 раз в 2-3 месяца). При этом экспериментальную выборку составили: 42 родительские пары с часто болеющими детьми; контрольную – 12.

Чтобы выяснить, как изменилась специфика общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, а также какие изменения произошли в особенностях родительского отношения к ним, после формирующего был проведен контрольный эксперимент с детьми экспериментальной и контрольной групп и их родителями.

При проведении контрольного исследования использовались те же диагностические методики, что и на этапе констатирующего эксперимента.

Исследование особенностей общения с родителями (преимущественно, матерями) часто болеющих дошкольников проходило путем выявления у них ведущей формы общения (Смирнова Е.О., Рузская А.Г., Бедельбаева Х.Т., 1978), изучения активности в общении со взрослым при совместной деятельности (Смирнова Е.О., 2000), выявления особенностей эмоционального благополучия детей (методика Р. Бернса, С. Кауфмана).

Результаты исследования особенностей общения с родителями (методика Смирновой Е.О., Рузской А.Г., Бедельбаевой Х.Т.) часто болеющих детей экспериментальной и контрольной групп до формирующего эксперимента и после него, приведены на рис. 12–13.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Рис. 12. Распределение выборочной совокупности часто болеющих детей экспериментальной группы по выявлению ведущей формы общения с родителями до и после формирующего эксперимента (методика Е.О. Смирновой, А.Г. Ружской, Х.Т. Бедельбаевой)

Таким образом, после проведения формирующего эксперимента преобладающей формой общения с родителями у часто болеющих детей экспериментальной группы стала внеситуативно-познавательная (на фоне чтения и обсуждения книг) ( $7,33 \pm 0,21$ ) и внеситуативно-личностная (на фоне непосредственного общения на личностно значимые темы) ( $6,60 \pm 0,21$ ) по сравнению с ситуативно-деловой (на фоне практических действий с игрушками) ( $6,55 \pm 0,17$ ).

Данные изменения оценены нами как положительные, поскольку нормальный онтогенез общения состоит в том, что ребенок, постепенно овладевая всеми формами общения, к концу дошкольного возраста в качестве преобладающих использует внеситуативно-познавательное и внеситуативно-личностное общение со взрослыми, однако, при этом, новые формы не отменяют и ситуативно-делового общения: ребенок, который научился беседовать со взрослым на личностные темы, не теряет

способности к сотрудничеству с ним на основе предметной деятельности [118].

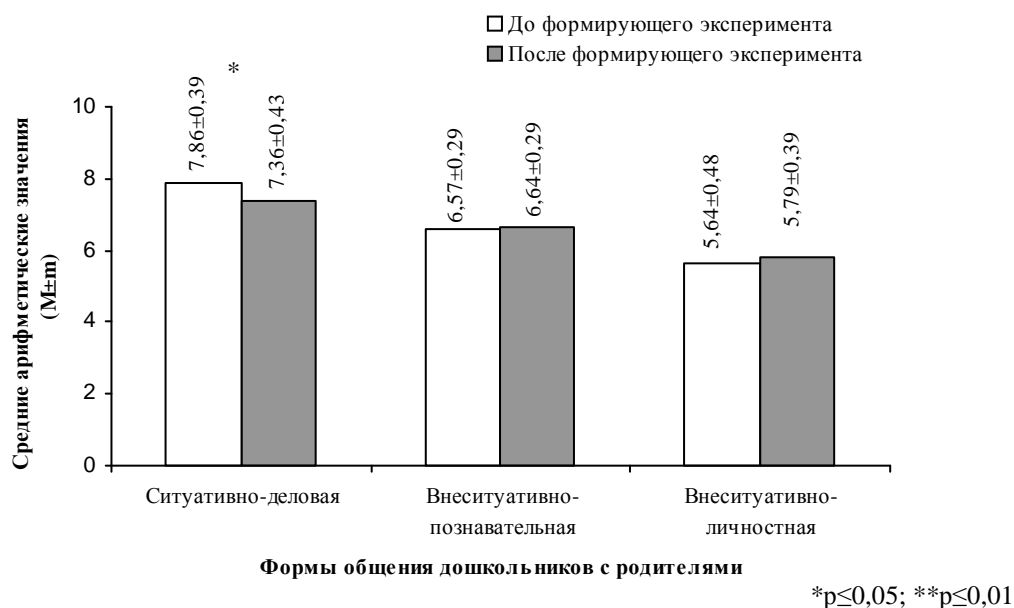


Рис. 13. Распределение выборочной совокупности часто болеющих детей контрольной группы по выявлению ведущей формы общения с родителями до и после формирующего эксперимента (методика Е.О. Смирновой, А.Г. Рузской, Х.Т. Бедельбаевой)

У детей контрольной группы, по итогам контрольного эксперимента выявлены незначительные изменения в выраженности показателей развития форм общения с родителями. При этом преобладающей по-прежнему является ситуативно-деловая форма общения ( $7,36 \pm 0,43$ ) по сравнению с внеситуативно-познавательной ( $6,64 \pm 0,29$ ) и внеситуативно-личностной ( $5,79 \pm 0,39$ ).

С помощью подсчета критерия Стьюдента мы определяли достоверность различий в результатах исследования форм общения с родителями до и после формирующего эксперимента у исследуемых групп детей (табл. 9, 10 приложения 1). Анализ полученных статистических данных выявляет достоверные различия ( $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) между показателями выраженности форм общения со с родителями у часто болеющих детей экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента. У детей контрольной группы после проведения формирующих мероприятий выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) между

выраженностью показателей *ситуативно-деловой* формы общения с родителями. Статистически значимых различий в выраженности показателей *внеситуативно-познавательной* и *внеситуативно-личностной* формах общения с родителями до и после проведения формирующего эксперимента у детей данной группы не выявлено ( $p>0,1$ ).

Анализ результатов контрольного исследования активности детей в общении с родителями при совместной деятельности (методика Е.О. Смирновой) показал, что у детей экспериментальной группы активность в общении с родителями возросла. Наглядно результаты представлены на рис. 14–15.

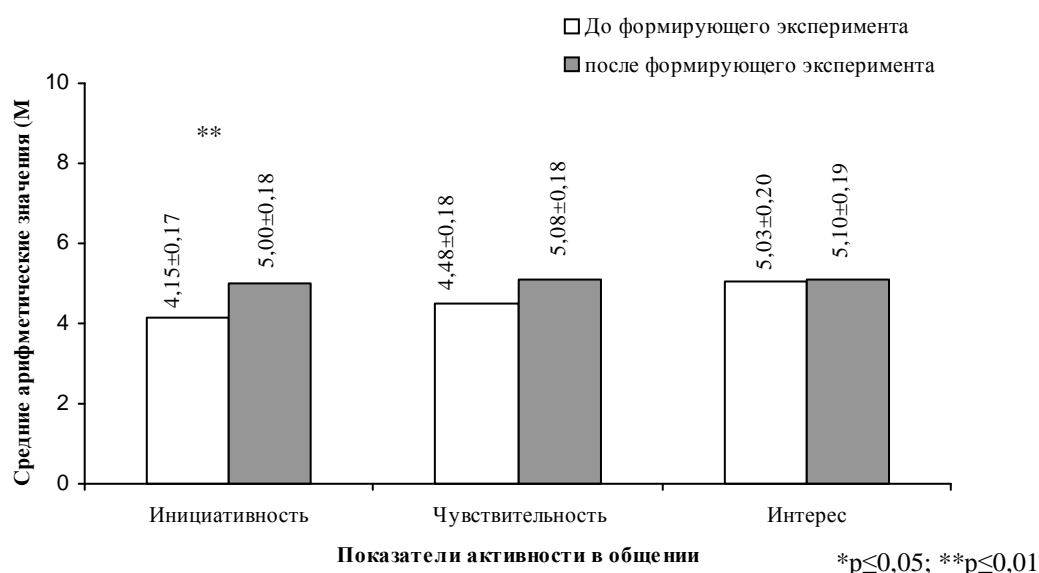


Рис. 14. Сравнение средних показателей активности в общении часто болеющих детей экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента (методика Е.О. Смирновой)

Согласно полученным данным у детей экспериментальной группы после проведения коррекционных мероприятий среднее количество баллов по показателю *инициативность* составило (5,00±0,18); *чувствительность* – (5,08±0,18); *интерес* – (5,10±0,19). При этом наиболее эффективным формирующее воздействие оказалось для такого компонента активности в общении как *инициативность в общении*.



Рис. 15. Сравнение средних показателей активности в общении часто болеющих детей контрольной группы до и после проведения формирующего эксперимента (методика Е.О. Смирновой)

У детей контрольной группы после проведения коррекционных воздействий среднее количество баллов по показателю *инициативность* составило (4,79±0,30); *чувствительность* – (4,71±0,22); *интерес* – (5,57±0,27). Показатели активности в общении с родителями у данной категории детей изменились незначительно. При этом отмечается некоторый рост выраженности показателей *инициативности* и незначительное снижение выраженности показателей *чувствительности* в общении.

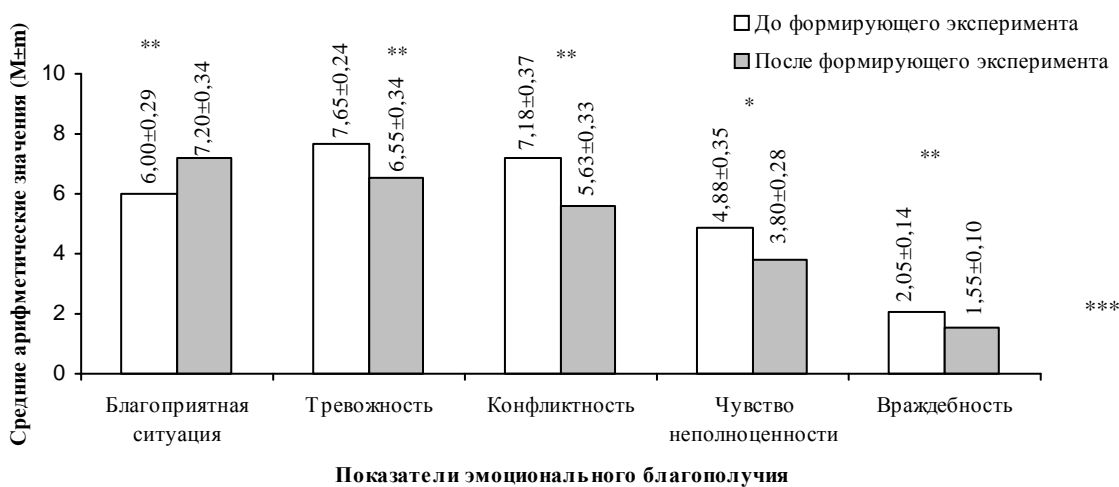
Результаты статистического анализа выраженности показателей активности в общении с родителями детей исследуемых групп до и после проведения формирующего эксперимента свидетельствуют о достоверных различиях ( $p \leq 0,01$ ) в выраженности показателя *инициативность* в общении с родителями у детей экспериментальной группы, при этом не выявлено достоверных изменений ( $p > 0,1$ ) в выраженности показателей *чувствительность* и *интерес*. Анализ данных не выявил достоверных различий ( $p > 0,1$ ) в выраженности показателей активности в общении с

родителями у детей контрольной группы до и после проведения формирующего эксперимента (табл. 11, 12 приложения 1).

Следующим этапом нашего исследования стало выявление изменений в особенностях эмоционального благополучия детей экспериментальной и контрольной групп после формирующих воздействий.

Для получения представления об эмоциональном благополучии (или неблагополучии) часто болеющих детей нами использовалась проективная методика «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса, С. Кауфмана. Полученные результаты исследования представлены на рис. 16, 17.

Сравнительный анализ результатов диагностики особенностей эмоционального благополучия детей экспериментальной и контрольной групп выявил изменения в показателях, отражающих исследуемое явление до и после проведения формирующего эксперимента.

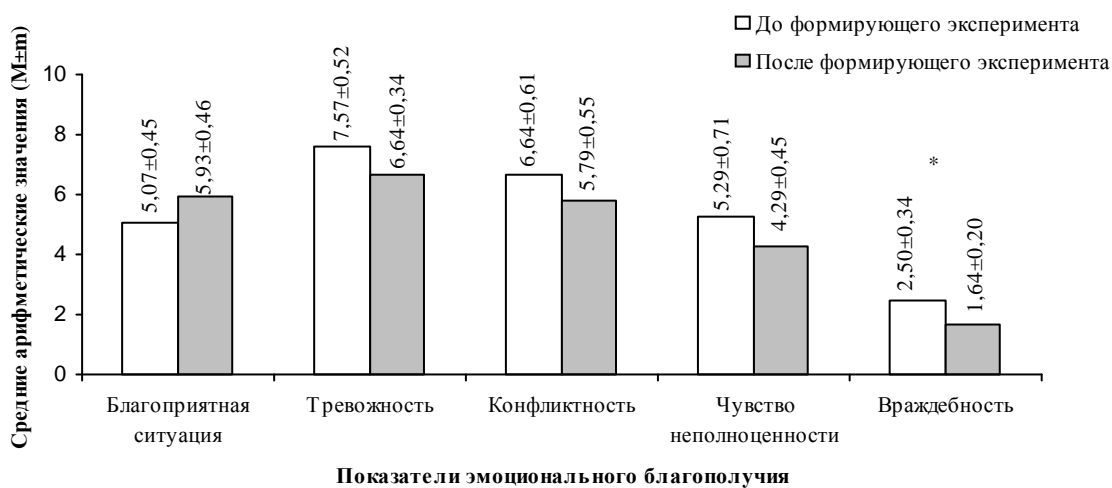


\*p<0,05; \*\*p<0,01

Рис. 16. Распределение выборочной совокупности часто болеющих детей экспериментальной группы по выраженности показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) до и после формирующего эксперимента (методика «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса, С. Кауфмана)

Как преобладающий, в рисунках часто болеющих детей экспериментальной группы, выявлен симптомокомплекс *благоприятная ситуация* (7,20±0,34), по сравнению с симптомокомплексами *тревожность* (6,55±0,27), *конфликтность* (5,63±0,33), *чувство неполноценности*

( $3,80 \pm 0,28$ ), *враждебность* ( $1,55 \pm 0,10$ ). Выявленные изменения показывают положительные изменения в показателях эмоционального благополучия детей.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Рис. 17. Распределение выборочной совокупности детей по выраженности показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) до и после формирующего эксперимента (методика «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса, С. Кауфмана)

Наиболее характерным для рисунков детей контрольной группы остался симптомокомплекс *тревожность* ( $6,64 \pm 0,34$ ) по сравнению с симптомокомплексами *конфликтность* ( $5,79 \pm 0,55$ ), *благоприятная ситуация* ( $5,93 \pm 0,46$ ), *чувство неполноценности* ( $4,29 \pm 0,45$ ), *враждебность* ( $1,64 \pm 0,20$ ), что свидетельствует об отсутствии положительных изменений в показателях эмоционального благополучия детей.

В дальнейшем с помощью подсчета критерия Стьюдента мы определяли, существуют ли достоверные различия в результатах исследуемых групп детей, полученных с помощью методики «Кинетический рисунок семьи» до и после проведения формирующего эксперимента (табл. 13, 14 приложения 1). Данные статистического анализа выявляют достоверные различия в выраженности показателей симптомокомплексов *благоприятная ситуация* ( $p \leq 0,01$ ), *конфликтность* ( $p \leq 0,01$ ), *тревожность* ( $p \leq 0,01$ ), *чувство неполноценности* ( $p \leq 0,05$ ), *враждебность* ( $p \leq 0,01$ ) в

рисунках детей экспериментальной группы. При этом, в рисунках детей контрольной группы выявлены достоверные изменения ( $p \leq 0,05$ ) в выраженности симптомокомплекса *враждебность*, в то же время достоверных различий в выраженности симптомокомплексов *благоприятная ситуация*, *конфликтность*, *чувство неполноценности*, *тревожность* в рисунках детей данной группы после проведения формирующего эксперимента не обнаружено ( $p > 0,1$ ).

В целом, в особенностях общения с родителями часто болеющих детей экспериментальной группы после проведения формирующих мероприятий, отмечены следующие статистически значимые изменения:

- улучшились ( $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) показатели, характеризующие проявление форм общения с родителями детей; при этом *внеситуативно-познавательная* и *внеситуативно-личностная* формы общения стали достоверно преобладать ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) над *ситуативно-деловой*;

- статистически значимо улучшились ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) показатели активности детей в общении с родителями: отмечен рост выраженности показателей активности детей в общении: *инициативности*, *чувствительности*, *интереса* к родителю.

- достоверно улучшились ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) показатели эмоционального благополучия детей: более выраженным в детских рисунках стал симптомокомплекс *благоприятная ситуация*, снизилась выраженность проявлений симптомокомплексов *конфликтность*, *тревожность*, *враждебность*. При этом нет достоверно значимых различий ( $p > 0,1$ ) в показателях выраженности симптомокомплекса *чувство неполноценности* в рисунках детей до и после формирующих воздействий.

В особенностях общения с родителями детей контрольной группы статистически значимые изменения выявлены последующим параметрам исследования:

- уменьшение ( $p \leq 0,05$ ) выраженности показателей, характеризующих проявление *ситуативно-деловой* формы общения с родителями; при этом

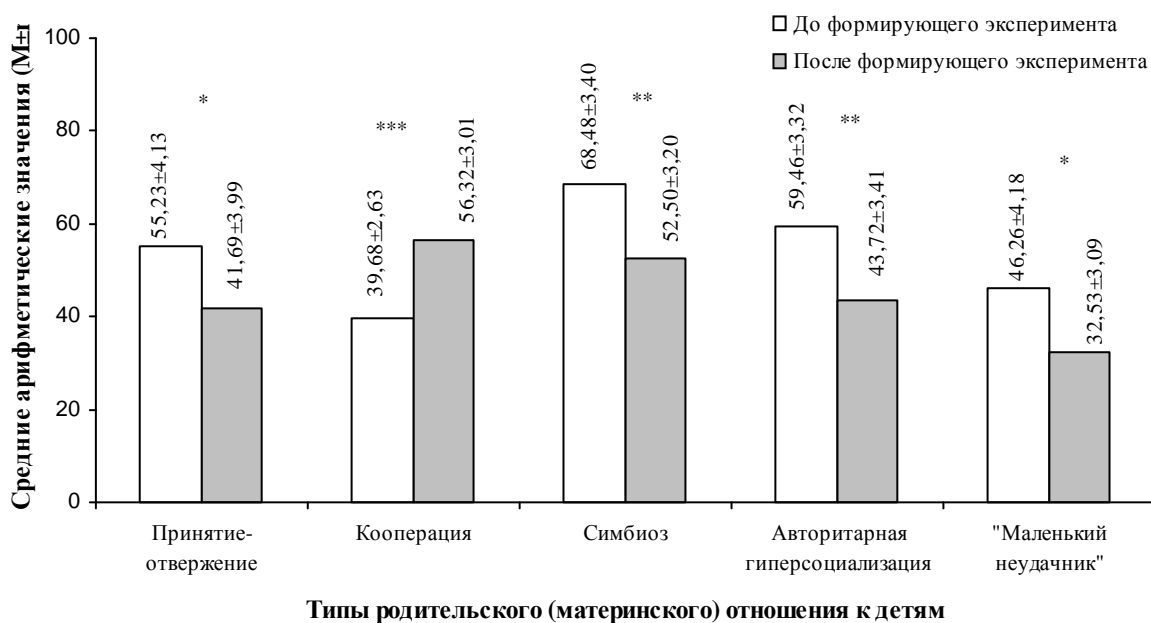
*ситуативно-деловое* общение с родителями по-прежнему достоверно преобладает над *внеситуативно-познавательным* и *внеситуативно-личностным*;

- снижение ( $p \leq 0,05$ ) выраженности показателей, отражающих проявление эмоционального неблагополучия детей по шкале *враждебность*;

Статистически значимых изменений в особенностях общения с родителями детей контрольной группы по параметрам: проявление *внеситуативно-познавательной* и *внеситуативно-личностной* форм общения; проявление активности в общении (по показателям *инициативность*, *чувствительность*, *интерес*); эмоциональное благополучие (по шкалам *благоприятная ситуация*, *тревожность*, *конфликтность*, *чувство неполноценности*) после формирующих воздействий ( $p > 0,1$ ) не выявлено.

Анализ изменений в специфике родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста осуществлялся путем выявления преобладающего типа родительского отношения (материнского и отцовского) к ребенку с помощью методики «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1988).

Сопоставление результатов диагностики материнского отношения к детям экспериментальной и контрольной групп по итогам констатирующего и контрольного экспериментов представлено на рис. 18, 19.



\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Рис. 18. Распределение выборочной совокупности матерей детей экспериментальной группы по определению типа родительского отношения к детям до и после формирующего эксперимента (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Сравнительный анализ полученных данных позволяет констатировать: в материнском отношении к часто болеющим детям экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента произошли существенные изменения. Преобладающим типом родительского отношения к ребенку у матерей стала *кооперация* ( $56,32\pm 3,01$ ), по сравнению с типами родительского отношения *симбиоз* ( $52,50\pm 3,20$ ), *авторитарная гиперсоциализация* ( $43,72\pm 3,41$ ), «*маленький неудачник*» ( $32,53\pm 3,09$ ), *принятие – отвержение* ( $41,69\pm 3,99$ ). *Кооперативный* тип родительского отношения оценивается как эффективный (оптимальный).

Вместе с тем отмечено снижение показателей выраженности неэффективных типов материнского отношения к детям.

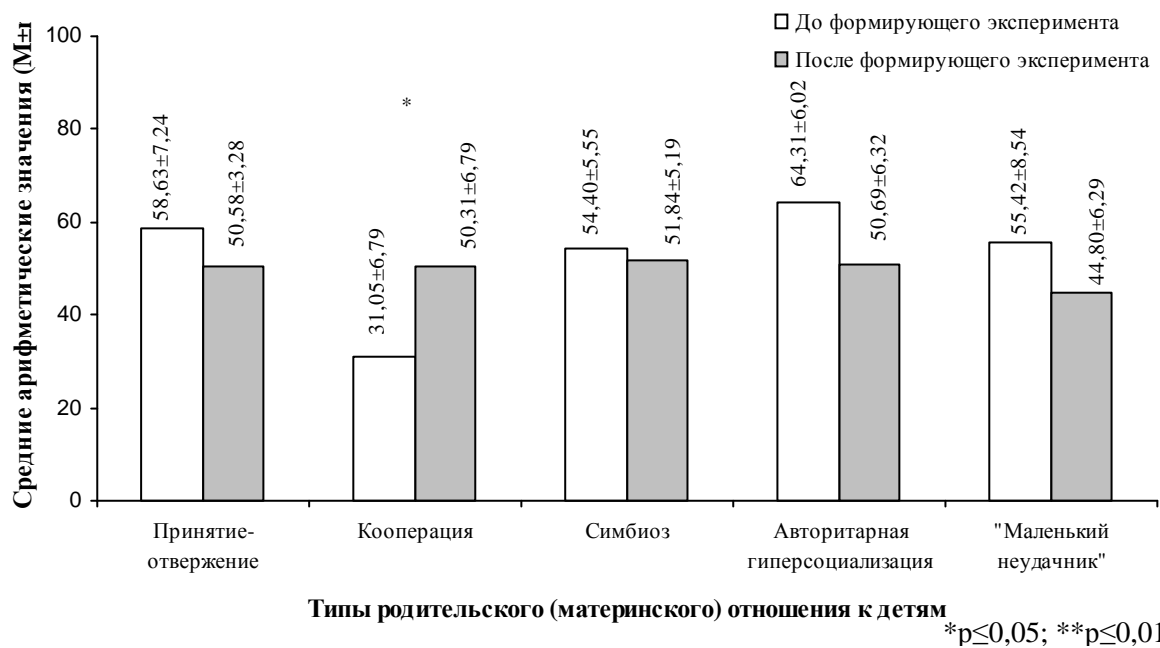


Рис. 19. Распределение выборочной совокупности матерей детей контрольной группы по определению типа родительского отношения к детям до и после формирующего эксперимента (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

У матерей детей контрольной группы также отмечается снижение выраженности показателей неэффективных типов родительского отношения к детям, в то же время доминирующим типом материнского отношения к ребенку по прежнему остается *симбиоз* (51,84±5,19), по сравнению с такими типами родительского отношения, как: *принятие – отвержение* (50,58±3,28), *авторитарная гиперсоциализация* (50,69±6,32), «*маленький неудачник*» (44,80±6,29), *кооперация* (50,31±6,79).

С помощью статистического анализа (подсчета t-критерия Стьюдента) нами определялась достоверность различий в результатах диагностики матерей детей экспериментальной и контрольной групп до и после проведения формирующего эксперимента (табл. 15,16 приложения 1). Так, выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) между выраженностью показателей типов родительского (материнского) отношения к ребенку у матерей экспериментальной группы. При этом отмечено наличие достоверных различий ( $p \leq 0,05$ ) в выраженности показателей родительского

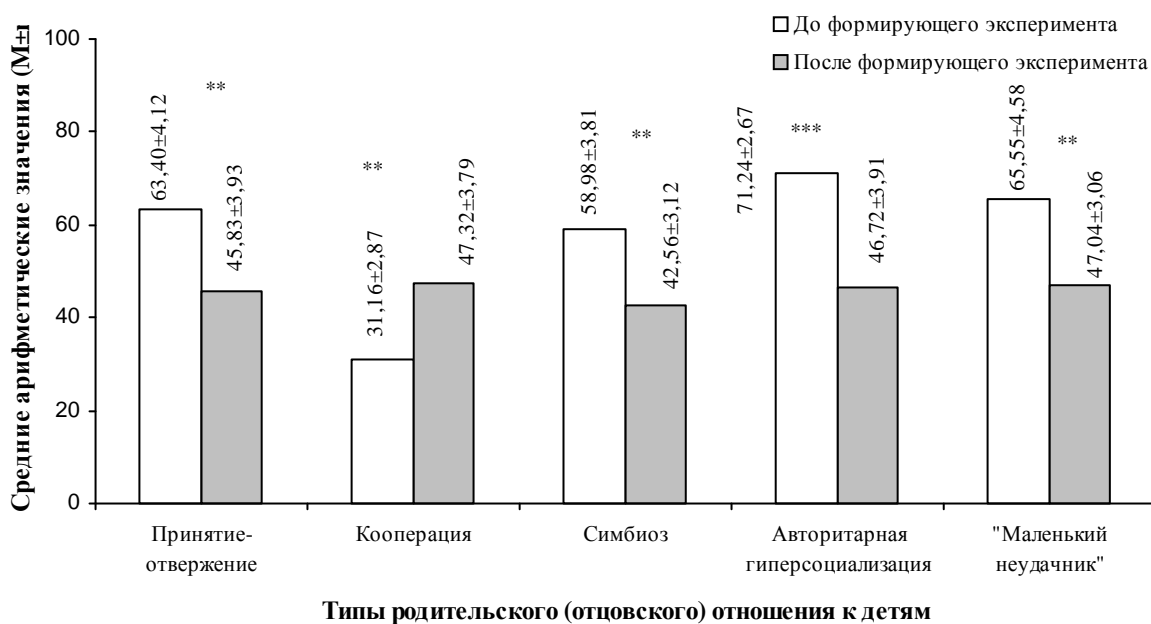
(материнского) отношения по типу *кооперация* к детям контрольной группы до и после проведения формирующих воздействий. В то же время, статистически достоверных различий между показателями выраженности отношения матерей к детям по типу *симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, принятие–отвержение, «маленький неудачник»* – не обнаружено.

Таким образом, сравнение результатов диагностики родительского (материнского) отношения к детям экспериментальной и контрольной групп по итогам констатирующего и контрольного экспериментов показало, что:

- в материнском отношении к часто болеющим детям экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента произошли статистически значимые ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) позитивные изменения: достоверно преобладающим типом отношения к ребенку в данной группе является *кооперация* – эффективный тип отношения; достоверно снизилась выраженность таких типов родительского отношения к ребенку, как *принятие – отвержение, авторитарная гиперсоциализация, симбиоз, «маленький неудачник»*;

- в материнском отношении к часто болеющим детям контрольной группы также отмечен достоверный ( $p \leq 0,05$ ) рост выраженности показателей *кооперативного* типа родительского отношения к ребенку, в то же время доминирующим типом родительского отношения к детям данной группы после проведения формирующего эксперимента по-прежнему является *симбиоз*. Достоверных изменений в выраженности показателей типов родительского отношения *принятие – отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»* – не выявлено.

Сопоставление результатов диагностики отцовского отношения к детям экспериментальной и контрольной групп по итогам констатирующего и контрольного экспериментов представлено на рис. 20, 21.



\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

Рис. 20. Распределение выборочной совокупности отцов детей экспериментальной группы по определению типа родительского отношения к детям до и после формирующего эксперимента (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Сравнительный анализ полученных результатов показал: в отцовском отношении к часто болеющим детям экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента произошли изменения: преобладающим типом родительского отношения к ребенку у отцов стала *кооперация* ( $47,32 \pm 3,79$ ), оценивающийся как эффективный, в сравнении с типами родительского отношения *симбиоз* ( $42,56 \pm 3,12$ ), *авторитарная гиперсоциализация* ( $46,72 \pm 3,91$ ), «*маленький неудачник*» ( $47,04 \pm 3,06$ ), *принятие – отвержение* ( $45,83 \pm 3,93$ ). При этом отмечено снижение показателей выраженности неэффективных типов родительского отношения к детям.

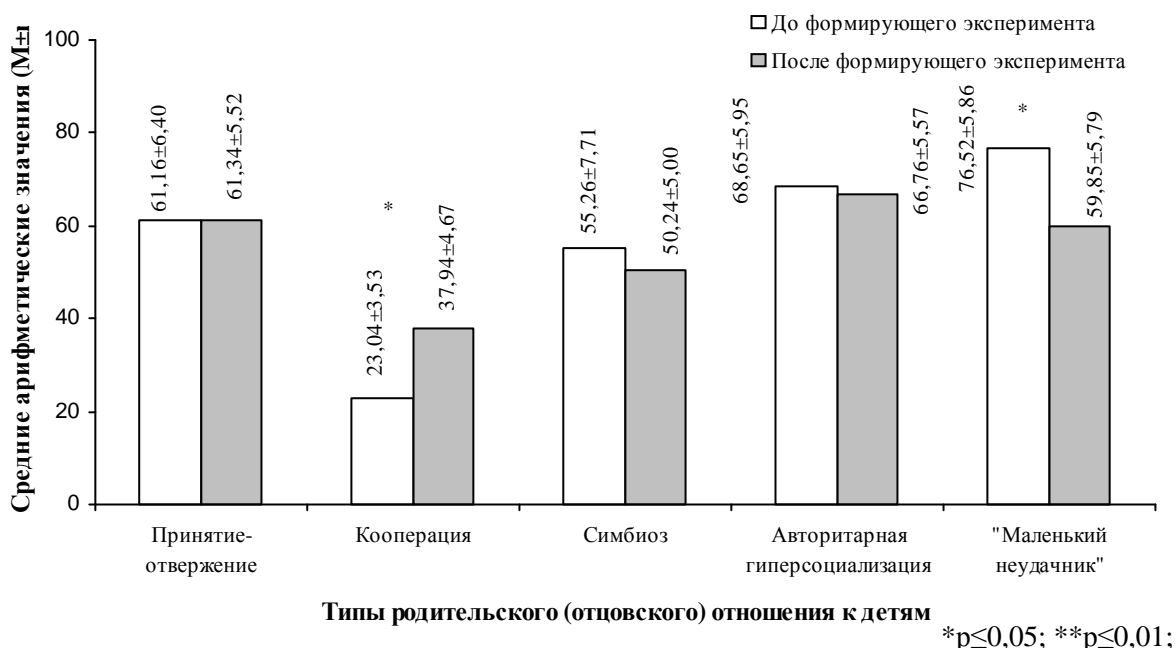


Рис. 21. Распределение выборочной совокупности отцов детей контрольной группы по определению типа родительского отношения к детям до и после формирующего эксперимента (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

У отцов детей контрольной группы отмечается снижение выраженности показателей неэффективных типов родительского отношения к детям, в то же время доминирующим типом родительского отношения к ребенку по прежнему остается неэффективный (*авторитарная гиперсоциализация* (66,76±5,57), «*маленький неудачник*» (59,85±5,79)), по сравнению с такими типами родительского отношения, как: *кооперация* (37,94±4,67), *принятие – отвержение* (61,34±5,52), *симбиоз* (50,24±5,00).

Далее, с помощью подсчета t-критерия Стьюдента нами определялась статистическая достоверность различий в результатах диагностики отцов детей экспериментальной и контрольной групп до и после проведения формирующего эксперимента (табл. 17, 18 приложения 1). Так, выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) между выраженностью показателей типов родительского отношения к ребенку у отцов экспериментальной группы. У отцов контрольной группы также обнаружены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) в выраженности показателей родительского отношения по

типу *кооперация* и «*маленький неудачник*». В то же время статистически достоверных различий между показателями выраженности родительского отношения по типу *принятие–отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация* – у отцов контрольной группы не выявлено.

Таким образом, сравнение результатов диагностики родительского (отовского) отношения к детям экспериментальной и контрольной групп по итогам констатирующего и контрольного экспериментов показало, что:

- в отцовском отношении к часто болеющим детям экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента произошли статистически значимые ( $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) позитивные изменения:

- преобладающим типом отношения к ребенку в данной группе является *кооперация* – эффективный тип отношения; достоверно снизилась выраженность таких типов родительского отношения к ребенку, как *принятие – отвержение, авторитарная гиперсоциализация, симбиоз, «маленький неудачник»*;

- в отцовском отношении к часто болеющим детям контрольной группы также отмечен достоверный ( $p \leq 0,05$ ) рост выраженности показателей *кооперативного*, снижение инфантилизирующего («*маленький неудачник*») типа родительского отношения к ребенку, в то же время доминирующим типом родительского отношения к детям данной группы после проведения формирующего эксперимента по-прежнему является – «*маленький неудачник*». Достоверных изменений в выраженности показателей типов родительского отношения *принятие – отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация*, – не выявлено.

Нами также отмечены наиболее проблемные зоны коррекционного воздействия: в отношении матерей они связаны с преобладанием эмоциональных реакций на ситуацию, своеобразным «застреванием» на них и проявлявшихся в самообвинении, обвинении других членов семьи (супруга, прародителей); в отношении отцов – излишней

инструментализацией проблемы – видения пути ее разрешения в преобразовании лишь внешней ситуации (изменении системы требований к ребенку, способов контакта с ним) и при этом игнорирование пересмотра собственных внутренних установок относительно образа себя как отца.

Семейными ресурсами, позволяющими запустить саногенные механизмы, способствующие преодолению трудностей в сфере общения часто болеющего ребенка с родителями, и повышающие его сопротивляемость развитию болезни определены: переоценка родителями образа ребенка и себя как родителя (в том числе со стороны матери – преобразование негативного содержания симбиотического отношения к ребенку в стремление видеть во взаимосвязи с ним ресурс для совместного решения проблем, со стороны отцов – изменение внутренних оснований видения ребенка неумелым, неприспособленным, нуждающимся в строгом контроле, за счет формирования позиции безусловного принятия ребенка) установление положительного эмоционального фона взаимодействия с ребенком, оптимизация способов поддержания контакта с ним, соблюдение членами семьи здорового образа жизни.

Осуществленный контроль состояния соматического здоровья детей в течение полугода, после реализации коррекционно-развивающей работы, позволил выявить следующие изменения: частота заболеваемости детей значительно снизилась: 48% детей в течение года не болели совсем; 32% детей болели значительно реже и заболевания ОРЗ, ОРВИ протекали в легкой форме (сокращалась длительность заболевания до 3-5 дней, не возникало осложнений в виде бронхита, отита и пр.).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что целенаправленная коррекция родительского отношения к часто болеющим детям, определяет достоверные положительные изменения в специфике их общения с родителями, что в свою очередь способствует улучшению соматического статуса ребенка. При этом семейными ресурсами, позволяющими запустить саногенные механизмы, способствующие

преодолению трудностей в сфере общения часто болеющего ребенка с родителями, и повышающие его сопротивляемость развитию болезни определены: переоценка родителями образа ребенка и себя как родителя, установление положительного эмоционального фона взаимодействия с ребенком, оптимизация способов поддержания контакта с ним, соблюдение членами семьи здорового образа жизни. В то же время, оставшиеся проблемные зоны в сфере общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, входящих в контрольную выборку, показали необходимость более раннего подключения клинического психолога к работе с категорией семей, воспитывающих часто болеющих детей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общепризнано, что значимым фактором, определяющим развитие личности ребенка, является его здоровье (Лурия А.Р., 1977; Выготский Л.С., 1984; Исаев Д.Н., 2001; Акатов Л.И., 2003; Залевский Г.В., 2005, 2007; Менделевич В.Д., 2005). За последние годы в России четко обозначились негативные тенденции, вызывающие значительную тревогу экспертов в области детского здоровья (Бассин Ф.В., 1972; Зейгарник Б.В., 1981; Николаева В.В., 1987, 1995, 1997; Заморев С.И., Блинков Ю.Н., 1997; Баранов А.А., 1999).

Высокий уровень заболеваемости и, как следствие, увеличение числа часто болеющих детей (ЧБД) является актуальной медико-социально-психологической проблемой (Николаева В.В., 1995, 1997; Альбицкий В.Ю., 1986; Ковалевский В.А. 1998, 2005, 2007). Для часто болеющих детей характерна качественно иная, по сравнению со здоровыми сверстниками, особая социальная ситуация развития, которая может определяться ограничением внутренней и внешней активности ребенка, прерывистостью его социальных отношений вне семьи, т.е. дефицитарными условиями развития личности. При этом особую значимость приобретает изучение родительского отношения к часто болеющим детям (Варга А.Я., Столин В.В., 1988; Спиваковская А.С., 2000), поскольку именно родители в сложившихся условиях становятся наиболее стабильными и гарантированными социальными партнерами ребенка. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку может стать пусковым механизмом формирования деформаций в его психическом и личностном развитии, что в свою очередь создает предпосылки искажения коммуникативного пространства детей и родителей (негативные тенденции в развитии форм детско-родительского общения, выраженности показателей его эффективности), а также может стать причиной дальнейших нарушений соматического статуса ребенка (Николаева В.В., 1987; Исаев Д.Н., 2001).

Полученные в ходе представленного исследования результаты в определенной мере восполняют недостающую в медицинской психологии характеристику социальной ситуации развития, в том числе специфику родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста, а также особенностей их общения с родителями.

Результаты теоретического и экспериментального анализа подтвердили положения о том, что:

1. Часто болеющие дети старшего дошкольного возраста, вследствие создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития, характеризующейся «дефицитарными» условиями развития личности, могут испытывать определенные трудности во взаимодействии с окружающим миром, что, в том числе, негативно сказывается на особенностях их общения с родителями (Арина Г.А., 1995; Касаткин В.Н., 1998; Ковалевский В.А., 2005; Михеева А.А., 1995; Николаева В.В., 1995).

2. Специфика родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим детям в сравнении с категорией родителей здоровых детей определяется: со стороны матерей – статистически значимым ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) усилением стремления к симбиотической связи с ребенком, со стороны отцов – достоверно ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) более выраженной авторитарной гиперсоциализацией и инфантилизацией. Это свидетельствует с одной стороны, о доминировании неэффективного родительского отношения к часто болеющему ребенку в целом, с другой – о неоднозначности, конфликтности материнского и отцовского отношения к данной категории детей. Данные положения подтверждаются исследованиями особенностей эмоционального взаимодействия родителей с детьми, которое определяется недостаточной выраженностью показателей *чувствительности, эмоционального принятия, неадекватностью поведенческих проявлений*, что создает препятствия реализации общения детей с родителями. Установлено наличие корреляционной связи между исследованными категориями: показано, что неэффективные типы

родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим детям имеют значимую положительную связь ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) с нарушениями в сфере эмоционального взаимодействия родителей с детьми. Указанное явление характерно также для родителей здоровых детей.

3. Общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста имеет специфические особенности по сравнению со здоровыми сверстниками: развитие форм общения часто болеющих детей определяется показателями, характерными для более ранних периодов онтогенеза (*ситуативно-деловое* общение достоверно преобладает над *внеситуативно-познавательным* ( $p \leq 0,05$ ) и *внеситуативно-личностным* ( $p \leq 0,01$ ); достоверно снижена ( $p \leq 0,01$ ) активность детей в общении (по показателям *инициативность, чувствительность, интерес*); в меньшей степени ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) выражено эмоциональное благополучие (проявление *тревожности, конфликтности, чувства неполноценности*); Существует значимая положительная взаимосвязь ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) между следующими показателями, характеризующими общение с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: преобладанием ситуативно-деловой формы общения, низким уровнем инициативности в общении, проявлением признаков эмоционального неблагополучия; а также между: доминированием внеситуативно-личностной формы общения, высоким уровнем инициативности, чувствительности к реакциям взрослого в процессе общения, проявлением эмоционального благополучия. Данное утверждение является справедливым также для категории здоровых дошкольников.

4. Снижение показателей, характеризующих общение с родителями исследуемых категорий детей, относительно возрастной нормы, определяющей общение старшего дошкольника со взрослым (преобладание ситуативно-делового общения, недостаточная активность в общении, эмоциональное неблагополучие в процессе взаимодействия), статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ) определяется не особенностями соматического статуса ребенка, а неэффективным родительским отношением к нему

(*принятие-отвержение, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, «маленький неудачник»*). Так, неоднозначность, конфликтность родительского отношения со стороны матерей и отцов к ребенку формирует деформации субъективных оснований его общения с родителями: регресс форм общения и снижение показателей его эффективности. При этом эффективный тип родительского отношения (*кооперация*) определяет оптимальное содержание общения ребенка с родителями, соответствующее возрастным нормативным показателям.

5. Реализация коррекционно-развивающей программы, основанной на базовых положениях биопсихосоциопсихической модели развития человека, обеспечивает оптимизацию типа родительского отношения к часто болеющим детям старшего дошкольного возраста, что, в свою очередь, обуславливает достоверные положительные изменения специфики их общения с родителями ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ). Так, выявлено изменение преобладающего типа родительского (материнского и отцовского) отношения к часто болеющим детям (*кооперация*), при этом достоверно возросла активность детей в общении, улучшились показатели их эмоционального благополучия, при этом ведущими формами общения с родителями часто болеющих детей стали – *внеситуативно-познавательная* и *внеситуативно-личностная*. Данные изменения способствуют также улучшению соматического статуса часто болеющего ребенка. Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности разработанной программы.

Таким образом, в процессе исследования выявлено: нарушение соматического статуса ребенка, в силу создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития, формирует неэффективное отношение родителей к нему. Неэффективное родительское отношение, в свою очередь, определяет специфику общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями: регресс форм общения, а также снижение показателей его эффективности (недостаточную активность в

общении и эмоциональное неблагополучие) в сравнении со здоровыми сверстниками. Коррекция родительского отношения к часто болеющему ребенку старшего дошкольного возраста способствует развитию его общения с родителями и улучшению соматического статуса.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеева Н.Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве // Вопросы психологии. – 1997. – № 4. – С. 3-10.
2. Абрамова Г.С. Алгоритмы работы психолога со взрослыми. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2003. – 224 с.
3. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М., 1998. – 168 с.
4. Абульханова-Славская, К.А. Личностный аспект проблемы общения // Проблема общения в психологии. – М.: Наука, 1980. – 245 с.
5. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Пер с англ. А.А. Валеева и Р.А. Валеевой. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 448с.
6. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
7. Алексеева Е.Е. Психологические проблемы детей дошкольного возраста. – СПб.: Речь, 2006. – 224 с.
8. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратов: Радуга, 1986. – 183 с.
9. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Аспект-Пресс, 2004. – 366 с.
10. Андреева Т.В. Семейная психология: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 244 с.
11. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
12. Аникеева Н.П. Воспитание игрой. – М.: Просвещение, 1987. – 144 с.
13. Аникеева Н.П. Обучение школьников способам общения // Психологический климат в коллективе. – М.: Просвещение, 1989. – С. 131–183.

14. Аникеева Н.П. Учителю о психологическом климате в коллективе. – М.: Просвещение, 1983. – 96 с.
15. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 448 с.
16. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. – 1995. – Т.2. – № 3. – С. 116–125.
17. Арнаутова Е.П. Самоанализ опыта общения с родителями // Дошкольное воспитание. – 2002. – № 4. С. 47–56.
18. Арнолд М.Б., Гассон Дж. Чувства и эмоции как динамические факторы интеграции личности. – М., 1972. – 229 с.
19. Арон И.С. Основные факторы формирования личности дошкольника в особой социальной ситуации развития // Психолог в детском саду. – 2000. – 1. – С. 70–75.
20. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. – М.: Смысл, 2001. – 416 с.
21. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. – М.: Генезис, 2007. – 152 с.
22. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты // Педиатрия. – 1999. – №3. – С. 4 – 6.
23. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Пути оздоровления часто болеющих детей // Вопросы охраны материнства. – 1986. – Т.31. – №8. – С. 65–67.
24. Бассин Ф.В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. – М.: МИСИ, 1972. – С. 25 – 33.
25. Бассин Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни. – М.: Клин. Мед. – 1970. – №9. – С. 7 – 12.

26. Батищев Г.С. Неисчерпанные возможности и границы применимости категории деятельности // Деятельность: теория, методология, проблемы. М., 1990. - С.21-25.
27. Бернс Р.С., Кауфман С.Х., Кинетический рисунок семьи: Введение в понимание детей через кинетические рисунки. – М.: Смысл, 2006. – 142 с.
28. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. – СПб.: Питер, 2001. - 256с.
29. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
30. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Наука, 1996. – 154 с.
31. Богданова Т.Г., Манзунова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. – 1998. – №3. – С. 40–45.
32. Богомильский М.Р. Детская оториноларингология. В 2 т. Т. 2. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 528 с.
33. Бодалев А.А. Психология общения. – М.: Московский психолого-социальный институт. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002 – 320 с.
34. Божович Л.И. Избранные психологические труды: Проблемы формирования личности // Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 209 с.
35. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – СПб.: Питер, 2007. – 400 с.
36. Бойков Д.И. Общение детей с проблемами в развитии: коммуникативная дифференциация личности: Учебно-методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2005. – 288 с.
37. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей // Пер. с англ. В. Старовойтова. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
38. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.

- 39.Братусь Б.С. Психология. Нравственность. Культура. - М., 1994. - 61 с.
- 40.Вавилова В.П., Вавилов А.М., Нечаева И.А., Вайман О.А. Перспектива совместной реабилитации часто болеющих детей и их родителей // Медицина в Кузбассе. – 2007. – № 4. – С. 22-25.
- 41.Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 1985. – №4. – С. 32 – 38.
- 42.Варга А.Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
- 43.Векилова С.А. Психология семейных отношений: конспект лекций. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. – 127 с.
- 44.Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: Издательство ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
- 45.Веселов Н.Г. Социальная педиатрия: современные проблемы и перспективы развития. – СПб.: Б.и., 1993. – 25 с.
- 46.Волков Б.С., Волкова Н.В. Психология общения в детском возрасте. Практическое пособие. 2-е издание, исправленное и дополненное. – М.: Педагогическое общество России, 2003. – 240 с.
- 47.Вылегжанина Г.Г. Часто болеющий ребенок: факторы и механизмы развития личности // Развитие личности больного ребенка: сборник статей Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2004. – С.22–29.
- 48.Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т 5.. – М.: Педагогика, 1983.– 369 с.
- 49.Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Эксмо, 2006. – 512 с.
- 50.Галигузова Л.Н. Проблема социальной изоляции детей // Вопросы психологии. – 1996. - №3. – С. 101-115

51. Галигузова Л.Н., Смирнова Е.О. Ступени общения: от года до шести. – М.: ИНТОР, 1996. – 160 с.
52. Гарбузов В.И., Захаров А.И. Неврозы у детей и их лечение. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
53. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? – М.: «ЧеРо», 2004. – 240 с.
54. Глазе Дж., Дж. Стенли Статистические методы в педагогике и психологии – М., 1976. – 240 с.
55. Гордон Т. Курс эффективного родителя. Как воспитать в детях чувство ответственности. Перевод с английского Н. Усовой. – М.: Ломоносовъ, 2010. — 510 с.
56. Горянина В.А. Психология общения: Учебное пособие для вузов. 2-е изд. – М.: «Академия», 2007 – 416 с.
57. Груздева О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития: Монография. – Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. – 160 с.
58. Данилова О.Ю., Дружилев С.А. Методика оценки эмоционального благополучия личности // Объединенный научный журнал. – Москва, 2003. – № 23 – С. 27-31.
59. Джайнотт Х.Д. Родители и дети. М.: Знание, 1986. – 96 с.
60. Дружные ребята: Воспитание гуманных чувств и отношений у дошкольника: Пособие для воспитателей дошкол. образоват. учреждений и родителей / Р.С. Буре, В.Р. Лисина, М.В. Воробьева и др. – М.: Просвещение, 2004. – 141 с.
61. Доманецкая, Л.В. Взаимосвязь родительского отношения и развития общения соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих и слабослышащих детей) // Вестник Бурятского государственного университета. – Улан-Удэ, 2008. – Психология, социальная работа. Выпуск 5. – С. 192-198.

62. Доманецкая Л.В. Общение и эмоциональное благополучие ребенка дошкольного возраста: учебное пособие к спецкурсу по психологии. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2008. – 160 с.
63. Доманецкая Л.В. Родительское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья как фактор развития форм его общения со взрослыми // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2010. – № 36 – С. 53 – 56
64. Дубовик Е.Ю. Родительское отношение к часто болеющему ребенку дошкольного возраста как фактор формирования тревожности: Автореф. дис... канд. психол. наук. – Казань, 2006. – 24 с.
65. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию к выздоровлению у часто болеющего ребенка дошкольного возраста // Мотивационно-потребностное развитие ребенка: материалы 10-й Регион. науч.- практ. конф. 27–28 февраля 2008 года / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 52–57.
66. Дьяченко О.М., Лаврентьева Т.В. Психическое развитие дошкольников. – М.: Педагогика, 1984. – 128 с.
67. Евсеева А.Н. Психологический климат семейного общения как фактор развития я-концепции ребенка: Автореф. дис... канд. психол. наук. – Нижний Новгород, 2000. – 22 с.
68. Евтихов О.В. Практика психологического тренинга. – СПб.: Издательство «Речь», 2005. – 256 с.
69. Ершов П.М. Режиссура как практическая психология. Дубна: Феникс, 1997. – 348 с.
70. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. Пособие для врачей. – М., 2003. – 143 с.
71. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 336 с.

72.Залевский, Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения. // Психол. журн. Т. 25. – № 3. – 2003. – С. 32 – 36.

73.Запорожец А.В. Значение ранних периодов детства для формирования личности // Принцип развития в психологии. Сборник статей. / Под ред. Л.И. Анциферовой. – М.: Наука, 1978. – С. 243–248.

74.Запорожец А.В., Неверович Я.З. О генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка // Вопросы психологии. – 1974. – №6. – С. 100–112.

75.Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: «Просвещение», 1993. – 192 с.

76.Захаров А.И. Психологические особенности восприятия детьми роли родителей // Вопросы психологии. – 1982. – №1. – С. 59–68.

77.Захарова Е.И. Исследование особенностей эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия // Журнал практического психолога. – 1996. – №6. – С. 23–28.

78.Захарова Е.И., Карабанова О.А. Диагностика характера детско-родительских отношений в пробе на совместную деятельность // Психолог в детском саду. – 2002. – №1. – С. 32–38.

79.Захарова Р.А. Методика изучения социально-валеологического состояния семей // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.: Илекса, Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 1999. – 320 с.

80.Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. – М.: Воронеж, 1998. – 347 с.

81.Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 1993. – №1. – С. 31–39.

82.Изард К. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2006. – 464 с.

83.Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.. - М.: Академия, 2004. – 288 с.

- 84.Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. – СПб., 1993. – 75 с.
- 85.Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
- 86.Исаев Д.Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков. – Л., 1988. – Т.2. – 287 с.
- 87.Каган М.С. Мир общения: Проблема межсубъектных отношений. М.: Политиздат, 1998. – 319с.
- 88.Карпенко Л.А. Активизирующий эффект группы в условиях коллективообразующего обучения. Сб.: Психолого-педагогические аспекты интенсификации учебной деятельности / Под ред. А.В. Петровского, Г.А. Китайгородской. Вып. 3. – М.,1983. – 122 с.
- 89.Касаткин В.Н., Михеева А.А. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей и у пациентов с бронхиальной астмой // Школа здоровья. – 1998. – №1. – С. 49–57.
- 90.Квасков В.Д. Роль общения в деятельности человека // Социально – политический журнал, 1996. – № 3. – С. 224–234.
- 91.Кериг П.К. Семейный контекст: удовлетворенность супружеством, родительский стиль и речевое поведение с детьми // Вопросы психологии. 1990. – №1. – С.158–163.
- 92.Клюева, Н.В. Психолог и семья: диагностика, консультации, тренинг [Текст] / Н.В. Клюева. – Ярославль: Академия развития, Академия Холдинг, 2002. – 160 с.
- 93.Кляйн М. Детский психоанализ // Пер. с нем. О. Бессоновой. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. – 160 с.
- 94.Ковалев А.Г. Психология личности. – М.: Просвещение, 1970. – 392 с.
- 95.Ковалев Г.А. О возможностях «активной» коррекции межличностных отношений // Семья и формирование личности / Под ред. А.А. Бодалева. –М., 1981. – С. 45–47.

96. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. – Красноярск, 1997. – 122 с.
97. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум. – Красноярск: КрасГМА; Ярославль: ЯГМА, 2006. – 88 с.
98. Кон И.С. Ребенок и общество. – М.: Академия, 2003. – 335 с.
99. Константинов В.В. Экспериментальная психология. Курс практического психолога. – СПб.: Питер, 2006. – 272 с.
100. Коломинский Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах (общие и возрастные особенности). – Минск: ТетраСистемс, 2000. – 432 с.
101. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2003. – 160 с.
102. Коротаева Е.В. Игровые модули общения: учебные материалы к тренингу. – Екатеринбург, 1995. – 31 с.
103. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей: Монография. – Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. – 156 с.
104. Кошелева А.Д. Эмоциональное развитие дошкольника. – М.: Просвещение, 1985. – 120 с.
105. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. – М., 1991. – 152 с.
106. Краткий психологический словарь / Под общ ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
107. Краткий философский словарь / Под ред. А.П. Алексеева – М.: Проспект, 2006. – 492 с.
108. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. – СПб.: – Речь, 2005. – 240 с.

109. Кэмпбелл Р. Как на самом деле любить детей. – М.: Знание, 1992. – 192 с.
110. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л., 1970. – 328 с.
111. Лазурский А.Ф. Избранные труды по общей психологии. Психология общая и экспериментальная. – СПб.: Алетея. – 2001. – 271 с.
112. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1991 – 154 с.
113. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Академия, 2004. – 352 с.
114. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М., 1998. – 584 с.
115. Леонтьев А.А. Психология общения: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2005. – 368 с.
116. Лидак Л.В. Формирование культуры общения у детей старшего дошкольного возраста в процессе игры: Автореф. дис... канд. пед. наук. Л.: ЛГПИ, 1982. – 22 с.
117. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи: Учебное пособие-практикум для студентов факультета психологии высших педагогических учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 432 с.
118. Лисина В.Р. Влияние общения воспитателя с ребенком пятого года жизни на его эмоциональное благополучие: Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1994. – 18 с.
119. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. – М.: МПСИ, 2001. – 384 с.
120. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения [. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

121. Лисина М.И. Развитие познавательной активности детей в ходе общения со взрослыми и сверстниками. // Вопросы психологии. – 1982. – № 4. – С.18–35.
122. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
123. Лубовский В.И. «Врастание в культуру» ребенка с нарушениями развития // Культурно-историческая психология: междунар. науч. журн. – 2006. – N 3. – С.3–7.
124. Лурия А.Р. О естественнонаучных основах психологии / под ред. А.А. Смирнова и др. – М.: Педагогика, 1978. – 368с.
125. Лурье Ж.В., Семенова О.Ф. Психологическая программа по развитию и коррекции эмоционально-мотивационной и познавательной сфер старших дошкольников в контексте детско-родительских отношений «Осьминоги и осьминожки» // Семейная психология и психотерапия. – 1998. – №1. – С. 32–75.
126. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. – М.: Международ. пед. академия, 1994. – 365 с.
127. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: Издательство «Речь», 2006. – 190 с.
128. Майерс Д. Проблемы общения и взаимодействия // Социальная психология / Пер с англ. СПб.: Питер, 1997. – С. 315-339.
129. Максимова А.А. Учим общаться детей 6-10 лет. Методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 78 с.
130. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми: цели, задачи, основные принципы. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2000. – 149 с.
131. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
132. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. – № 5. – С. 18-27.

133. Мещерякова Э.И. Персональный миф в психологическом консультировании // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2001. – № 14-15 – С. 91 – 95.
134. Михаленкова И.А. Практикум по психологии детей с нарушением слуха. – СПб.: Речь, 2006. – 96 с.
135. Михеева А.А., Манелис Н.Г. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой // Школа здоровья. – 1995. – №3. – С. 89 – 95.
136. Михеева А.А., Смирнова Е.О. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. – 1999. – №1. – С. 55–73.
137. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К. Коммуникативный тренинг (педагоги, психологи, родители). – СПб.: Издательство «Речь», 2007. – 224 с.
138. Мухина В.С. Детская психология. – М.: ООО Апрель – Пресс, ЗАО Изд-во «ЭКСМО – Пресс», 1999. – 209 с.
139. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.: – Воронеж: НПО «Модек», 1995. – 356 с.
140. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006. – 392 с.
141. Нейман Л.В., Богомильский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 224 с.
142. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений: в 3 кн.. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1998. – 632 с.
143. Неверович Я.З. Некоторые психологические особенности овладения дошкольниками нормами поведения в коллективе // Развитие познавательных и волевых процессов у дошкольников / Под ред. А.В. Запорожца, Я.З. Неверович. – М.: Просвещение, 1965. – 420 с.

144. Неймарк М.С. Психологический анализ эмоциональных реакций школьников на трудности в работе // Вопросы психологии личности школьника: сб. ст. / Под ред Л.И. Божович, Л.А. Благоннадежиной. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1961. – С. 49–56.
145. Непомнящая Н.И. Становление личности ребенка 6-7 лет. – М.: Педагогика, 1992.-160 с.
146. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166с.
147. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дис... докт. психол. наук. – М., 1992. – 44 с.
148. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. – 1995. – № 2. – С. 86 – 96.
149. Обухова Л.Ф. Детская возрастная психология: Учебное пособие. – М.: Педагогическое общество России, 1999. – 442 с.
150. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теория, факты, проблемы [Текст] / Л.Ф. Обухова. – М.: Тривола, 1996. – 360 с.
151. Общение детей в детском саду и в семье / Под ред. Т.А.Репиной, Р.Б. Стеркиной, Т.В. Антоновой. – М.: Педагогика, 1990. – 150 с.
152. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.
153. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 480 с.
154. Панов Е.Н. Знаки, символы, языки. Коммуникация в царстве животных и в мире людей нов. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2005. – 496 с.
155. Панферов В.Н. Психология общения // Вопр. философии. – 1971. – №7. – С. 126.

156. Панфилова М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. – М.: «Издательство ГНОМ и Д», 2001. – 160 с.
157. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М.: МГУ, 1982. – 168 с.
158. Петровский А.В. Личность, деятельность, коллектив. – М.: Политиздат, 1982. – 255 с.
159. Платонов К.К. Система психологии и теория отражения. – М.: Наука, 1982. – 158 с.
160. Психология личности. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 288 с.
161. Психология развивающейся личности / Под ред. А. В. Петровского. – М., 1987. – 240 с.
162. Психология эмоций / Под общ. ред. В. Вилюнаса. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
163. Развитие общения дошкольников со сверстниками / Под ред. А.Г. Рузской. – М.: Педагогика, 1989. – 215 с.
164. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 420 с.
165. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. – М.: ВЛАДОС, 1995. – 529 с.
166. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002. – 976 с.
167. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. Пер. с англ. – М.: «Рефл-бук», К.: «Ваклер», 1997. – 320 с.
168. Романцов М.Г., Ботвиньева В.В. Часто болеющие дети – актуальные аспекты повторной респираторной заболеваемости: Руководство для врачей. – Москва, 1996. – 88 с.
169. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2007. – 720 с.
170. Рузская А.Г. Развитие общение ребенка с взрослыми и

сверстниками // Психология дошкольника. Хрестоматия / Сост. Г.А. Урунтаева. – М.: Академия, 1998. – 384 с.

171. Румянцев А.Г., Касаткин В.Н. Часто болеющие дети: чем они больны на самом деле? // Трудный пациент. – 2002. – №2. С. 25 – 29.

172. Рыбалко Е.Ф. Возрастная и дифференциальная психология. – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.

173. Савина Е., Шанина Н. Тревожные дети // Дошкольное воспитание. – 1996. – №4. – С. 11 – 14.

174. Салихова Н.Р., Семенова-Полях Г.Г. Типология стилей детско-родительских отношений // Современная семья: проблемы, поиски, решения. – Казань: Отечество, 2000. – С. 63-71.

175. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.

176. Симонов П.В. Что такое эмоция. – М., 1966. – 93 с.

177. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 96 с.

178. Смирнова Е.О. Генезис общения ребенка от рождения до семи лет в исследованиях сотрудников психологического института // Вопросы психологии, 2004. – № 2. – С. 54–63.

179. Смирнова Е.О., Холмогорова В.М. Межличностные отношения дошкольников: Диагностика, проблемы, коррекция. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – 160 с.

180. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии, 2000. – № 3. – С. 3–14.

181. Смирнова Е.О., Калягина Е.В. Отношение популярных и непопулярных дошкольников к сверстникам // Вопросы психологии, 1998. – № 3. – С. 50-61.

182. Смирнова Е.О. Особенности общения с дошкольниками. – М.: «Академия» – 2000. – 160 с.
183. Смирнова Е.О. Проблема общения ребенка и взрослого в работах Л.С. Выготского и М.И. Лисиной // Вопросы психологии, 1996. – №6 – с.76.
184. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопр. психологии. – 1995. – N 3. – С. 139–150.
185. Снетков В.М. Психология коммуникации в организациях. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 192 с.
186. Соковнин В.М. Общение и его средства. – Фрунзе – 1968. – 235 с.
187. Соколова Е.Т. Влияние на самооценку нарушений эмоциональных контактов между родителем и ребенком и формирование аномалий личности. – М., 1981. – 360 с.
188. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных и соматических заболеваниях. – М., 1995. – 123 с.
189. Соловьева С.Л. Медицинская психология. Новейший справочник практического психолога. М.: ООО Издательство АСТ, 2006. – 575 с.
190. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций // Семья и формирование личности: сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: НИИОП – 1981. – С. 38 – 44.
191. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. В 2 т. Т 2. – М.: ООО «Апрель Пресс», 2000, – 464 с.
192. Спирина Е.Н., Лидерс А.Г. Стиль семейного воспитания и личностные особенности родителя // Семейная психология и семейная терапия, 2001. – № 4. – С. 71–87.
193. Столин В.В., А.А. Бодалев Общая психодиагностика // Семья и формирование личности. – М.: Речь, 2000. – 440 с.
194. Тюлюпо С.В. Субъективный телесный опыт: динамика в

пространстве общения ребенка и взрослого // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2005. – № 22 – С. 59 – 65.

195. Тюлюпо С.В. Мать и ребенок: общение в свете психосоматической парадигмы // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2001. – № 14-15 – С. 77–85.

196. Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А. Практикум по детской психологии. – М.: Владос, 1995. – 291 с.

197. Феоктистова В.А. Развитие навыков общения у слабовидящих детей. – СПб.: Речь, 2005. – 128 с.

198. Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии (Избр. психол. тр.). – М.: Междунар. пед. акад., 1995. – 366 с.

199. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход. // Психологический журнал, 1999, № 5. – С. 81–88.

200. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. – М., 1999. – 230 с.

201. Филиппова Г.Г. Эмоциональное благополучие ребенка и его изучение в психологии // Детский практический психолог – М., 2001. – С. 195-20.

202. Филиппович И.В. Родительское поведение и работа по его переориентации // Психолог в детском саду. – 2003. – №1. – С.67–80.

203. Философский энциклопедический словарь / Гл. ред. Л.Ф. Ильичев и др. – М.: Совр. энцикл., 1983. – 839 с.

204. Флейк-Хобсон К., Робинсон Б.Е., Скин П. Мир входящему: развитие ребенка и его отношений с окружающими. авт. предисл. М.С. Мацковский. // Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1992. – 511с.

205. Фоппель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие. – М.: Генезис, 2003. – 160 с.

206. Фоппель К. Психологические технологии для образования // Обруч. – 2000. – № 3. С. 16–18.

207. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. – 367 с.
208. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы: пер. с англ.. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
209. Фромм Э. Искусство любить. Спб.: Издательство: Азбука-классика, 2005. – 224 с.
210. Хайкин В.Л. Феномен активности в развитии личности. Автореф. дис... д-ра псих. наук. – М., 2001. – 68 с.
211. Ханин Ю.Л., Савина Е.А. Статус и эмоциональное состояние личности в группах разного уровня развития // Вопр. психологии. – 1981. – № 5. С. 57–63.
212. Хараш А.У. Принцип деятельности в исследованиях межличностного восприятия // Вопросы психологии. 1980. № 3. С. 20–29.
213. Хоментаскас Г.Т. Семья глазами ребенка. – Барнаул: Учебный центр АКППРО, 1995. – 146 с.
214. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Изд-во «Айрис-Пресс», 2004. – 464 с.
215. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 272 с.
216. Чернецкая Л.В. Развитие коммуникативных способностей у дошкольников: практическое руководство для педагогов и психологов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 128 с.
217. Чернецкая Л.В. Психологические игры и тернинги в детском саду. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 256 с.
218. Шаграева О.А. Детская психология. Теоретический и практический курс: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Владос, 2001. – 368 с.
219. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка: монография. – Спб.: Речь, 2010. – 190 с.

220. Шипицина Л.М., Защирина О.В., Воронова А.П. Албука общения: Развитие личности ребенка, навыков общения со взрослыми и сверстниками. – СПб.: «ДЕТСТВО ПРЕСС», 1998. – 384 с.
221. Шипицына Л.М. Навыки общения. – СПб., 2001. – 94 с.
222. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии: Учебное пособие. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2005. – 928 с.
223. Щербакова Е.И. Формирование взаимоотношений детей 3–5 лет в игре. – М.: Просвещение, 1984. – 80 с.
224. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами, неврозоподобными состояниями. – Л.: Медицина, 1987. – 26 с.
225. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
226. Эйнсворт М. Привязанности за порогом младенчества // Детство идеальное и настоящее. Новосибирск, 1994. – С. 110-130.
227. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды: проблемы возрастной и педагогической психологии / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 219 с.
228. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. – Москва Воронеж, 1995.- 280 с.
229. Эльконин Д.Б. Психология игры. – М.: Владос, 1999. – 359 с.
230. Эльконин Д.Б. Развитие личности ребенка-дошкольника // Психология личности и деятельности дошкольника / Под ред. А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина – М., 1965. – 295 с.
231. Эмоциональное развитие дошкольников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, О.А. Шаграева, С.А. Козлова. – М.: Академия, 2003. – 176 с.

232. Ainsworth M. Attachments beyond in Infancy. – American Psychologist. – 1989 – 44 – pp. 709-716.
233. Alexander F.G. Psychosomatic medicine. – N.Y.,1980. – P. 100.
234. Berdeaux, C., Hervie C. Parental quality of life and recurrent ENT infections in their children: development of a questionnaire. – Smajda Rhinitis Survey Group. Qual Life Res 1998. – P. 81.
235. Bowlby J. Attachment and loss. – V. 3. Loss: Sadness and depression. N.Y.: Basic Books, 1980. – P. 234.
236. Brody S. Patterns of mothering. – Plenum press. – N.Y., 1956. – P. 286.
237. Condon J. The assessment of antenatal emotional attachment: development of the questionnaire instrument // Brit. J. Med. Psychol. – 1993. – No. 2. – pp. 66-70.
238. Cowan C.P. Couple relationships, parenting styles, and the child's development at three. Paper presented at the Society for Society for Research in Child Development Meetings. – Baltimore, 1987. – P. 78.
239. Crittenden P.M., Claussen A.H. The organization of attachment relationships. Maturation, culture, and context. – Cambridge: Cambridge University Press, 2003. – P. 432.
240. Erikson E. Childhood and society. – N.Y., 1963. – P. 144.
241. Featherstone H.A. difference in the family: Life whis a disabled child. - N.Y.: Basik Books, 1980. – P. 139.
242. Freeman D.S. Techniques of family therapy. – London, Jason Aronson Inc, 2001. – P. 130.
243. Gordon T. Parent effectiveness training. – New York: Wyden Books, 1977. – P. 89.
244. Hollway W. Family Figures in 20th-Century British «Psy» Discourses. // Theory & psychology, 2006. – 16 (4) – pp. 443–464.
245. Lasswell H.D. The structure and function of communication in society. – Urbana, 1960. – P.97.

246. Lewis M., Haviland J. The handbook of emotions. N.Y., 1993. – P.107.
247. Lesse S., Psychother Am. J. The relationship of anxiety to depression. 1983. – Vol. 36. – No 3. – pp. 332–349.
248. Marcel G. Pour une sagesse tragique. P. – 1968. – P. 310.
249. McCabe A., Peterson C., Connors D.M. Attachment security and narrative elaboration // International Journal of Behavioral Development. – 30 (5) – pp. 398–409.
250. Meddow K. Deafness and child development. – Los Angeles, 1980, – P. 236.
251. Moss E., Bureau J.F., Béliveau M.J., Zdebika M., Lépine S. Links between children's attachment behavior at early school-age, their attachment-related representations, and behavior problems in middle childhood // International Journal of Behavioral Development. – 2009. – 33 (2). – pp. 155–166.
252. Moss E., Bureau J.F., Cyr C., Dubois-Comtois K. Is the maternal Q-Set a valid measure of preschool child attachment behavior? // International Journal of Behavioral Development. – 2006. – 30 (6). – pp. 488–497.
253. Murphy E. Images of childhood in mothers' accounts of contemporary childrearing // SAGE Publications. London, Thousand Oaks and New Delhi. – 2007. – 14 (1). – pp. 105–127.
254. Ortony A., Turner T.J. What is basic about basic emotions?. – V.: Psychol. Rew., 1990. – P. 173.
255. Parker R. Mother love / Mother hate: power of maternal ambivalence. – USA: Basicbooks, 1995. – P. 249.
256. Rogers C.R., Sanford R. Client-centered psychotherapy. – Baltimore: Williams & Wilkins., 1984. – P. 116.
257. Sternglanz S.H., Nash A. Ethological contribution to the study of human mothering // Different faces of motherhood. Ed. By B. Birns and D. Hay. – N.Y., 1988. – P. 76.

258. Ware J., Raval H. A Qualitative investigation of fathers' experiences of looking after a child with a life-limiting illness, in process and in retrospect // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2007. – 12(4). – pp. 549-565.

259. Waters E.A., Cummings M.E. Secure base from which to explore close relationships // *Child Development*. – 2000 (41). – pp. 164–172.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Таблица 1

Выраженность показателей активности в общении с родителями  
часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Показатели активности в общении (баллы)		Инициативность	Чувствительность	Интерес
Показатели активности в общении (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Инициативность	$M \pm \bar{m}$	4,37±0,16	t = 0,516 (p>0,1)	t = 0,303 (p>0,1)
Чувствительность	$M \pm \bar{m}$	t = 0,516 (p>0,1)	4,95±0,14	t = 0,081 (p>0,1)
Интерес	$M \pm \bar{m}$	t = 0,303 (p>0,1)	t = 0,081 (p>0,1)	5,12±0,17

При сравнении выраженности показателей активности в общении с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста было обнаружено, что нет достоверно значимых различий ( $p>0,1$ ) в проявлении ими показателей *инициативности* (4,37±0,16), *чувствительности* (4,95±0,14) и *интереса* (5,12±0,17).

Выраженность показателей активности в общении с родителями  
здоровых детей старшего дошкольного возраста

Показатели активности в общении (баллы)		Инициативность	Чувствительность	Интерес
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5
Инициативность	$M \pm \bar{m}$	5,20±0,20	t = 0,534 (p>0,1)	t = 0,700 (p>0,1)
Чувствительность	$M \pm \bar{m}$	t = 0,534 (p>0,1)	5,38±0,11	t = 1,064 (p>0,1)
Интерес	$M \pm \bar{m}$	t = 0,700 (p>0,1)	t = 1,064 (p>0,1)	5,58±0,12

На основании сравнения выраженности показателей активности в общении с родителями здоровых детей старшего дошкольного возраста выявлено: нет достоверно значимых различий (p>0,1) в проявлении данной категорией детей показателей: *инициативности* (5,20±0,20), *чувствительности* (5,38±0,11) и *интереса* (5,58±0,12).

Выраженность показателей эмоционального благополучия  
(неблагополучия)

часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

(методика Р. Бернса, С. Кауфмана)

Симптомо- комплексы (баллы)		Благо- приятная ситуация	Тревож- ность	Конф- ликтность	Чувство неполно- ценности	Враждеб- ность
Симптомо- Комплексы (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Благо- приятная ситуация	$M \pm \bar{m}$	6,02±0,28	t = 2,867 (p≤0,01)	t = 3,249 (p≤0,01)	t = 3,339 (p≤0,01)	t = 3,986 (p≤0,001)
Тревож- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 2,867 (p≤0,01)	7,37±0,24	t = 1,697 (p>0,1)	t = 2,786 (p≤0,01)	t = 3,186 (p≤0,01)
Конфликт- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 3,249 (p≤0,01)	t = 1,697 (p>0,1)	6,82±0,31	t = 2,109 (p≤0,01)	t = 2,006 (p≤0,05)
Чувство неполно- ценности	$M \pm \bar{m}$	t = 3,339 (p≤0,01)	t = 2,786 (p≤0,01)	t = 2,109 (p≤0,01)	4,82±0,31	t = 2,220 (p≤0,05)
Враждеб- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 3,986 (p≤0,001)	t = 3,186 (p≤0,01)	t = 2,006 (p≤0,05)	t = 2,220 (p≤0,05)	2,10±0,13

При сравнении выраженности показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) часто болеющих детей старшего дошкольного возраста было обнаружено, что наиболее выраженными симптомокомплексами в рисунках детей является *тревожность* (7,37±0,24) и *конфликтность* (6,82±0,31) в сравнении с симптомокомплексами *благоприятная ситуация* (p≤0,01), *чувство неполноценности* (p≤0,01), *враждебность* (p≤0,05). При этом проявление симптомокомплекса *благоприятная ситуация* (6,02±0,28) является слабо выраженным в сравнении с симптомокомплексами *чувство неполноценности* (p≤0,01) и *враждебность* (p≤0,001).

Выраженность показателей эмоционального благополучия  
(неблагополучия)

здоровых детей старшего дошкольного возраста

(методика Р. Бернса, С. Кауфмана)

Симптомо-комплексы (баллы)		Благо- приятная ситуация	Тревож- ность	Конф- ликтность	Чувство неполно- ценности	Враждеб- ность
Симптомо- Комплексы (баллы)		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Благо- приятная ситуация	$M \pm \bar{m}$	7,08±0,22	t = 3,257 (p≤0,01)	t = 2,998 (p≤0,01)	t = 2,649 (p≤0,01)	t = 2,800 (p≤0,01)
Тревож- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 3,257 (p≤0,01)	6,17±0,29	t = 0,567 (p>0,1)	t = 1,786 (p>0,1)	t = 2,106 (p≤0,05)
Конфликт- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 2,998 (p≤0,01)	t = 0,567 (p>0,1)	5,58±0,33	t = 2,769 (p≤0,01)	t = 2,006 (p≤0,05)
Чувство неполно- ценности (баллы)	$M \pm \bar{m}$	t = 2,649 (p≤0,01)	t = 1,786 (p>0,1)	t = 2,769 (p≤0,01)	3,78±0,26	t = 2,246 (p≤0,05)
Враждеб- ность	$M \pm \bar{m}$	t = 2,800 (p≤0,01)	t = 2,106 (p≤0,05)	t = 2,006 (p≤0,05)	t = 2,246 (p≤0,05)	2,02±0,13

На основании сравнения выраженности показателей эмоционального благополучия (неблагополучия) здоровых детей старшего дошкольного возраста было обнаружено, что наиболее выраженным симптомокомплексом в их рисунках является *благоприятная ситуация* (7,08±0,22) в сравнении с симптомокомплексами *тревожность* (p≤0,01), *конфликтность* (p≤0,01), *чувство неполноценности* (p≤0,01) и *враждебность* (p≤0,01). При этом достоверных различий между проявлением симптомокомплексов *тревожность* (6,17±0,29) и *конфликтность* (5,58±0,33) не выявлено (p>0,1), а их выраженность преобладает над выраженностью симптомокомплексов

чувство неполноценности ( $p \leq 0,05$ ) и враждебность ( $p \leq 0,05$ ). Отмечается также преобладание выраженности симптомокомплекса *чувство неполноценности* ( $3,78 \pm 0,26$ ) над выраженностью ( $p \leq 0,05$ ) симптомокомплекса *враждебность* ( $2,02 \pm 0,13$ ).

Таблица 5

Выраженность характеристик эмоционального взаимодействия матерей и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста (методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)		Чувствительность	Эмоциональное принятие	Поведенческие проявления
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)				
Чувствительность	$M \pm \bar{m}$	2,76±0,03	t = 1,078 (p>0,1)	t = 1,013 (p>0,1)
Эмоциональное принятие	$M \pm \bar{m}$	t = 1,078 (p>0,1)	2,78±0,03	t = 0,552 (p>0,1)
Поведенческие проявления	$M \pm \bar{m}$	t = 1,013 (p>0,1)	t = 0,552 (p>0,1)	2,67±0,02

При сравнении выраженности характеристик эмоционального взаимодействия матерей и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста было установлено, что нет достоверно значимых различий ( $p > 0,1$ ) в проявлении матерями показателей эмоционального взаимодействия с ребенком по шкалам *чувствительность* ( $2,76 \pm 0,03$ ), *эмоциональное принятие* ( $2,78 \pm 0,03$ ), *поведенческие проявления* ( $2,67 \pm 0,02$ ).

Выраженность характеристик эмоционального взаимодействия  
матерей и здоровых детей старшего дошкольного возраста  
(методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия		Чувствительность (баллы)	Эмоциональное принятие (баллы)	Поведенческие проявления (баллы)
Показатели эмоционального взаимодействия		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Чувствительность (баллы)	$M \pm \bar{m}$	2,86±0,08	t = 0,578 (p>0,1)	t = 1,503 (p>0,1)
Эмоциональное принятие (баллы)	$M \pm \bar{m}$	t = 0,578 (p>0,1)	2,87±0,03	t = 2,233 (p≤0,05)
Поведенческие проявления (баллы)	$M \pm \bar{m}$	t = 1,503 (p>0,1)	t = 2,233 (p≤0,05)	2,73±0,02

На основании сравнения выраженности характеристик эмоционального взаимодействия матерей и здоровых детей старшего дошкольного возраста было обнаружено: наиболее ярко проявляющаяся характеристика эмоционального взаимодействия родителей с детьми данной группы – *поведенческая* (2,73±0,02), ее выраженность преобладает над выраженностью характеристики *эмоциональное принятие* (p≤0,05). Достоверно значимых различий в проявлении родителями таких характеристик эмоционального взаимодействия с ребенком, как *чувствительность* (2,86±0,08) и *эмоциональное принятие* (2,87±0,03), не выявлено (p>0,1).

Выраженность характеристик эмоционального взаимодействия  
отцов и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста  
(методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)		Чувствительность	Эмоциональное принятие	Поведенческие проявления
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
Показатели эмоционального взаимодействия (баллы)				
Чувствительность	$M \pm \bar{m}$	2,66±0,02	t = 0,088 (p>0,1)	t = 0,088 (p>0,1)
Эмоциональное принятие	$M \pm \bar{m}$	t = 0,088 (p>0,1)	2,67±0,02	t = 0,572 (p>0,1)
Поведенческие проявления	$M \pm \bar{m}$	t = 0,088 (p>0,1)	t = 0,572 (p>0,1)	2,59±0,02

Сравнение выраженности характеристик эмоционального взаимодействия отцов и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста показало, что нет достоверно значимых различий ( $p>0,1$ ) в проявлении отцами показателей эмоционального взаимодействия с ребенком по шкалам *чувствительность* (2,66±0,02), *эмоциональное принятие* (2,67±0,02), *поведенческие проявления* (2,59±0,02).

Выраженность характеристик эмоционального взаимодействия  
отцов и здоровых детей старшего дошкольного возраста  
(методика Е.И. Захаровой)

Показатели эмоционального взаимодействия		Чувствительность (баллы)	Эмоциональное принятие (баллы)	Поведенческие проявления (баллы)
		$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$
1	2	3	4	5
Чувствительность (баллы)	$M \pm \bar{m}$	2,75±0,03	t = 0,321 (p>0,1)	t = 1,421 (p>0,1)
Эмоциональное принятие (баллы)	$M \pm \bar{m}$	t = 0,321 (p>0,1)	2,76±0,03	t = 1,990 (p≤0,05)
Поведенческие проявления (баллы)	$M \pm \bar{m}$	t = 1,421 (p>0,1)	t = 1,990 (p≤0,05)	2,65±0,02

Сравнение выраженности характеристик эмоционального взаимодействия отцов и здоровых детей старшего дошкольного возраста выявило: наиболее ярко проявляющаяся характеристика эмоционального взаимодействия родителей с детьми данной группы – *эмоциональное принятие* (2,76±0,03), ее выраженность преобладает над выраженностью *поведенческой* характеристики (p≤0,05). Достоверно значимых различий в проявлении родителями таких характеристик эмоционального взаимодействия с ребенком, как *чувствительность* (2,75±0,03) и *эмоциональное принятие* (2,76±0,03), не выявлено (p>0,1).

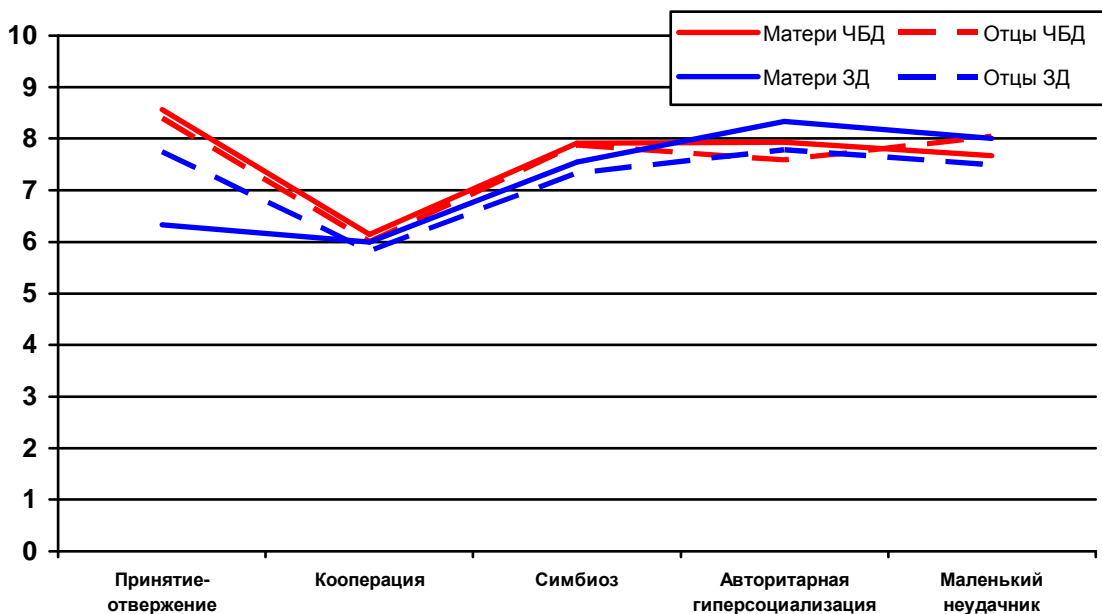


Рис. 1. Изменения средних значений показателей, характеризующих общение часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста с родителями (ситуативно-деловое общение), при различных типах родительского отношения к детям

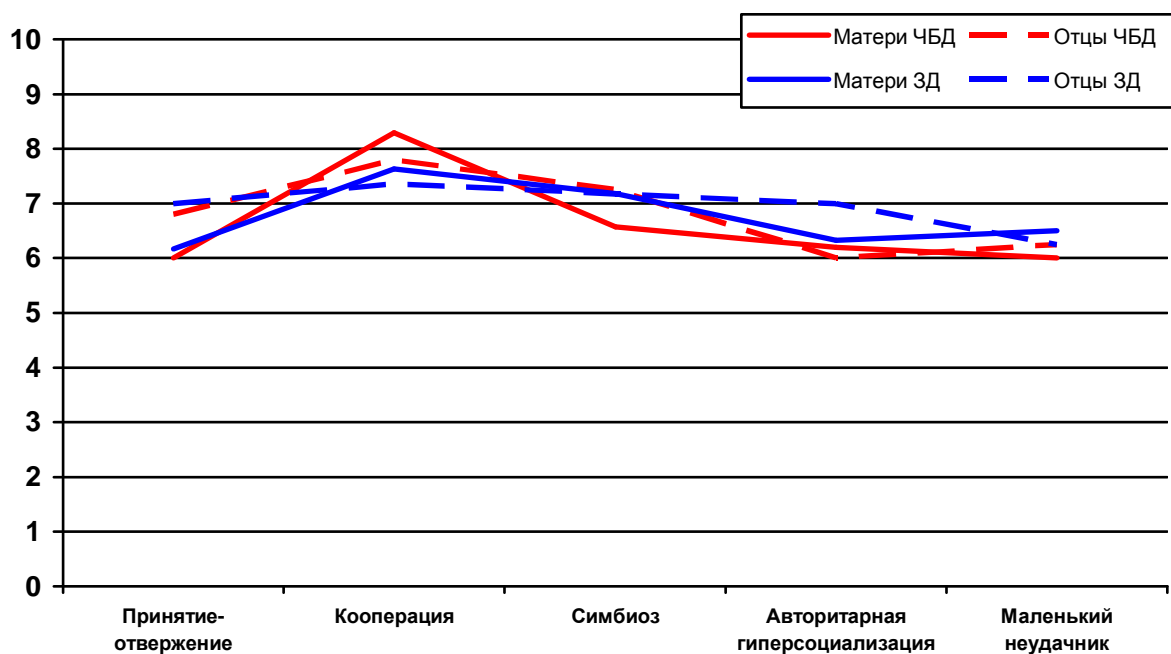


Рис. 2. Изменения средних значений показателей, характеризующих общение часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста с родителями (внеситуативно-познавательное общение), при различных типах родительского отношения к детям

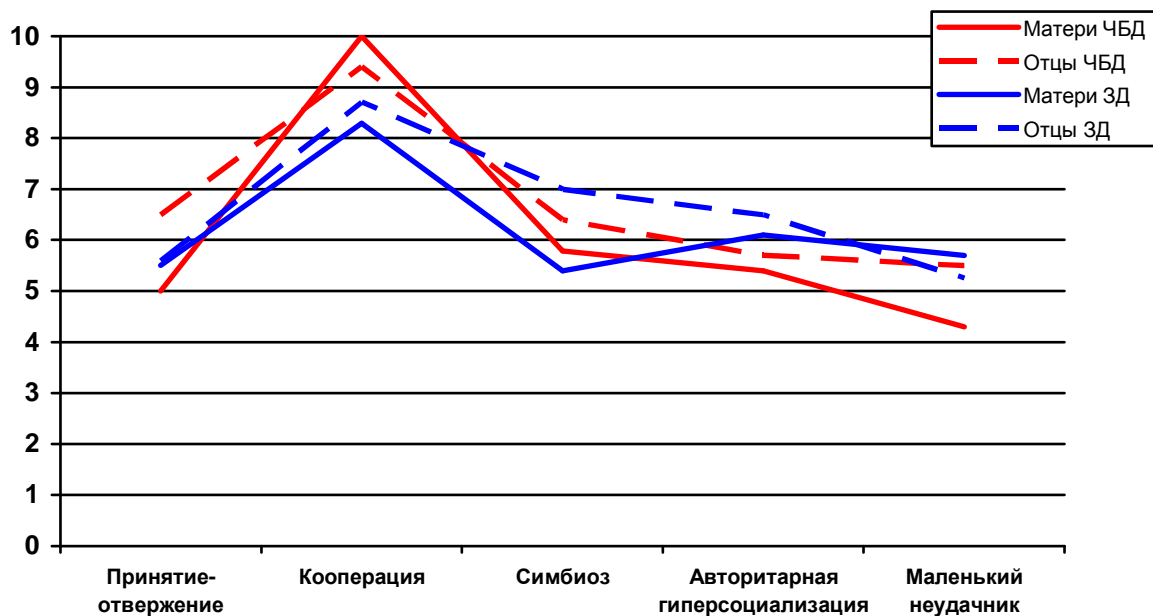


Рис. 3. Изменения средних значений показателей, характеризующих общение часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста с родителями (внеситуативно-личностное общение), при различных типах родительского отношения к детям

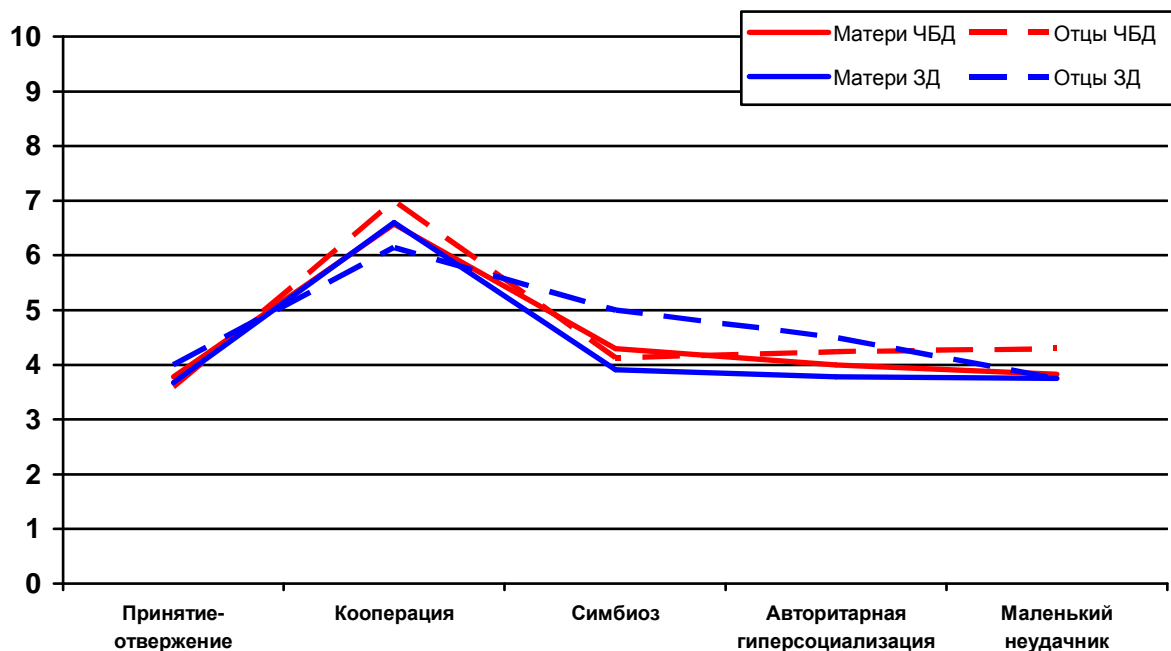


Рис. 4. Изменения средних значений показателей активности часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (инициативность), при различных типах родительского отношения к детям

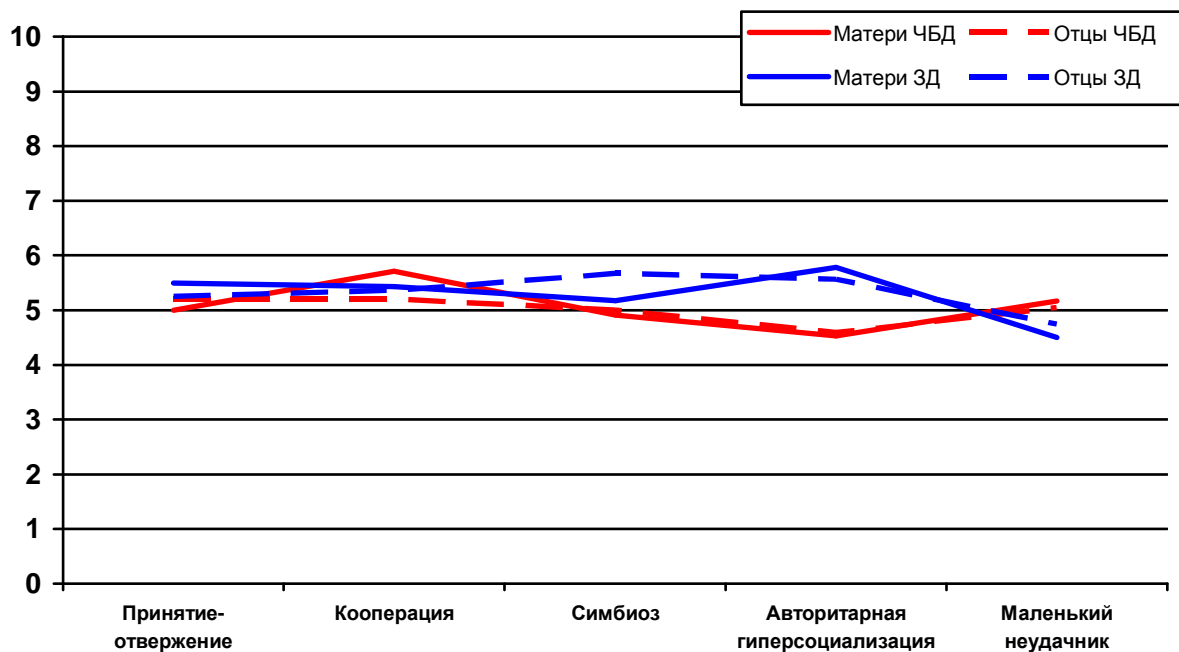


Рис. 5. Изменения средних значений показателей активности часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (чувствительность), при различных типах родительского отношения к детям

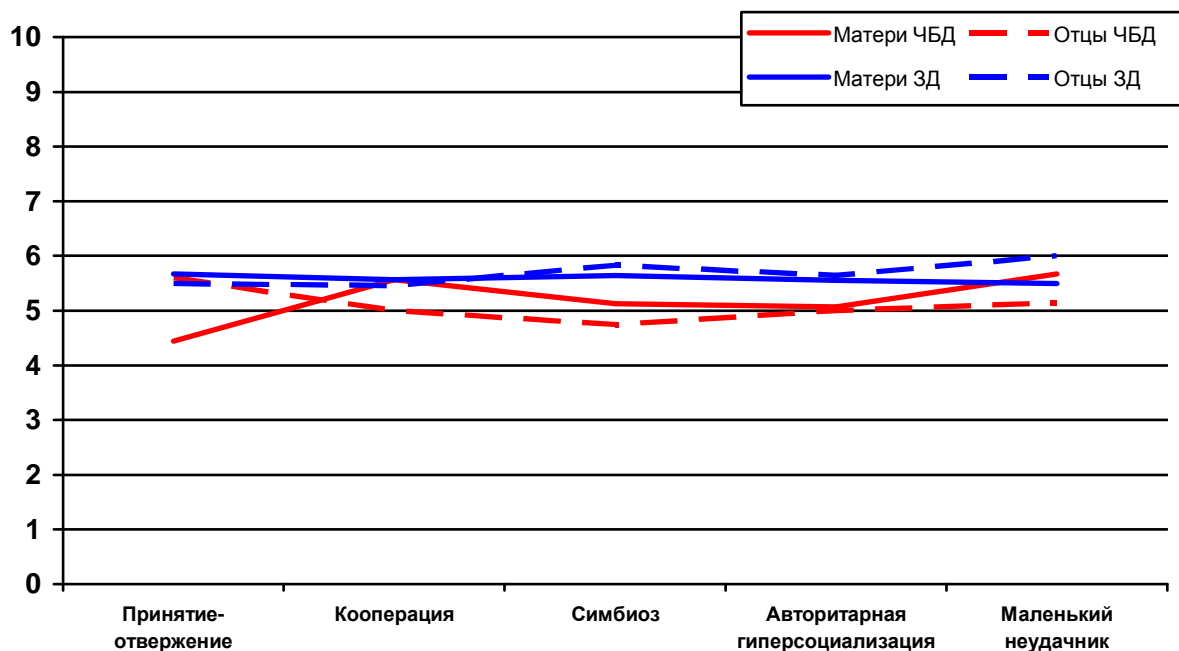


Рис. 6. Изменения средних значений показателей активности часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (интерес), при различных типах родительского отношения к детям

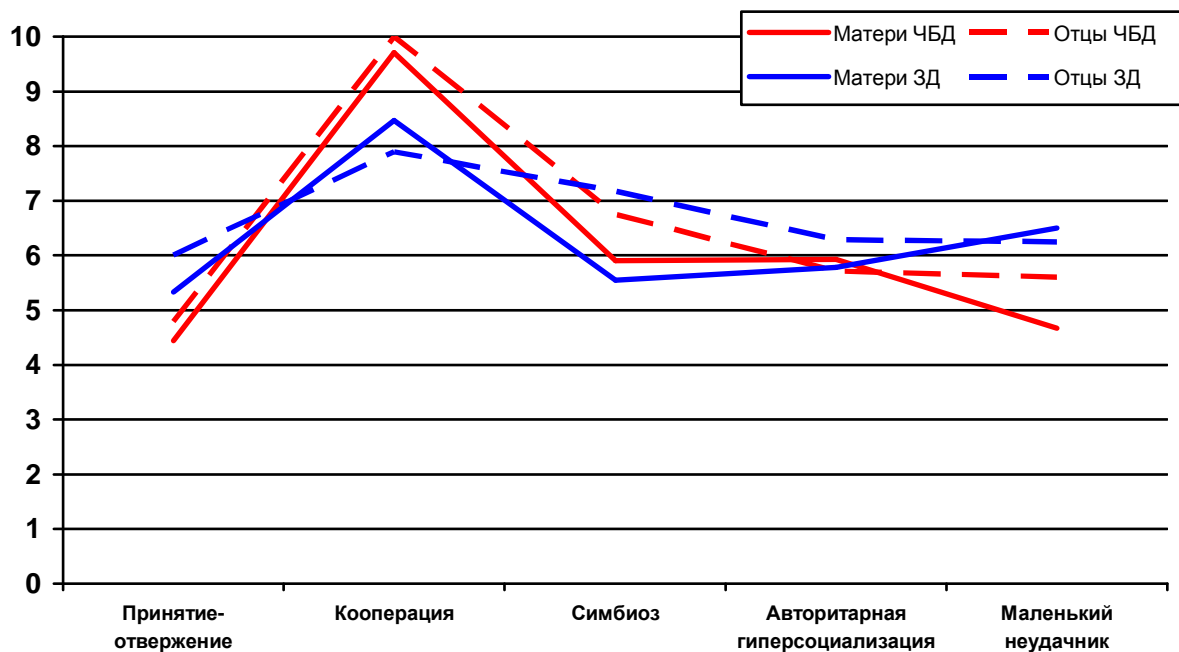


Рис. 7. Изменения средних значений показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (благоприятная семейная ситуация), при различных типах родительского отношения к детям

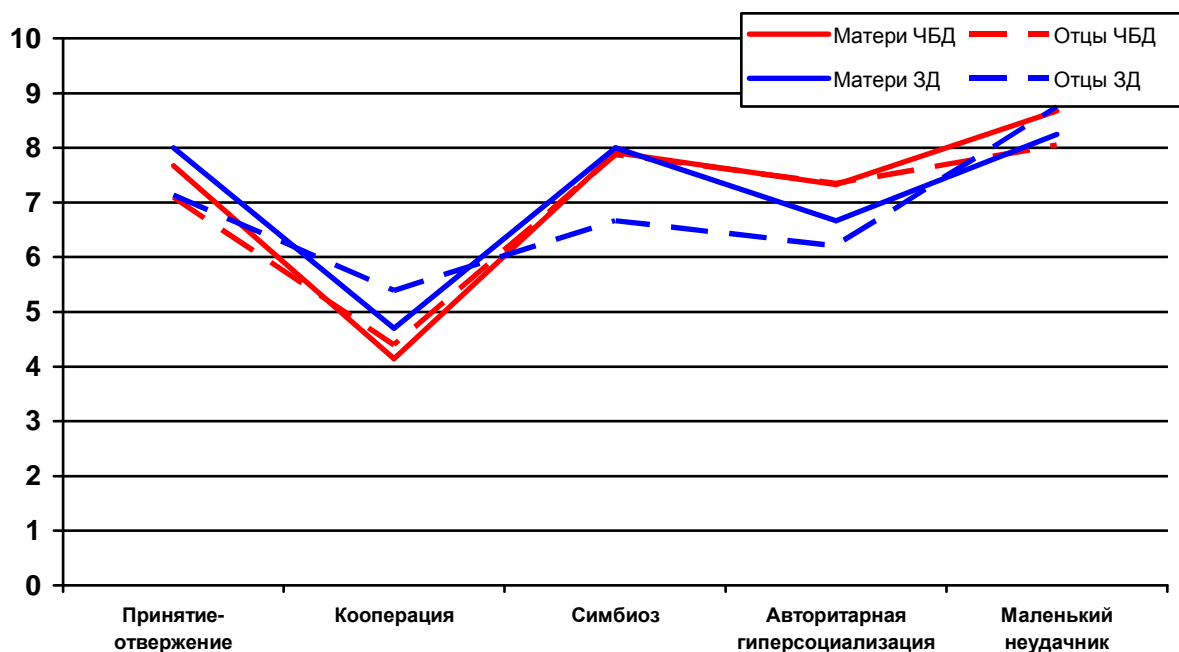


Рис. 8. Изменения средних значений показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (тревожность), при различных типах родительского отношения к детям

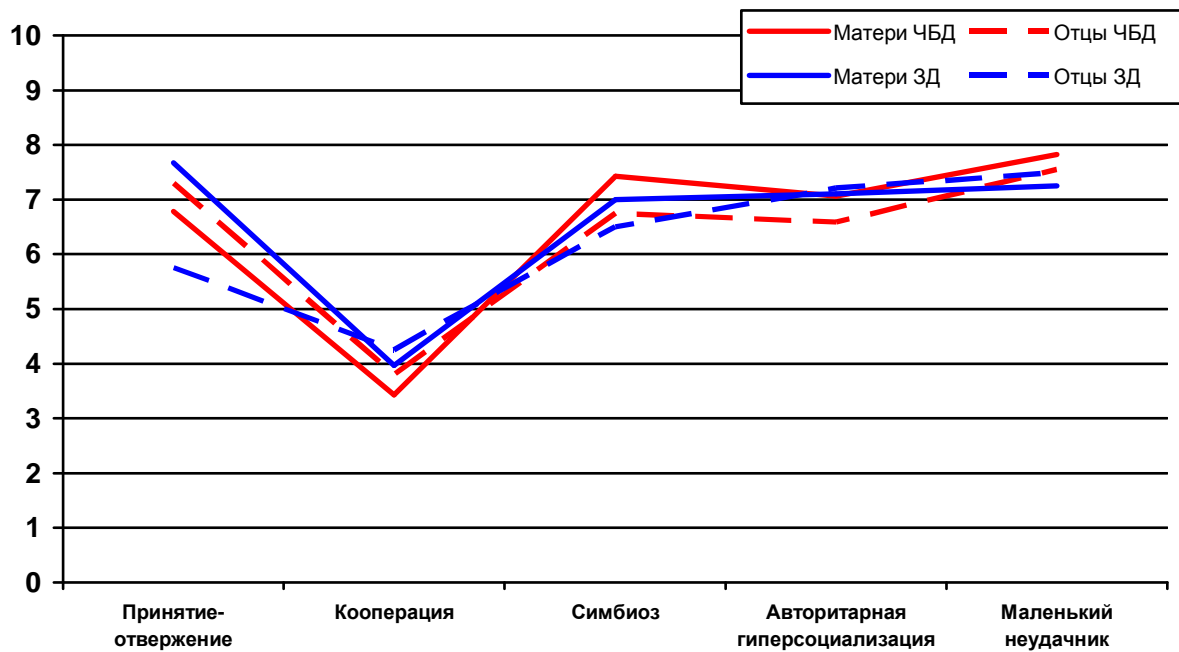


Рис. 9. Изменения средних значений показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (конфликтность), при различных типах родительского отношения к детям

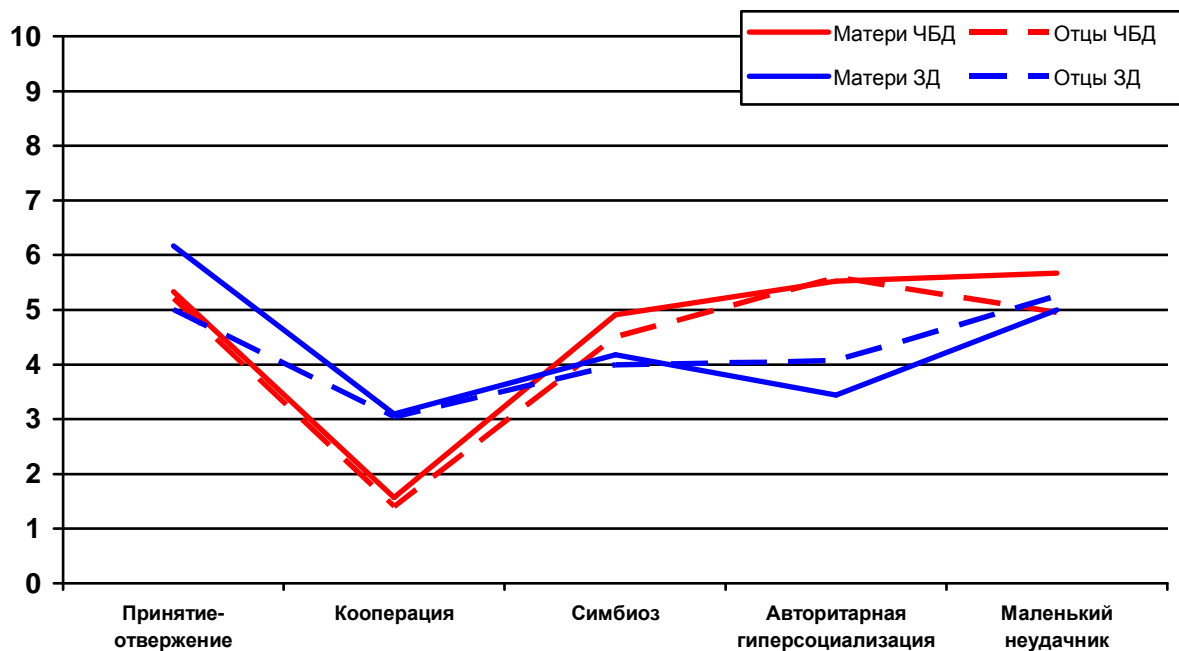


Рис. 10. Изменения средних значений показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (чувство неполноценности), при различных типах родительского отношения к детям

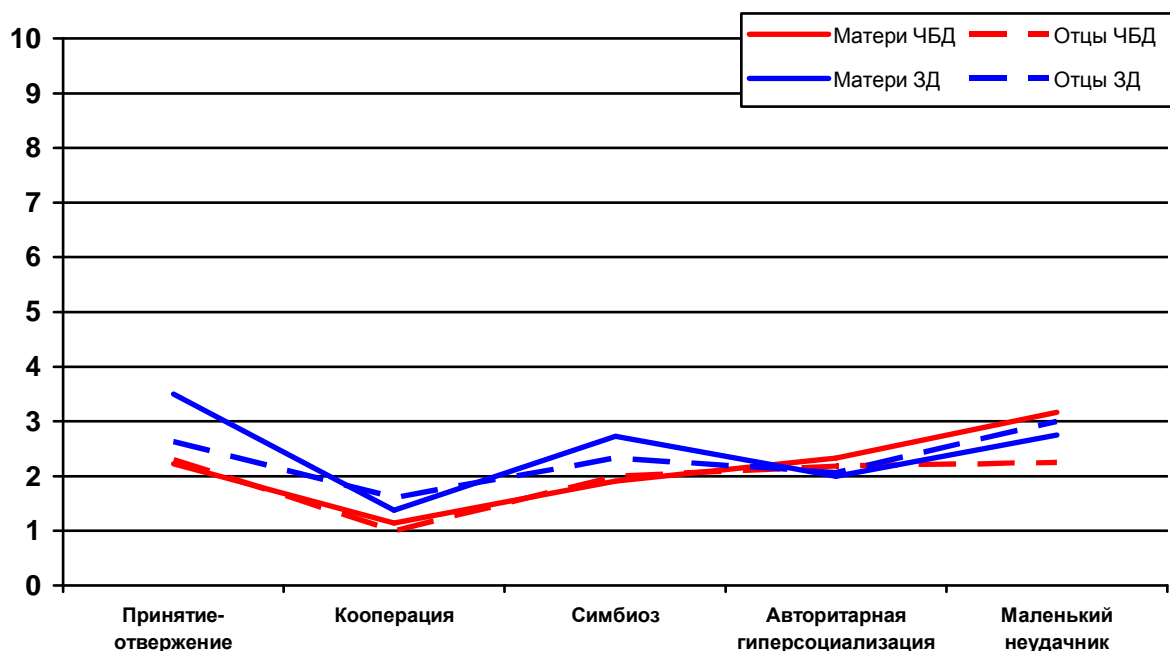


Рис. 11. Изменения средних значений показателей эмоционального благополучия часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста в общении с родителями (враждебность), при различных типах родительского отношения к детям

Таблица 9

Значимость различий в результатах исследования ведущей формы общения с родителями до и после проведения формирующего эксперимента часто болеющих детей экспериментальной группы

Формы общения с родителями	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
1	2	3	4	5
Ситуативно-деловая (баллы)	7,85±0,19	6,55±0,17	5,109	p≤0,001
Внеситуативно-познавательная (баллы)	6,40±0,21	7,33±0,21	3,129	p≤0,01
Внеситуативно-личностная (баллы)	5,63±0,21	6,60±0,21	3,267	p≤0,01

Таблица 10

Значимость различий в результатах  
исследования ведущей формы общения с родителями  
до и после проведения формирующего эксперимента  
часто болеющих детей контрольной группы

Формы общения с родителями	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Ситуативно-деловая (баллы)	7,86±0,39	7,36±0,43	2,059	p≤0,05
Внеситуативно-познавательная (баллы)	6,57±0,29	6,64±0,29	0,729	p>0,1
Внеситуативно-личностная (баллы)	5,64±0,48	5,79±0,39	1,334	p>0,1

Таблица 11

Значимость различий в результатах  
исследования активности в общении с родителями  
до и после проведения формирующего эксперимента часто болеющих детей  
экспериментальной группы

Показатели активности в общении	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Инициативность (баллы)	4,15±0,17	5,00±0,18	3,407	p≤0,01
Чувствительность (баллы)	4,88±0,18	5,08±0,18	0,793	p>0,1
Интерес (баллы)	5,03±0,20	5,10±0,19	0,277	p>0,1

Значимость различий в результатах  
исследования активности в общении с родителями  
до и после проведения формирующего эксперимента  
часто болеющих детей контрольной группы

Показатели активности в общении	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm m$	$M \pm m$		
Инициативность (баллы)	4,36±0,25	4,79±0,30	0,864	p>0,1
Чувствительность (баллы)	5,07±0,25	4,71±0,22	1,174	p>0,1
Интерес (баллы)	5,57±0,34	5,57±0,27	0,231	p>0,1

Значимость различий в результатах исследования  
эмоционального благополучия  
часто болеющих детей экспериментальной группы  
до и после проведения формирующего эксперимента

Симптомо-комплексы (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t – Стьюдента	Достоверность различий
	$M \pm m$	$M \pm m$		
Благоприятная ситуация	6,00±0,29	7,20±0,34	2,690	p≤0,01
Тревожность	7,65±0,24	6,55±0,27	3,034	p≤0,01
Конфликтность	7,18±0,37	5,63±0,33	3,161	p≤0,01
Чувство неполноценности	4,88±0,35	3,80±0,28	2,401	p≤0,05
Враждебность	2,05±0,14	1,55±0,10	2,856	p≤0,01

Значимость различий в результатах исследования  
эмоционального благополучия  
часто болеющих детей контрольной группы  
до и после проведения формирующего эксперимента

Симптомо- комплексы (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t – Стьюдент- та	Достовер- ность различий
	$M \pm m$	$M \pm m$		
Благоприятная ситуация	5,07±0,45	5,93±0,46	1,328	p>0,1
Тревожность	7,57±0,52	6,64±0,34	1,490	p>0,1
Конфликтность	6,64±0,61	5,79±0,55	1,049	p>0,1
Чувство неполноценности	5,29±0,71	4,29±0,45	1,185	p>0,1
Враждебность	2,50±0,34	1,64±0,20	2,158	p≤0,05

Сравнительный анализ результатов диагностики  
родительского (материнского) отношения  
к часто болеющим детям экспериментальной группы  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы Родительского (материнского) отношения (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достовер- ность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Принятие – отвержение	55,23	41,69	2,359	$p \leq 0,05$
Кооперация	39,68	56,32	4,163	$p \leq 0,001$
Симбиоз	68,48	52,50	3,424	$p \leq 0,01$
Авторитарная гиперсоциализация	59,67	43,72	3,350	$p \leq 0,01$
«Маленький неудачник»	46,26	32,53	2,643	$p \leq 0,05$

Сравнительный анализ результатов диагностики  
родительского (материнского) отношения  
к часто болеющим детям контрольной группы (методика А.Я. Варга, В.В.  
Столина)

Типы Родительского (материнского) отношения (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достовер- ность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
1	2	3	4	5
Принятие – отвержение	58,63	50,58	1,012	p>0,1
Кооперация	31,05	50,31	2,038	p≤0,05
Симбиоз	54,40	51,84	0,337	p>0,1
Авторитарная гиперсоциализация	64,31	50,69	1,559	p>0,1
«Маленький неудачник»	55,42	44,80	1,002	p>0,1

Сравнительный анализ результатов диагностики  
родительского (отцовского) отношения  
к часто болеющим детям экспериментальной группы  
(методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы Родительского (отцовского) отношения (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достовер- ность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Принятие – отвержение	63,40±4,12	45,83±3,93	3,084	p≤0,01
Кооперация	31,16±2,87	47,32±3,79	3,403	p≤0,01
Симбиоз	58,98±3,81	42,56±3,12	3,329	p≤0,01
Авторитарная гиперсоциализация	71,24±2,67	46,72±3,91	5,174	p≤0,001
«Маленький неудачник»	65,55±4,58	47,04±3,06	3,361	p≤0,01

Сравнительный анализ результатов диагностики  
 родительского (отцовского) отношения  
 к часто болеющим детям контрольной группы  
 (методика А.Я. Варга, В.В. Столина)

Типы Родительского (отцовского) отношения (баллы)	Результаты исследования до проведения формирующего эксперимента	Результаты исследования после проведения формирующего эксперимента	t - Стьюдента	Достовер- ность различий
	$M \pm \bar{m}$	$M \pm \bar{m}$		
Принятие – отвержение	61,16±6,40	61,34±5,52	0,021	p>0,1
Кооперация	23,04±3,53	37,94±4,67	2,543	p≤0,05
Симбиоз	55,26±7,71	50,24±5,00	0,546	p>0,1
Авторитарная гиперсоциализация	68,65±5,95	66,76±5,57	0,232	p>0,1
«Маленький неудачник»	76,52±5,86	59,85±5,79	2,024	p≤0,05

Протокол к методике экспериментального исследования общения дошкольников со взрослыми (Е.О. Смирнова, А.Г. Рузская, Х.Т. Бедельбаева)

Показатели поведения	Ситуативно-деловая	Внеситуативно-деловая	Внеситуативно-личностная
Порядок выбора ситуаций			
Основной объект внимания в первую минуту исследования			
Уровень комфортности ребенка			
Особенности речевых высказываний в каждой ситуации			
Длительность опыта			
Сумма баллов			

Таблица 2

Протокол к методике изучения активности ребенка в общении со взрослым при совместной деятельности (Е.О. Смирнова, 2000)

критерии	Инициативность		Чувствительность		Интерес		
	Способность проявлять инициативу (обратить на себя внимание)	Способность развивать тему общения	Способность слышать высказывания взрослого (внимание к взрослому)	Способность адекватно реагировать на высказывания взрослого	Раскованность во время общения	Сосредоточенность на теме общения	Эмоциональный комфорт во время общения
Виды совместной деятельности (ситуации общения)							
Сюж.-ролев. игра							
Игра-драматизация							
Дид. игра							
Рисование							
Конструирование							
Лепка							
Труд							
Σ							
ИТОГО							

Таблица симптомов пяти симптомокомплексов методики «КРС»

Симптомо-комплекс	Симптомы	Баллы
Благоприятная семейная ситуация	1. Общая деятельность всех членов семьи	0,2
	2. Преобладание детей на рисунке	0,1
	3. Изображение всех членов семьи	0,2
	4. Отсутствие изолированных членов семьи	0,2
	5. Отсутствие штриховки	0,1
	6. Хорошее качество линии	0,1
	7. Отсутствие показателей враждебности	0,2
	8. Адекватное распределение людей на листе	0,1
	9. Другие возможные признаки	0,1
Тревожность	1. Штриховка	0,1
	2. Линия основания — пол	0,1
	3. Линия над рисунком	0,1
	4. Линия с сильным нажимом	0,1
	5. Стирание	0,1
	6. Преувеличенное внимание к деталям	0,1
	8. Двойные или прерывистые линии	0,1
	9. Подчеркивание отдельных деталей	0,1
	10. Другие возможные признаки	0,1
	Конфликтность	1. Барьеры между фигурами
2. Стирание отдельных фигур		0,1
3. Отсутствие основных частей тела у некоторых фигур		0,2
4. Выделение отдельных фигур		0,2
5. Изоляция отдельных фигур		0,2
6. Неадекватная величина отдельных фигур		0,2
7. Несоответствие вербального описания рисунку		0,1
8. Преобладание вещей		0,1
9. Отсутствие на рисунке некоторых членов семьи		0,2
10. Член семьи, стоящий за спиной		0,1
11. Другие возможные признаки		0,1
Чувство неполноценности в семейной ситуации	1. Автор рисунка непропорционально маленький	0,2
	2. Расположение фигур на нижней части листа	0,2
	3. Линия слабая, прерывистая	0,1
	4. Изоляция автора от других	0,1
	5. Маленькие фигуры	0,1
	6. Неподвижная по сравнению с другими фигура автора	0,1
	7. Отсутствие автора	0,2
	8. Автор стоит спиной	0,1
	9. Другие возможные признаки	0,1
Враждебность в семейной ситуации	1. Одна фигура на другом листе или на другой стороне листа	0,2
	2. Агрессивная позиция фигуры	0,1
	4. Деформированная фигура	0,2
	5. Обратный профиль	0,1
	6. Руки раскинуты в стороны	0,1
	7. Пальцы длинные, подчеркнутые	0,1
	8. Другие возможные признаки	0,1

Таблица 4

Протокол к методике исследования особенностей  
эмоционального благополучия ребенка  
«Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс, С. Кауфман, 1986)

Ф.И.О. _____				
Дата рождения _____				
Дата обследования _____				
Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации

Таблица 5

Протокол к методике «Опросник родительского отношения»  
(А.Я. Варга, В.В. Столин, 1985)

Ф.И.О. испытуемого _____			
Дата и время проведения обследования _____			
Обследование проводил _____			
№	Вопросы	ответ «да»	ответ «нет»
1	2	3	4
1.	Я всегда сочувствую своему ребенку.		
2.	Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.		
3.	Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.		
4.	Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.		
5.	Я испытываю к ребенку чувство симпатии.		
6.	Я уважаю своего ребенка.		
7.	Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.		
8.	Мой ребенок часто мне неприятен.		
9.	Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.		
10	Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.		
11	По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.		
12	Мой ребенок ничего не добьется в жизни.		
13	Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.		
14.	Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые		

1	2	3	4
	заслуживают осуждения.		
15.	Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.		
16.	Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.		
17.	Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.		
18.	При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.		
19.	Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.		
20.	Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.		
21.	Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.		
22.	К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.		
23.	Мой ребенок не добьется успехов в жизни.		
24.	Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.		
25.	Я жалею своего ребенка.		
26.	Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.		
27.	Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.		
28.	Я часто жалею о том, что мой ребенок взрослеет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.		
29.	Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.		
30.	Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.		
31.	Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспособливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.		
32.	Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.		
33.	При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.		
34.	Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.		
35.	Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.		
36.	Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.		
37.	Я всегда считаюсь с ребенком.		
38.	Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.		
39.	Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.		
40.	Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.		
41.	Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.		
42.	Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.		
43.	Я разделяю увлечения моего ребенка.		
44.	Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.		
45.	Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.		
46.	Мой ребенок часто меня раздражает.		
47.	Воспитание ребенка – это сплошная нервозность.		
48.	Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.		

1	2	3	4
49.	Я не доверяю своему ребенку.		
50.	За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.		
51.	Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.		
52.	В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.		
53.	Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.		
54.	Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно.		
55.	Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.		
56.	Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.		
57.	Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.		
58.	Я восхищаюсь своим ребенком.		
59.	Ребенок не должен иметь секретов от родителей.		
60.	Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.		
61.	Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.		

Ключ к обработке результатов:

Принятие – отвержение ребенка: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 60.

Кооперация: 6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

Авторитарная гиперпротекция: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

«Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Анкета родителя к методике «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Е.И. Захарова, 1996)

Ф.И.О \_\_\_\_\_

Возраст родителя \_\_\_\_\_ Возраст ребенка \_\_\_\_\_ Пол ребенка \_\_\_\_\_

Старшинство ребенка в семье \_\_\_\_\_

Полная или неполная семья \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

*Инструкция:*

Уважаемые родители, оцените справедливость следующих утверждений, используя пятибалльную шкалу:

5 - абсолютно верно; 4 - скорее всего это так; 3 - в некоторых случаях верно; 2 - не совсем верно; 1 - абсолютно неверно.

*Текст опросника:*

1. Я сразу замечаю, когда мой ребенок расстроен.
2. Когда мой ребенок обижается, то невозможно понять, по какой причине.
3. Когда моему ребенку больно, мне кажется, я тоже чувствую боль.
4. Мне часто бывает стыдно за моего ребенка.
5. Что бы ни сделал мой ребенок, я буду любить его.
6. Воспитание ребенка — сложная проблема для меня.
7. Я редко повышаю голос.
8. Если часто обнимать и целовать ребенка, можно заласкать его испортить его характер.
9. Я часто даю понять моему ребенку, что верю в его силы.
10. Плохое настроение моего ребенка не может быть оправданием его непослушания.
11. Я легко могу успокоить моего ребенка.
12. Чувства моего ребенка для меня загадка.
13. Я понимаю, что мой ребенок может грубить, чтобы скрыть обиду.
14. Часто я не могу разделить радость моего ребенка.
15. Когда я смотрю на своего ребенка, то испытываю любовь, даже если он плохо себя ведет.
16. Я многое хотел(а) бы изменить в своем ребенке.
17. Мне нравится быть матерью (отцом).
18. Мой ребенок редко спокойно реагирует на мои требования.
19. Я часто глажу моего ребенка по голове.
20. Если у ребенка что-то не получается, он должен справиться с этим самостоятельно.
21. Я жду, пока ребенок успокоится, чтобы объяснить ему, что он неправ.
22. Если мой ребенок разбаловался, я уже не могу его остановить.

23. Я чувствую отношение моего ребенка к другим людям.
24. Часто я не могу понять, почему плачет мой ребенок.
25. Мое настроение часто зависит от настроения моего ребенка.
26. Мой ребенок часто делает вещи, которые сильно мне досаждают.
27. Ничто не мешает мне любить своего ребенка.
28. Я чувствую, что задача воспитания слишком сложна для меня.
29. Мы с моим ребенком приятно проводим время.
30. Я испытываю раздражение, когда ребенок буквально «липнет» ко мне.
31. Я часто говорю ребенку, что высоко ценю его старание и достижения.
32. Даже когда ребенок устал, он должен довести начатое дело до конца.
33. У меня получается настроить ребенка на серьезные занятия.
34. Часто мой ребенок кажется мне равнодушным, и я не могу понять, что он чувствует.
35. Я всегда понимаю, почему мой ребенок расстроен.
36. Когда у меня хорошее настроение, капризы ребенка не могут испортить его,
37. Я чувствую, что мой ребенок любит меня.
38. Меня удручает, что мой ребенок растет совсем не таким, каким мне хотелось бы.
39. Я верю, что могу справиться с большинством проблем в воспитании моего ребенка.
40. Часто у нас с ребенком возникает взаимное недовольство.
41. Мне часто хочется взять ребенка на руки.
42. Я не поощряю мелкие успехи ребенка. Это может избаловать его.
43. Бесплезно требовать что-то от ребенка, когда он устал.
44. Я не в силах изменить плохое настроение ребенка.
45. Мне достаточно только посмотреть на ребенка, чтобы почувствовать его настроение.
46. Часто радость ребенка кажется мне беспричинной.
47. Я легко заражаюсь весельем моего ребенка.

48. Я очень устаю от общения со своим ребенком.
49. Я многое прощаю своему ребенку из-за любви к нему.
50. Я нахожу, что я гораздо менее способна хорошо заботиться о своем ребенке, чем ожидал(а).
51. У меня часто возникают спокойные, теплые отношения с моим ребенком.
52. Я редко сажаю ребенка к себе на колени.
53. Я часто хвалю своего ребенка.
54. Я никогда не нарушаю распорядок дня ребенка.
55. Когда мой ребенок устал, я могу переключить его на более спокойное занятие.
56. Мне тяжело понять желания моего ребенка.
57. Я легко могу догадаться, что беспокоит моего ребенка.
58. Иногда я не понимаю, как ребенок может расстраиваться по таким пустякам.
59. Я получаю удовольствие от общения с ребенком.
60. Не всегда легко принять моего ребенка таким, какой он есть.
61. Мне удается научить ребенка, что и как делать.
62. Наши занятия с ребенком часто заканчиваются ссорой.
63. Мой ребенок любит ко мне прижиматься.
64. Я часто бываю строгой (строгим) со своим ребенком.
65. Лучше отказаться от посещения гостей, когда ребенок «не в духе».
66. Когда ребенок расстроен и ему трудно успокоиться, мне бывает трудно помочь ему.

## Цикл тренинговых занятий для родителей

### «Уроки здорового общения»

**Цель:** формирование родительской позиции – принятие субъектности ребенка в сфере детско-родительских взаимоотношений, установление оптимальных (эффективных) взаимоотношений между родителями и детьми; создание в семье установки на здоровый образ жизни.

#### **Задачи:**

1. формирование мотивации к изменению взаимоотношений с детьми, апробирование новых способов поведения;
2. обучение навыкам эффективного общения с ребенком;
3. развитие умения вникать в эмоциональное состояние ребенка, обозначать при этом его чувства;
4. формирование опыта проживания актуальной ситуации с позиции родителя, с позиции ребенка;
5. Развитие конструктивных способов взаимодействия, способности сотрудничать друг с другом;
6. формирование в семье установки на здоровый образ жизни.

### **Занятие 1. Учимся понимать друг друга**

#### **Ход работы.**

1. *Знакомство* (ознакомление участников с целями, задачами, принципами работы в группе);
2. *Ритуал приветствия. Упражнение «Снежный ком»* (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Участники стоят в кругу. Первый участник называет свое имя. Следующий повторяет его, затем называет свое. Третий участник повторяет два имени и называет свое. И так по кругу, упражнение заканчивается, когда первый участник назовет по имени свою группу.

3. *Мини-лекция «Эффективное общение»* (ознакомление участников с понятиями «коммуникативные способности», «эффективное общение»; способами овладения «секретами эффективного общения»);

4. *Упражнение «Беседа»* (выявление приемов эффективного общения; апробация новых способов взаимодействия с окружающими)

Тренер предлагает двум парам участников, по-очереди, «разговорить» партнера на заданную тему. По окончании упражнения, делается вывод о том, что люди склонны слушать другого только после того, как выслушали их.

5. *Упражнение «Немые художники»* (осознание значимости невербальных способов общения при построении эффективной коммуникации).

Выполняется в парах. Задание: молча, не используя никаких слов, нарисовать любое животное. Вывод: даже без помощи речи можно договориться друг с другом, т.к. информация воспринимается не только на слух, но и визуально. При общении с ребенком важно, не только то, что вы ему говорите, но и то какие жесты вы делаете.

6. *Мини-лекция «Невербальное общение»* (значимость невербального общения при взаимодействии с ребенком);

7. *Упражнение «Мимика – интонация»* (апробирование невербальных приемов общения с ребенком).

Выполняется в группе. Участникам предлагается три карточки: на одной карточке написано, что он должен сказать, на другой – интонация, на третьей – выражение лица, с которым нужно произнести фразу. Задание: «Представьте, что перед вами ребенок. Сначала вы произнесете фразу с заданной интонацией, затем с заданной мимикой». Вывод: в разговорах с ребенком необходимо больше внимания уделять невербальным средствам общения.

8. *Мини-лекция «Общенческие позиции»* (основные общенческие позиции: –над; –под; –на равных; особенности использования различных общенческих позиций в общении с ребенком);

9. *Упражнение «Общенческие позиции»* (апробирование новых способов общения с ребенком).

Двум парам предлагается договориться о чем-либо. В первой паре один участник сидит на стуле, другой – стоит напротив него. Во второй паре оба участника стоят друг напротив друга. Вывод: сложнее договориться друг с другом, когда собеседники находятся в разных общенческих позициях.

10. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

11. Ритуал прощания. Упражнение «Благодарю...». Участники по кругу благодарят друг-друга.

## **Занятие 2. Общаться с ребенком. Как?**

### **Ход работы.**

1. *Ритуал приветствия. Упражнение «Солнце светит для тех, кто...»* (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Выполняется в кругу. Один из участников должен убрать свой стул, а сам встать на середину круга. Далее, человек в центре круга рассказывает что-нибудь о самом себе. Если сказанное справедливо по отношению к кому-либо из игроков, то он (или они) встает или меняется местами с говорившим. Речь каждого выступающего начинается одной и той же фразой: «Солнце светит для тех, кто...».

2. *Мини-лекция «Безусловное принятие ребенка»* (ознакомление участников с понятиями «безусловное», «условное» принятие, особенностями «принимающего» поведения по отношению к ребенку).

3. *Упражнение «Дошкольник в эпитетах»* (формирование мотивации к изменению взаимоотношений с детьми).

Сидя по кругу, каждый из присутствующих дает характеристику ребенку – дошкольнику одним эпитетом. Например: любознательный, подвижный, смущенный, веселый и т.д.

4. *Упражнение «Радость общения с ребенком»* (осознание собственного стиля взаимодействия с ребенком; концентрация на своих ощущениях и способах нейтрализации негатива по отношению к детям).

Задача участников – закончить фразу тренера:

-мне нравится общаться с ребенком, потому что...

-длительное общение с ребенком меня раздражает, потому что...

-мне нравится, когда ребенок...

-я люблю своего ребенка за то, что...

5. *Мини-лекция «Активное слушание»* (особенности использования приема «активное слушание» в общении с ребенком).

6. *Упражнение «Активное слушание»* (апробирование новых способов общения с ребенком).

Участникам предлагается проанализировать предложенные мини-ситуации: продумать ответ родителя на слова ребенка, с использованием техники «активного слушания».

7. *Мини-лекция «Интерес друг к другу»* (искусство отвечать на детские вопросы).

8. *Упражнение «Детские вопросы»* (апробирование новых способов общения с ребенком).

Участники разбиваются на две группы. Каждой команде необходимо ответить на детские вопросы, написанные на карточках. Первая команда отвечает на вопросы с научной точки зрения, но так, чтобы это было доступно пониманию ребенка. Вторая команда на тот же самый вопрос пытается ответить с юмором. Время обсуждения – 1 минута.

9. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

10. *Ритуал прощания. Упражнение «Возвращение в свое детство».*

(Включается песня о детстве). Участникам предлагается прослушать исполнение песни, настроиться на детские воспоминания, сесть удобно, закрыть глаза, акцентируя память на тех ощущениях или настроении в тот момент. Нужно постараться мысленно увидеть себя со стороны взглядом взрослого, проанализировать возникшие ощущения.

Вывод: возможно, возвращение в свое детство поможет вам понять вашего ребенка, его внутренний мир, проблемы, переживания.

### **Занятие 3. Выражение чувств**

#### **Ход работы.**

1. *Ритуал приветствия. Упражнение «Какие мы?»* (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Участники встают в круг. Тренер проговаривает утверждения. Все, к кому они подходят должны выполнить то, что задано:

- вырос в семье, где было двое детей (хлопнуть в ладоши);
- имеет двух детей (сказать «раз-два»);
- родился и вырос в Красноярске (топнуть ногой);
- любит петь, моясь в душе (сказать «ля-ля-ля»);
- детство провел в деревне (поднять правую руку);
- и т.п.

2. *Мини-лекция «Чувства родителей»* (понятия «позитивные чувства», «негативные чувства»; выражение чувств по отношению к ребенку, ознакомление с техникой выражения чувств «Я – сообщение»).

3. Упражнение «Я – сообщение» (апробирование новых способов общения с ребенком).

Участникам предлагается проанализировать предложенные мини-ситуации: продумать ответ родителя на слова ребенка, с использованием техники «Я – сообщение».

4. *Мини-лекция «Что делать с гневом?»* (особенности поведения родителей под воздействием гнева; приемы «вымещения» гнева безопасным для окружающих способом).

5. *Упражнение «Способы справиться с гневом»* (осознание собственного стиля взаимодействия с ребенком; апробирование новых способов общения).

Участники делятся на 4 подгруппы. Каждая подгруппа получает список способов выражения гнева. Затем подгруппы обсуждают – каждая свой список, и выбирают из всего списка те приемы, которые считают наиболее приемлемыми в общении с детьми.

6. *Упражнение «Война и мир»* (апробирование новых способов преодоления негативных эмоциональных состояний).

Каждый участник получает лист бумаги. Тренер предлагает представить: «...что это не бумага, а кто-то, с кем вы находитесь в ссоре, на кого вы сильно злитесь, или обижены». Участникам необходимо в течение трех секунд поспорить с обидчиком, сделать с ним все, чего он заслуживает. Затем участники получают новый лист бумаги. С помощью карандашей, фломастеров, скотча, клея, степплера, в течение следующих 5 минут, необходимо примириться с обидчиком. Форму примирения участники выбирают сами: примирительная речь, рисунок, аппликация, коллаж. В своей работе можно использовать то, что осталось от первого листа.

Вывод: для «войны» было достаточно всего трех секунд, а для того, чтобы вымостить дорогу к миру – намного больше.

7. *Упражнение «В общении с ребенком я...»* (осознание собственного стиля взаимодействия с ребенком).

Перед участниками раскладываются предметы, которые помогут им метафорически рассказать о том, как каждый чувствует себя в роли родителя. Предлагается внимательно рассмотреть предметы. Можно потрогать вещь, подержать в руках, ощутить форму, вес... Затем каждый выбирает один из

предметов, который символизирует его отношения с ребенком, и рассказывает об этом окружающим: «Как мать (отец, бабушка) я похож на...

8. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

9. *Ритуал прощания. Упражнение «Общий рассказ».*

Участники по кругу рассказывают о том, что запомнилось им на занятии.

#### **Занятие 4. Активное общение**

##### **Ход работы.**

1. *Ритуал приветствия. Упражнение «Ассоциации»* (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Участники встают в круг. Тренер проговаривает первую часть утверждения, а каждый из участников, у кого в руках оказывается мяч, пробует завершить его по-своему:

- Если семья – это постройка, то это...
- Если семья - это цвет, то это...

2. *Мини-лекция «Активная позиция в общении»* (понятия «активная позиция», «коммуникативная активность»; компоненты коммуникативной активности; проявление ребенком активной позиции в общении);

3. *Упражнение «Разговори собеседника»* (способность проявлять инициативу в общении, умение обратить на себя внимание);

4. *Упражнение «Сказка в шесть кадров»* (отработка умения взаимодействовать с партнером, структурировать информацию в зависимости от умения слышать собеседника).

Совместное сочинение сказки (истории). Участники по кругу говорят по одному предложению сказки, таким образом, получается новая сказка.

5. *Мини-лекция «Чувствительность и интерес к собеседнику»* (ознакомление со способами слышать высказывания собеседника и адекватно реагировать на них)

6. Упражнение «Вы ошиблись номером» (отработка умения заинтересовать собеседника).

Выполняется в паре. Участники разыгрывают сценку «Вы ошиблись номером». Задача того участника, который «ошибся» заинтересовать собеседника, вовлечь в беседу.

7. Упражнение «Два на два, или Новый Юлий Цезарь» (апробирование способов быстрого реагирования на слова собеседника).

Четверка участников выходит на площадку и выносит с собой два стула. Первый и второй участники садятся напротив друг друга, а третий и четвертый – вначале располагаются за стулом второго участника, потом по ходу упражнения могут свободно передвигаться по аудитории.

Задача: в течение двух минут первый участник обязан повторять все движения второго участника, выполняемые им произвольно: любые движения сидя, стоя, в движении... Кроме того, первому участнику предстоит отвечать на непрерывные вопросы третьего и четвертого. Вопросы могут быть любыми. Когда иссякнет фантазия одного из спрашивающих, в дело немедленно включается второй.

8. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

9. Ритуал прощания. Упражнение «Аплодисменты по кругу»

Участники стоят в кругу. Первый участник сообщает: «я хочу поаплодировать сегодня Мише потому, что он сегодня был, на мой взгляд, очень активным и доброжелательным». Затем этот участник выбирает из группы следующего, аргументирует свой выбор – ему они уже аплодируют вдвоем. Третий выбирает четвертого и так далее. Последнему участнику аплодирует вся группа.

## **Занятие 5. Занимательная конфликтология**

### **Ход работы.**

1. Ритуал приветствия. Упражнение «Поздоровайся необычно» (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Участники садятся в круг, тренер предлагает им поздороваться с окружающими разными необычными способами (локтями, носами, плечами и т.д.)

2. *Мини-лекция «Конфликты в общении»* (основные причины детско-родительских конфликтов; стратегии поведения участников конфликта);

3. *Упражнение «Я злюсь, когда...»* (осознание собственного стиля взаимодействия с окружающими).

Участники передают по кругу мяч. Каждый, у кого в руках он оказывается должен закончить фразу «Я злюсь, когда...».

4. *Упражнение «Руки здороваются, ссорятся, мирятся...»* (отработка умения взаимодействовать с партнером в конфликтной ситуации).

В парах участникам предлагается встать напротив друг друга и выполнять то, что просит тренер (каждое задание выполняется 2-3 минуты).

5. *Мини-лекция «Правила похвалы и наказания»* (ознакомление с приемами «эффективной похвалы» и «эффективного наказания» по В.Леви).

6. *Упражнение «Маленькие хитрости»* (отработка умения эффективно реагировать на конфликтные ситуации в общении с ребенком).

Участники делятся на три подгруппы, каждая подгруппа получает карточку с описанием проблемы, которую нужно разрешить. Необходимо составить список приемов, способствующих решению этой проблемы. Вы должны ответить на вопрос «Что делать?»:

- составить список приемов, способствующих решению проблемы «Что делать, если ребенок дерется с братом, сестрой...»
- решить проблему «Если ребенок не хочет идти спать»
- обсудить проблему «Что делать, если ребенок использует бранные слова».

7. *Мини-лекция «Способы разрешения конфликта»* (ознакомление с основными способами разрешения конфликта: доминирование; уход, уступчивость; компромисс, сотрудничество)

8. Упражнение «Тридцать пословиц» (апробирование новых способов общения с окружающими, поиск позитивных способов разрешения конфликта).

Участники делятся на пять подгрупп. Каждая подгруппа рассматривает один из способов разрешения конфликта: доминирование; уход, уступчивость; компромисс, сотрудничество. Задача каждой подгруппы соотнести пословицы из списка с одним из способов выхода из конфликта.

9. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

10. Ритуал прощания. Упражнение «Яблоня».

Для того, чтобы выразить свои чувства, мысли, эмоции по поводу сегодняшней встречи, участникам предлагаются «яблоки» (картинки) трех разных цветов. На них можно написать свои эмоции, пожелания, предложения и поместить на доску в соответствующее место.

То, что возьму с собой – в корзину;

То, что осталось непонятным – на дерево;

То, что было «не очень» – на гусеницу.

#### **Занятие 4. Здоровое общение**

##### **Ход работы.**

11. Ритуал приветствия. Упражнение «Здороваемся здорово!» (сплочение в группе, снятие психологических барьеров).

Участники встают в круг, тренер предлагает им поздороваться (пожелать здоровья всем присутствующим), с использованием слова «здоровье» в разных вариантах (здоровый, здорово, здравие, на здоровье и т.п.)

12. Мини-лекция «Здоровый образ жизни» (о понятии здоровья и определяющих его факторах, взаимосвязи здоровья и образа жизни; составляющих здорового образа жизни; необходимости воспитывать у детей ответственности за свое здоровье);

13. *Упражнение «Здоровый образ жизни в моей семье»* (осознание собственного образа жизни). Участники передают по кругу мяч. Каждый, у кого в руках он оказывается должен закончить фразу «Здоровый образ жизни для моей семьи, это...».

14. *Упражнение «Составляющие здорового образа жизни в семье»* (отработка умения взаимодействовать в группе, составление списка составляющих ЗОЖ в семье).

В минигруппах участникам предлагается составить список составляющих ЗОЖ в семье (задание выполняется 5-7 минут). Затем обсуждается результат работы каждой минигруппы, составляется общий перечень компонентов ЗОЖ, необходимых соблюдать в семье.

15. *Мини-лекция «Воспитание у детей ответственности за свое здоровье»* (осознанная и неосознанная трансляция родителями представлений о ЗОЖ детям).

16. *Упражнение «Скорая помощь»* (отработка умения эффективно реагировать на ситуации, угрожающие здоровью ребенка и требующие быстрой реакции родителей).

Каждому родителю предлагается ознакомиться с бытовой ситуацией, которая может угрожать жизни ребенка. Необходимо мгновенно принять грамотное, адекватное решение в подобной ситуации.

Ситуации:

- 1) Ребенок протягивает руку к стоящей на плите кастрюле...
- 2) Ребенок взял кухонный нож и намеревается самостоятельно отрезать кусок от булки хлеба...
- 3) Вы застаете ребенка с иголкой в руках, которой, по его утверждению, он собирается шить...
- 4) На улице ребенок на ваших глазах пробегает близко от раскачивающихся качелей...
- 5) Ребенок что-то поднял с земли и тянет в рот...

6) В песочнице ребенок зачерпнул полный совок песка и явно собирается попробовать, каков он на вкус...

7) Войдя в комнату, вы застаёте ребенка играющего с вашими бусами, причем, нитку на которых они держались, он разорвал, и уже несколько бусинок положил в рот...

8) В ванной комнате ребенок включает кран с горячей водой и тянет руки под струю воды, вы неожиданно вошли и видите это....

9) Вы заходите в комнату и видите, как ребенок собирается вылить суп из тарелки в аквариум...

10) Вечером вы с ребенком прогуливаетесь недалеко от дома, ребенок идет немного впереди вас, и вы видите, как он вот-вот наступит на крышку полуоткрытого люка...

11) Вы с ребенком едете в автобусе, перед выходом на нужной вам остановке ребенок убегает в противоположную от выхода часть автобуса...

12) Вы заметили, как ребенок пытается открыть работающую стиральную машину...

13) На прогулке ребенок, на ваших глазах, подбегает к злой соседской собаке и пытается «погладить» ее...

17. *Мини-лекция «От психологического здоровья к физическому»* (психологическое здоровье семьи, роль эффективного общения в психологическом здоровье членов семьи, от психологического здоровья к физическому).

18. *Упражнение «Делай, как я!»* (апробирование новых способов общения с ребенком, поиск позитивных способов обучения детей ЗОЖ).

Участники делятся на подгруппы. Каждая подгруппа рассматривает одно из правил ЗОЖ: (соблюдать правила гигиены, правильно питаться; заниматься спортом; правильно общаться и т.п.). Задача каждой подгруппы преподнести эти правила ребенку, так, чтобы заинтересовать его в их выполнении, и избежать, при этом, тона нотаций и директив).

19. Рефлексия занятия, самоотчет участников группы;

*20. Ритуал прощания. Упражнение «Я в тебе уверен».*

(Участники стоят в кругу). Каждый по очереди высказывается, обращаясь к соседу справа (слева) начиная фразу словами: «Я уверен, что ты сегодня...» (например: я уверен, что ты сегодня узнал много нового и полезного для себя).

**Цикл тренинговых занятий для родителей и детей**

**«Общайтесь на здоровье!»**

**Цель:** формирование отношений равноправия и партнерства между родителями и детьми; получение родителями.

**Задачи:**

7. формирование у ребенка потребности в общении со взрослым (родителем);
8. расширение возможностей ребенка по использованию приемов и средств общения в ситуации взаимодействия;
9. закрепление коммуникативных умений родителей (умение эффективно общаться с ребенком);
10. формирование установки в семье на здоровый образ жизни.

*Таблица 1*

## План детско-родительских тренинговых занятий на учебный год

№	тема	цели
1	2	3
1.	«Давайте знакомиться» (занятие 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• установить доверительные отношения между родителями и детьми;</li> </ul>
2	«Давайте поиграем» (занятия 2-5);	<ul style="list-style-type: none"> <li>• развивать наблюдательность в распознавании эмоций;</li> <li>• формировать навыки согласованных действий.</li> </ul>
3	«Давайте наблюдать» (занятия 6-9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• упражнять в умении пользоваться невербальными средствами общения;</li> <li>• формировать навыки сотрудничества;</li> </ul>
4	«Давайте общаться» (занятия 10-13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• закреплять знания об основных настроениях человека;</li> <li>• формировать навыки сотрудничества;</li> </ul>
	«Общайтесь на здоровье!» (занятия 14-16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• формировать представления о здоровом образе жизни у детей;</li> <li>• показать роль эффективного общения в психологическом и физическом состоянии человека.</li> </ul>
5	«Давайте вспоминать» (занятия 17-20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• закрепление пройденного материала (различное проявление эмоций и чувств различными социально приемлемыми способами)</li> <li>• развивать эмпатию;</li> <li>• воспитывать желание и умение сотрудничать.</li> </ul>

## Конспекты тренинговых занятий в детско-родительской группе

### Занятие 1

«Давайте знакомиться»

Задачи:

Дети	Родители
<p>1. Продолжать знакомить детей с разными эмоциями, учить различать эмоции по схематическим изображениям (пиктограммам);</p> <p>2. Формировать заинтересованное отношение к деятельности партнеров как участников общего дела;</p> <p>3. Развивать эмпатию;</p> <p>4. Воспитывать уважение к сверстникам, взрослым, развивать уверенность в себе.</p>	<p>1. Формирование мотивации к изменению поведения в контексте детско-родительских взаимоотношений;</p> <p>2. Формирование опыта совместной деятельности с детьми;</p> <p>3. Воспитывать умение принимать и уважать позицию ребенка, быть терпимым к его чувствам и желаниям.</p>

*Игра «Как тебя зовут?»*

Участники сидят в кругу. Каждый по очереди называет свое имя. Затем все участники повторяют имя говорившего и хлопают в ладоши на слоги имени.

*Упражнение «Дружба начинается с улыбки»*

Сидящие в кругу берутся за руки, смотрят соседу в глаза и дарят ему, по очереди, самую добрую, какая есть, улыбку.

*Игра «Менялки»*

Участники встают в круг. Выбирается водящий. Он стоит спиной к играющим и громко считает до 10. В это время тренер предлагает поменяться двум участникам в кругу местами.

При этом все действия выполняются молча. Задача водящего – угадать, кто с кем поменялся. Затем водящим становится другой участник.

*Игра «Головоломки на ковре»*

Родителю и ребенку предлагается собрать разрезную картинку (лицо с изображением эмоции). Затем, к собранной картинке нужно подложить подходящую пиктограмму.

*Игра «Жмурки для мамы»*

Дети встают в ряд. Родителям по очереди завязываются глаза. Задача – найти своего ребенка на ощупь. Дети должны стоять тихо, не подсказывать родителям.

*Игра «Новоселье»*

Ребенок и родитель (в паре) должны нарисовать друг друга на одном листе бумаги. Затем рисунки помещаются на лист ватмана, стилизованный под домик. Тренер сообщает участникам, что все они «поселились» в новом домике.

*Ритуал прощания «Рукопожатие»*

Участники встают в круг, берутся за руки. Слегка пожимают руку соседу и, глядя в глаза, с улыбкой говорят ему: «До свидания!».

## Занятия 2-5

«Давайте поиграем»

Задачи:

Дети:	Родители:
1. Обучать распознаванию эмоциональных состояний другого человека;	1. Формировать мотивацию к изменению взаимоотношений с детьми, апробированию новых способов поведения;
2. Формировать навыки согласованных действий в условиях ограниченного пространства;	2. Обучать конструктивным способам взаимодействия с ребенком;
3. Развивать способность активно взаимодействовать со взрослым;	3. Развивать умения вникать в эмоциональное состояние ребенка
4. Способствовать накоплению опыта доброжелательных взаимоотношений в условиях совместной деятельности.	4. Способствовать усилению взаимного интереса и принятия;

### Занятие 2

*Упражнение «Давайте поприветствуем друг друга»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: Тренер бросает участникам мяч, и каждый по кругу называет свое имя. Далее, в зависимости от активности детей, может быть повторено либо это же задание, либо каждый ребенок, называя свое имя, повторяет имена 1 или 2 предыдущих соседей

*Игра «Кубик эмоций»*

Все садятся в круг. По очереди бросают кубик, каждый участник изображает «выпавшую» на кубике эмоцию.

*Игра «Мои и мамыны руки»*

В детско-родительских парах участникам предлагается встать напротив друг друга и выполнять то, что просит тренер (каждое задание выполняется 2-3 минуты):

- протяните навстречу друг другу руки, познакомьтесь одними руками. Постарайтесь получше узнать своего соседа. Опустите руки.
- снова вытяните руки вперед, найдите руки соседа. Ваши руки ссорятся. Опустите руки.
- ваши руки снова ищут друг друга. Они хотят помириться. Ваши руки мирятся, они просят прощения, вы расстаетесь друзьями.

#### *Игра «Рукавички»*

Детско-родительским парам выдаются вырезанные из бумаги рукавички с незакрашенным узором. Задача пары – как можно быстрее (и главное!) одинаково раскрасить рукавички. Каждой паре выдается только 3 карандаша разного цвета.

#### *Игра «Головоломки на ковре»*

Используются головоломки типа «Танграм», «Колумбово яйцо», «Сложи квадрат», предназначенные для плоскостного моделирования. Под музыку пары – родитель-ребенок складывают по схеме узор. «Побеждает» пара, быстрее всех сложившая узор.

#### *Игра «Лавата»*

Дети и взрослые встают в круг. Держась за руки, движутся по кругу, повторяя за тренером слова:

Дружно танцуем мы: тра-та-та, тра-та-та, танец веселый наш, это - «Лавата»!

Тренер: «Мои руки (локти, колени, уши, плечи...) хороши?».

Участники: «Да!».

Тренер: «А у соседа?».

Участники: «Лучше!».

Далее движение по кругу продолжается. Участники держат друг друга за части тела, названные тренером.

### *Ритуал прощания «Бусы из улыбок»*

Дети и родители сидят по кругу, передавая друг другу клубок ниток. Каждый участник, передавая клубок соседу, берет рукой за нить. Передача клубка сопровождается улыбкой соседу. Когда клубок вернется к тренеру, участники натягивают нить.

Тренер:

-Давайте еще раз улыбнемся друг другу. Посмотрите, у нас получились бусы из улыбок!

А теперь пусть каждая «бусинка» ответит на мой вопрос.

(Вопросы для детей: Тебе понравилось играть с мамой? Какое у тебя сейчас настроение?

Ты бы хотел еще также поиграть с мамой?

Вопросы для родителей: Вам было интересно? Какие из заданий Вам особенно понравились? и т.д.).

### **Занятие 3**

#### *Упражнение «Ласковое имя»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч «ласковым» именем (напр.: «Я передаю мяч Валечке»).

#### *Игра «Кубик эмоций»*

Все садятся в круг. По очереди бросают кубик, каждый участник изображает «выпавшую» на кубике эмоцию.

#### *Упражнение «Я леплю из пластилина»*

Выполняется в паре (родитель – ребенок). Ребенок – «пластилин», родитель – «скульптор». Родитель «лепит» из «пластилина» заранее оговоренную фигуру.

#### *Игра «Передай настроение»*

Участники по кругу «передают» настроение, при помощи мимики и жестов (проводится по типу игры «Испорченный телефон»).

### *Игра «Займи свой домик»*

Родители с детьми садятся на стульчики, расположенные по кругу, «поросята» прячутся в свои домики. Но им очень хочется погулять, порезвиться и похрюкать. По сигналу тренера «поросята» выбегают и веселятся. Но наступает время возвращаться домой. По сигналу участники возвращаются в свои «домики». Пока «поросята» играли, ветер унес чей-то соломенный домик (тренер незаметно убирает один стульчик во время веселья). Но шустрый «поросенок» занимает домик своего соседа, и кто-то остается без домика.

### *Упражнение «Волшебные очки»*

Тренер объясняет: «Сегодня мы будем поочередно надевать волшебные очки. А волшебные они потому, что позволяют увидеть самое лучшее, что есть в каждом из нас, даже то, что мы обычно не замечаем. Просто представьте, что они надеты, посмотрите внимательно на всех присутствующих и постарайтесь увидеть как можно больше хорошего в каждом».

(Можно надевать воображаемые очки, а можно оправу, позаимствованную в театральном уголке или сделанную вручную из подручного материала.)

### *Ритуал прощания «Передай улыбку по кругу»*

Участникам предлагается взяться за руки, пожать их, улыбнуться соседу.

## **Занятие 4**

### *Упражнение «Встаньте те, кто...»*

Тренер дает задание: «Встаньте те, кто...любит бегать; радуется хорошей погоде; имеет младшую сестру; любит дарить цветы и т.д.

При желании роль ведущего могут выполнять дети. После завершения всем задаются вопросы, подводющие итоги игры: «Сейчас мы посмотрим, кто у нас в группе оказался самым внимательным. Кто у нас в группе любит сладкое? У кого есть младшая сестра?» Затем вопросы усложняются

(включают в себя две переменные): «Кто у нас в группе любит сладкое и имеет младшую сестру?». Каждый вопрос адресуется конкретному ребенку, если он не может ответить сам — ему помогает группа.

*Упражнение «Я леплю из пластилина»*

Выполняется в паре (родитель – ребенок). Родитель – «пластилин», ребенок – «скульптор». Ребенок «лепит» из «пластилина» заранее оговоренную фигуру.

*Игра «Найди свой цветок»*

Тренер объясняет: «На поляне росли цветы с семью лепестками. (Количество цветов соответствует количеству семейных команд.) Подул сильный ветер и лепестки разлетелись в разные стороны. Надо найти и собрать лепестки каждого «цветика–семицветика». Лепестки располагаются на полу, на шкафчиках, на столах, под стульями и в других местах помещения. Побеждает команда, которая быстрее всех найдет лепестки семи цветов (красный, желтый, синий, оранжевый, коричневый, фиолетовый, розовый).

*Упражнение «Эмоции»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). Тренер читает участникам сказку. Каждой паре выдаются пиктограммы с изображениями различных эмоциональных состояний. В процессе чтения участники откладывают карточки, которые на их взгляд отражают эмоциональное состояние героя в различных ситуациях.

*Упражнение «Нарисуй настроение»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). Участникам предлагается поведать остальным о своем настроении, нарисовав его символически.

*Ритуал прощания «Всем, всем до свидания»*

Участники становятся в тесный круг кладут друг другу руки на плечи и говорят: «Всем, всем до свидания»

## Занятие 5

### *Упражнение «Ласковое имя»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч «ласковым» именем (напр.: «Я передаю мяч Мишеньке»).

### *Игра «Сапожки»*

Детско-родительским парам выдаются вырезанные из бумаги сапожки с незакрашенным узором. Задача пары – как можно быстрее (и главное!) одинаково раскрасить сапожки. Каждой паре выдается только 3 карандаша разного цвета.

### *Игра «Кубик эмоций»*

Все садятся в круг. По очереди бросают кубик, каждый участник изображает «выпавшую» на кубике эмоцию.

### *Игра «Лавата»*

Дети и взрослые встают в круг. Держась за руки, движутся по кругу, повторяя за тренером слова:

Дружно танцуем мы: тра-та-та, тра-та-та, танец веселый наш, это - «Лавата»!

Тренер: «Мои руки (локти, колени, уши, плечи...) хороши?».

Участники: «Да!».

Тренер: «А у соседа?».

Участники: «Лучше!».

Далее движение по кругу продолжается. Участники держат друг друга за части тела, названные тренером.

### *Игра «Мои и мамыны руки»*

В детско-родительских парах участникам предлагается встать напротив друг друга и выполнять то, что просит тренер (каждое задание выполняется 2-3 минуты):

- протяните навстречу друг другу руки, познакомьтесь одними руками. Постарайтесь получше узнать своего соседа. Опустите руки.
- снова вытяните руки вперед, найдите руки соседа. Ваши руки ссорятся. Опустите руки.
- ваши руки снова ищут друг друга. Они хотят помириться. Ваши руки мирятся, они просят прощения, вы расстаетесь друзьями.

*Ритуал прощания «Рукопожатие»*

Участники встают в круг, берутся за руки. Слегка пожимают руку соседу и, глядя в глаза, с улыбкой говорят ему: «До свидания!».

## Занятия 6-9

«Давайте наблюдать»

Задачи:

Дети:	Родители:
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Обучать общаться с помощью невербальных средств (мимика; пантомимика; жесты; позы);</li><li>2. Продолжать учить распознавать эмоциональные состояния другого человека;</li><li>3. Развивать конструктивные способы взаимодействия, умение сотрудничать;</li><li>4. Воспитывать доброжелательное отношение к окружающим.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Формирование позитивной установки на общение с ребенком;</li><li>2. Развитие умения вырабатывать собственную тактику общения с ребенком с максимальной пользой для него;</li><li>3. Способствовать увеличению взаимной открытости.</li></ol>

### Занятие 6

*Игра «Давайте поздороваемся»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер рассказывает о разных способах приветствия, реально существующих и шуточных. Затем - предлагает поздороваться разными способами (плечом, руками, пальцами и т.д.). Приветствие выполняется по кругу.

*Игра «Угадай настроение»*

Каждому участнику раздается по 2 карточки с изображением эмоций (из 4 вариантов), затем тренер крутит волчок со стрелкой. Участник, на которого укажет стрелка, изображает эмоцию, которая есть у него на карточке, остальные участники должны поднять карточки с такой же эмоцией, если у них она есть.

*Игра «Веселый художник»*

Родителю и ребенку связывают руки (правую – у ребенка, левую – у родителя). Тренер предлагает взять связанными руками карандаш, и нарисовать что-либо на листе бумаги. Далее рассматривают получившиеся изображения, участники пытаются угадать – что получилось.

*Игра «Найди пару»*

Тренер раздает участникам вырезанные из бумаги мячики. Мячики «парные» – с одинаковым орнаментом. Количество пар мячиков соответствует числу участников. Под музыку, участники разбредаются по залу, отыскивают свою «пару».

*Игра «Мы не скажем, а покажем»*

Тренер раздает участникам карточки со словами-заданиями (поздоровайся; пожалея; рассмеши; поругай; попрощайся; позови; посади). Участники по кругу выполняют задание по отношению к тому, на кого укажет стрелка волчка. Обязательное условие – запрещается говорить, необходимо использовать только мимику, позы, жесты.

*Ритуал прощания: игра «Лучики»*

Все участники встают в круг, вытягивают в центр круга правую руку, кладут ладони – одну на другую. Вместе говорят – «Всем, всем – До свидания!».

## **Занятие 7**

*Упражнение «Давайте поприветствуем друг друга»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: Тренер бросает участникам мяч, и каждый по кругу здоровается с остальными участниками.

*Игра «Кто тебя позвал, узнай?»*

Участники встают в круг. Водящий (взрослый или ребенок) встает в центр круга, закрывает глаза. Участники по очереди подходят и дотрагиваются до водящего, задача водящего – отгадать, кто его «позвал».

*Упражнение «Ладонь на ладонь»*

Ребенок и родитель прижимают ладони друг к другу, и таким образом двигаются по комнате, где установлены разные препятствия, которые пара должна преодолеть (обойти стул, перешагнуть скамейку и т.д.)

#### *Игра «Передай настроение»*

Участники по кругу «передают» настроение, при помощи мимики и жестов (проводится по типу игры «Испорченный телефон»).

#### *Упражнение «Мозаика в парах»*

Каждая пара (родитель и ребенок) получает мозаику, детали которой делятся между ними поровну. Задача заключается в том, чтобы сложить общую картину. Для этого нужно задумать сюжет, распределить усилия, учитывать и продолжать действия партнера и пр.

По завершении работы каждое «произведение» показывается всем остальным, которые пытаются догадаться, что изобразили авторы.

#### *Ритуал прощания «Больше всего мне понравилось...»*

Участники садятся в большой круг для проведения заключительных «посиделок», во время которых высказывают свои впечатления о встрече, начиная словами: «Больше всего мне понравилось...»

### **Занятие 8**

#### *Упражнение «Доброе слово»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч по имени, добавляя эпитет (напр.: «Я передаю мяч доброму Виталику»).

#### *Упражнение «Маски»*

Каждому из участников выдается пиктограмма с изображением какого либо эмоционального состояния. Задание – выразить с помощью мимики это эмоциональное состояние. Остальные участники должны определить, что пытался изобразить участник.

#### *Игра «Займи свой домик»*

Родители с детьми садятся на стульчики, расположенные по кругу, «поросята» прячутся в свои домики. Но им очень хочется погулять, порезвиться и похрюкать. По сигналу тренера «поросята» выбегают и веселятся. Но наступает время возвращаться домой. По сигналу участники возвращаются в свои «домики». Пока «поросята» играли, ветер унес чей-то соломенный домик (тренер незаметно убирает один стульчик во время веселья). Но шустрый «поросенок» занимает домик своего соседа, и кто-то остается без домика.

*Игра «Мы не скажем, а покажем»*

Тренер раздает участникам карточки со словами-заданиями (поздоровайся; пожалей; рассмеши; поругай; попрощайся; позови; посади). Участники по кругу выполняют задание по отношению к тому, на кого укажет стрелка волчка. Обязательное условие – запрещается говорить, необходимо использовать только мимику, позы, жесты.

*Упражнение «Ладонь на ладонь»*

Ребенок и родитель прижимают ладони друг к другу, и таким образом двигаются по комнате, где установлены разные препятствия, которые пара должна преодолеть (обойти стул, перешагнуть скамейку и т.д.)

*Упражнение «Рисунок по кругу»*

Каждый участник начинает рисовать на свободную тему на своем листе бумаги, по сигналу тренера все передают свои рисунки соседу справа и продолжают рисовать. Передача рисунков по кругу осуществляется каждые одну-две минуты. Работа продолжается до тех пор, пока рисунки не вернуться к хозяину.

*Ритуал прощания: игра «Лучики»*

Все участники встают в круг, вытягивают в центр круга правую руку, кладут ладони – одну на другую. Вместе говорят – «Всем, всем – До свидания!».

## Занятие 9

### *Упражнение «Поприветствуем друг друга необычно»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер предлагает участникам поздороваться с окружающими разными необычными способами (локтями, носами, плечами и т.д.)

### *Игра «Прикоснись к синему цвету»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). По команде тренера участники должны прикоснуться к чему-нибудь синему на одежде своего партнера, затем тренер называет другой цвет.

### *Упражнение «Маски»*

Каждому из участников выдается пиктограмма с изображением какого либо эмоционального состояния. Задание – выразить с помощью мимики это эмоциональное состояние. Остальные участники должны определить, что пытался изобразить участник.

### *Игра «Найди пару»*

Тренер раздает участникам вырезанные из бумаги мячики. Мячики «парные» – с одинаковым орнаментом. Количество пар мячиков соответствует числу участников. Под музыку, участники разбредаются по залу, отыскивают свою «пару».

### *Упражнение «Ласковый мелок»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). Участники рисуют или пишут на спине друг у друга различные картинки или буквы, а потом отгадывают, что было изображено.

### *Упражнение «Пожалуйста»*

Участники становятся в круг. Водящий (взрослый или ребенок) показывает разные движения, а играющие должны повторить их лишь в том случае, если он добавит слово «пожалуйста».

### *Ритуал прощания «Больше всего мне понравилось...»*

Участники садятся в большой круг, высказывают свои впечатления о встрече, начиная словами: «Больше всего мне понравилось...»

## Занятия 10-13

### «Давайте общаться»

Задачи:

Дети:	Родители:
1. Закреплять знания об основных эмоциях, настроениях;	1. Воспитывать желание и умение взаимодействовать с ребенком, находить общие решения проблемных ситуаций;
2. Продолжать учить гибко использовать мимику, пантомимику и голос в общении;	2. Развитие чувства «мы», позиции «на равных» в общении с ребенком;
3. Развивать навыки сотрудничества;	3. Формирование опыта позитивного общения с ребенком;
4. Поощрять инициативность в общении со взрослыми.	

#### *Игра «Как ты сегодня себя чувствуешь?»*

Дети и взрослые садятся в круг. Перед ними разложены пиктограммы с изображением разных настроений. Тренер предлагает участникам выбрать картинку соответствующую их настроению, назвать настроение, объяснить выбор. Если кто-либо из участников выбирает негативное настроение, тренер предлагает команде подумать, как можно исправить («поднять») настроение участнику (пожалеть, рассмешить, успокоить и т.д.).

#### *Игра «Собери картинку»*

Родителю и ребенку предлагается собрать разрезную картинку («Ребенок играет с детьми», «Ребенок ломает игрушки», «Ребенок удивляется чему-либо»). Затем, к собранной картинке нужно подложить подходящую настроению ребенка на картинке пиктограмму.

#### *Игра «Найди маму»*

Мамы выстраиваются в ряд. Детям по-очереди завязываются глаза, задача – на ощупь найти маму.

#### *Игра-драматизация «Репка»*

Всем участникам раздаются шапочки с изображением персонажей сказки «Репка». Задача – драматизировать сказку, действуя в соответствии с ролью.

### *Игра «Рисуем вместе»*

Участникам предлагается нарисовать совместный рисунок «Мой детский сад». Для удобства лист бумаги для рисования кладется на круглый стол.

### *Ритуал прощания «Круг друзей»*

Участники встают в круг, кладут руки на пояс друг друга, по очереди отвечают на вопросы тренера («Тебе понравилось играть?», «Какое задание было самое веселое?», «Какое задание было самым трудным?» и др.), вместе говорят: «Всем, всем – до свидания!»

## **Занятие 11**

### *Упражнение «Поприветствуем друг друга необычно»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер предлагает участникам поздороваться с окружающими разными необычными способами (локтями, носами, плечами и т.д.)

### *Игра «Парные образы»*

Участникам раздаются символы: гриб и ель, заяц и морковь, сосулька и солнце, машина и светофор и т.д. Участники телом изображают образ, каждый находит для себя подходящую пару и молча встает рядом с ней. Затем участники называют, в каких образах они пребывали. Смена ролей и партнеров.

### *Упражнение «Ласковый мелок»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). Участники рисуют или пишут на спине друг у друга различные картинки или буквы, а потом отгадывают, что было изображено.

### *Игра «Мы не скажем, а покажем»*

Тренер раздает участникам карточки со словами-заданиями (поздоровайся; пожалей; рассмеши; поругай; попрощайся; позови; посади). Участники по кругу выполняют задание по отношению к тому, на кого

укажет стрелка волчка. Обязательное условие – запрещается говорить, необходимо использовать только мимику, позы, жесты.

#### *Игра «Лавата»*

Дети и взрослые встают в круг. Держась за руки, движутся по кругу, повторяя за тренером слова:

Дружно танцуем мы: тра-та-та, тра-та-та, танец веселый наш, это - «Лавата»!

Тренер: «Мои руки (локти, колени, уши, плечи...) хороши?».

Участники: «Да!».

Тренер: «А у соседа?».

Участники: «Лучше!».

Далее движение по кругу продолжается. Участники держат друг друга за части тела, названные тренером.

#### *Упражнение «Пожалуйста»*

Участники становятся в круг. Водящий (взрослый или ребенок) показывает разные движения, а играющие должны повторить их лишь в том случае, если он добавит слово «пожалуйста».

#### *Ритуал прощания: игра «Лучики»*

Все участники встают в круг, вытягивают в центр круга правую руку, кладут ладони – одну на другую. Вместе говорят – «Всем, всем – До свидания!».

## **Занятие 12**

#### *Упражнение «Доброе слово»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч по имени, добавляя эпитет (напр.: «Я передаю мяч доброму Виталику»).

#### *Игра «Как ты сегодня себя чувствуешь?»*

Дети и взрослые садятся в круг. Перед ними разложены пиктограммы с изображением разных настроений. Тренер предлагает участникам выбрать

картинку соответствующую их настроению, назвать настроение, объяснить выбор. Если кто-либо из участников выбирает негативное настроение, тренер предлагает команде подумать, как можно исправить («поднять») настроение участнику (пожалеть, рассмешить, успокоить и т.д.).

*Упражнение «Ласковый мелок»*

Выполняется в паре (родитель, ребенок). Участники рисуют или пишут на спине друг у друга различные картинки или буквы, а потом отгадывают, что было изображено.

*Игра «Найди маму»*

Мамы выстраиваются в ряд. Детям по-очереди завязываются глаза, задача – на ощупь найти маму.

*Игра-драматизация «Теремок»*

Всем участникам раздаются шапочки с изображением персонажей сказки «Теремок». Задача – драматизировать сказку, действуя в соответствии с ролью.

*Упражнение «Зеркальные рисунки»*

Ребенку вместе со взрослым предлагается нарисовать от оси (по образцу): ребенок рисует справа (если левша слева) взрослый слева. Договариваются каким карандашом. Взрослый определяет исходные точки. Карандаш ставят одновременно в одну точку и проводят в одном ритме. Примеры изображений: елочка, домик, кораблик.

*Ритуал прощания «Больше всего мне понравилось...»*

Участники садятся в большой круг для проведения заключительных «посиделок», во время которых высказывают свои впечатления о встрече, начиная словами: «Больше всего мне понравилось...»

### **Занятие 13**

*Упражнение «Дружба начинается с улыбки»*

Сидящие в кругу берутся за руки, смотрят соседу в глаза и дарят ему, по очереди, самую добрую, какая есть, улыбку.

*Упражнение «Волшебные очки»*

Тренер объясняет: «Сегодня мы будем поочередно надевать волшебные очки. А волшебные они потому, что позволяют увидеть самое лучшее, что есть в каждом из нас, даже то, что мы обычно не замечаем. Просто представьте, что они надеты, посмотрите внимательно на всех присутствующих и постарайтесь увидеть как можно больше хорошего в каждом».

(Можно надевать воображаемые очки, а можно оправу, позаимствованную в театральном уголке или сделанную вручную из подручного материала.)

*Игра «Головоломки на ковре»*

Используются головоломки типа «Танграм», «Колумбово яйцо», «Сложи квадрат», предназначенные для плоскостного моделирования. Под музыку пары - родитель-ребенок складывают по схеме узор. «Побеждает» пара, быстрее всех сложившая узор.

*Игра «Найди пару»*

Тренер раздает участникам вырезанные из бумаги мячики. Мячики «парные» – с одинаковым орнаментом. Количество пар мячиков соответствует числу участников. Под музыку, участники разбредаются по залу, отыскивают свою «пару».

*Упражнение «Рисование с закрытыми глазами»*

Родитель и ребенок поочередно рисуют на одном листе бумаге с закрытыми глазами на свободную тему.

*Игра «Найди маму»*

Мамы выстраиваются в ряд. Детям по-очереди завязываются глаза, задача – на ощупь найти маму.

*Ритуал прощания «Бусы из улыбок»*

Дети и родители сидят по кругу, передавая друг другу клубок ниток. Каждый участник, передавая клубок соседу, берет рукой за нить. Передача клубка сопровождается улыбкой соседу. Когда клубок вернется к тренеру, участники натягивают нить.

Тренер:

- Давайте еще раз улыбнемся друг другу. Посмотрите, у нас получились бусы из улыбок!

А теперь пусть каждая «бусинка» ответит на мой вопрос.

(Вопросы для детей: Тебе понравилось играть с мамой? Какое у тебя сейчас настроение?

Ты бы хотел еще также поиграть с мамой?

Вопросы для родителей: Вам было интересно? Какие из заданий Вам особенно понравились? и т.д.)

## Занятия 14 – 16

«Общайтесь на здоровье!»

Задачи:

Дети:	Родители:
1. Дать детям общее представление о здоровье как о ценности, о которой необходимо заботиться;	1. Формировать представления о необходимости соблюдения здорового образа жизни в семье;
2. Показать зависимость между умением эффективно общаться и состоянием психологического и физического здоровья человека;	2. Показать роль эффективного общения в психологическом и физическом здоровье членов семьи
3. Развивать эмпатию;	3. Формировать опыт проживания актуальной ситуации с позиции родителя и с позиции ребенка;
4. Воспитывать желание заботиться о своем здоровье.	4. Установление взаимопонимания с детьми.

### Занятие 14

*Упражнение «Дружба начинается с улыбки»*

Сидящие в кругу берутся за руки, смотрят соседу в глаза и дарят ему, по очереди, самую добрую, какая есть, улыбку.

*Беседа «Рассуждалки»*

Цель: узнать, насколько дети осведомлены в вопросе «Здоровья».

Ведущий задает ребенку вопросы «Что такое здоровье? Кто такой здоровый человек?» После чего ребенок высказывают свое мнение, отвечая на эти вопросы. Ответы фиксируются на доске. Далее идет переход к основной части тренинга.

*Игра «Полезно-неполезно»*

Ребенку предоставляется заранее подготовленные карточки с изображением различных продуктов (фрукты, овощи, жевательная резинка, чипсы, газированные напитки, соки, шоколад и др.) А также две корзинки (1-

ая: «холодильник», где хранится здоровая еда и напитки, 2-ая: «мусорное ведро», куда дети будут выбрасывать, на их взгляд, вредную для здоровья еду и напитки)

*Упражнение «Вопрос – ответ» для детей и взрослых.*

Задание детям: угадать персонажа мультфильма (сказки); задание взрослым: сформулировать правило здорового образа жизни.

Вопросы:

1. О каком правиле забыл Вини-Пух в гостях у Кролика? (Ответ: «... – Кажется, я застрял. Это все потому, что у кого-то слишком узкие двери. – Нет, это все потому что, кто-то слишком много ест...»). Правило: не переедать, не жадничать).

2. Какой мультипликационный мальчик стремился к жизни в деревне Простоквашино, и почему? (Ответ; Дядя Федор. Правило: находиться на свежем воздухе, трудиться).

3. В каком произведении Корнея Чуковского встречаются эти строки: «...Надо, надо умываться По утрам и вечерам, А нечистым трубочистам – стыд и срам! (Ответ: «Мойдодыр». Правило: соблюдать правила гигиены).

4. Какой мультипликационный герой произносил фразу: «Давайте жить дружно»? (Ответ: Кот Леопольд. Правило: необходимо поддерживать дружеские и дружелюбные отношения с людьми, уметь общаться).

5. Какой сказочный доктор самый добрый? (Ответ: доктор Айболит – «Добрый доктор Айболит! Он под деревом сидит. Приходи к нему лечиться и корова и волчица, и жучок и червячок, и медведица...»). Правило: Нужно следить за своим здоровьем. Если заболел – обращаться к врачу).

*Игра «Аукцион идей»*

Дети и родители, разделившись на две группы, по-очереди называют по одному правилу здорового образа жизни. «Что бы быть здоровым надо – ...» Побеждает команда, последней давшая правильный ответ.

*Ритуал прощания: игра «Лучики»*

Все участники встают в круг, вытягивают в центр круга правую руку, кладут ладони – одну на другую. Вместе говорят – «Всем, всем – До свидания!».

## Занятие 15

### *Упражнение «Доброе слово»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч по имени, добавляя эпитет (напр.: «Я передаю мяч доброму Виталику»).

### *Игра «Ромашка»*

Описание упражнения: на доске размещается цветок «Ромашка» с отрывными лепестками. На каждом лепестке написана одна пословица. Детям предлагается объяснить смысл народных пословиц о здоровье.

Взрослый: Посмотрите, у меня есть замечательный цветок – ромашка. На каждом его лепестке надпись. Давайте прочтем их (дети объясняют значение каждой пословицы).

1. «Здоровье не купить». (Здоровье дано нам природой, если человек теряет его, то вернуть его будет очень трудно, придется много лечиться).

2. «Болезнь человека не красит». (Больной человек всегда плохо выглядит, становится раздражительным, капризным).

3. «Труд – здоровье, лень – болезнь». (Каждый человек должен трудиться. Здоровый человек трудится с удовольствием, с желанием, у него все хорошо и быстро получается).

4. «Здоровье дороже богатства». (Бездумно растраченное здоровье, не вернут никакие врачи, сколько бы ты не заплатил).

5. «Береги платье снову, а здоровье смолоду». (Для того чтобы сохранить здоровье, его необходимо беречь каждый день, каждую минуту, соблюдать правила ЗОЖ).

### *Упражнение «Витамины»*

Ведущий рассказывает участникам, что нужно есть больше фруктов и овощей, в них очень много витаминов.

Витамин А – морковь, рыба, сладкий перец, петрушка. Важно для зрения

Витамин В – мясо, молоко, орехи, хлеб, курица.

Витамин С – цитрусовые, капуста, лук, редис, смородина. От простуды

Витамин Д – солнце, рыбий жир. Для косточек

### *Игра «Витаминные домики»*

Ведущий говорит: «Мы знаем, что в овощах и фруктах содержатся витамины А, В, С. Надо разместить карточки с овощами и фруктами в тот домик, какой витамин в нем содержится. А ваши мамы и папы будут вам помогать».

### *Игра «Солнечный зайчик»*

Родитель говорит: солнечный зайчик заглянул тебе в глаза. Закрой их. Он побежал дальше по лицу, нежно погладь его ладонями: на лбу, на носу, на ротике, на щечках, на подбородке. Поглаживай его аккуратно, чтобы не спугнуть. Погладь голову, шею, руки, ноги... Он забрался на животик, погладь его там. Солнечный зайчик любит и ласкает тебя, а ты погладь его и подружись с ним.

### *Игра «Отгадай движение»*

Дети идут под музыку по кругу. Взрослый в центре. Когда музыка затихает, он останавливается, показывает движение. Если это движение соответствует здоровому образу жизни (чистить зубы, умываться, расчесываться, делать зарядку) – все его повторяют. Если не соответствует (быть грустным, неопрятным, курить) – не повторяют.

### *Упражнение «Культура питания»*

Разыгрывается сценка «в гости к Мишутке». Обсуждаются возможные ситуации поведения зверушек по дороге в гости, перед праздничным обедом, и во время обеда.

Дети вместе с родителями проговаривают: Нельзя: пробовать все подряд, есть и пить на улице, есть немытое, давать кусать, гладить животных во время еды, есть много сладкого.

#### *Ритуал прощания «Круг друзей»*

Участники встают в круг, кладут руки на пояс друг друга, по очереди отвечают на вопросы тренера («Тебе понравилось играть?», «Какое задание было самое веселое?», «Какое задание было самым трудным?» и др.), вместе говорят: «Всем, всем – до свидания!».

### **Занятие 16**

#### *Упражнение «Дружба начинается с улыбки»*

Сидящие в кругу берутся за руки, смотрят соседу в глаза и дарят ему, по очереди, самую добрую, какая есть, улыбку.

#### *Упражнение «Вредные и полезные привычки»*

Взрослый предлагает детям в подгруппах (4-5 человек) одинаковые карточки с изображением «вредных» и «полезных» привычек. Дети должны разделить их, объяснить свое решение. Родители корректируют ответы детей

#### *Игра «Полезное – неполезное»*

Ведущий называет какое-либо действие. В зависимости от того, как оно влияет на наше здоровье, дети выполняют условные движения.

Инструкция: Ребята я буду называть какое-либо действие. Ваша задача, в зависимости от того, как оно влияет на наше здоровье, хлопать в ладоши или сидеть спокойно (если сохраняет – хлопок; если вредит – сидеть спокойно), как в игре «Съедобное - несъедобное».

*Примеры фраз:* трудиться, лениться, соблюдать чистоту, мало двигаться, закаляться, ходить зимой без шапки, делать зарядку, грустить, весело жить, простужаться, смеяться, унывать, заниматься спортом, ссориться с друзьями, гулять побольше, есть много сладкого, слушать родителей, одеваться по погоде, мыть руки.

#### *Упражнение «Волна потягиваний».*

Упражнение помогает быстро снять напряжение в группе, успокоить участников после активного упражнения или дискуссии на острую тему. Также упражнение помогает группе почувствовать себя единым организмом, вернуться в момент «здесь и сейчас», сконцентрировать внимание.

Описание. Все стоят в кругу. Ведущий медленно потягивается. Когда он закончит, человек стоящий слева от него, начинает медленно потягиваться, когда он закончит, начинает следующий участник и т.д., – таким образом, по кругу проходит волна.

#### *Упражнение «В больнице»*

Дети получают роли ребенка, мамы, врача, медсестры и разыгрывают ситуацию «В больнице». (Ситуации можно заготовить заранее, однако дети с упоением придумывают их сами, в этом случае можно брать за основу предложения детей).

#### *Упражнение «Мое настроение в больнице»*

Участники игры по очереди говорят, на какое время года, природное явление, погоду и т.п. похоже их настроение, когда они приходят в поликлинику.

#### *Упражнение «Я не буду болеть!»*

Ведущий предлагает детям нарисовать себя в такой ситуации, за таким делом, которые доставляют ребенку удовольствие, но невозможны в случае его болезни. (Например: купаться летом в реке, бегать под дождем босиком по лужам, кататься на коньках и лыжах, есть мороженое и др. Все это обычно не разрешается ребенку, когда он болен. Рисуя себя в такой ситуации, ребенок актуализирует образ себя здорового.)

#### *Ритуал прощания «Рукопожатие»*

Участники встают в круг, берутся за руки. Слегка пожимают руку соседу и, глядя в глаза, с улыбкой говорят ему: «До свидания!».

## Занятия 17 - 20

«Давайте вспоминать»

Задачи:

Дети	Родители
5. Закреплять умение проявлять эмоции различными социально приемлемыми способами;	5. Продолжать учить справляться со свойственными родителям переживаниями, препятствующими их нормальному самочувствию и общению с ребенком;
6. Формировать ситуативную адекватность (умение ребенка ориентироваться в ситуации и выбирать оптимальные модели поведения в каждой конкретной ситуации);	6. Формировать опыт проживания актуальной ситуации с позиции родителя и с позиции ребенка;
7. Развивать эмпатию;	7. Установление взаимопонимания с детьми.
8. Воспитывать желание и умение сотрудничать, учитывая интересы других.	

### Занятие 17

*Упражнение «Ласковое имя»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер держит в руках мяч.

Ход игры: участники передают друг другу мяч, и каждый называет того, кому передает мяч «ласковым» именем (напр.: «Я передаю мяч Мишеньке»).

*Упражнение «Маски»*

Каждому из участников выдается пиктограмма с изображением какого либо эмоционального состояния. Задание – выразить с помощью мимики это эмоциональное состояние. Остальные участники должны определить, что пытался изобразить участник.

*Игра-драматизация «Колобок»*

Всем участникам раздаются шапочки с изображением персонажей сказки «Колобок». Задача – драматизировать сказку, действуя в соответствии с ролью.

*Игра «Кто тебя позвал, узнай?»*

Участники встают в круг. Водящий (взрослый или ребенок) встает в центр круга, закрывает глаза. Участники по очереди подходят и дотрагиваются до водящего, задача водящего – отгадать кто его «позвал».

*Игра «Займи свой домик»*

Родители с детьми садятся на стульчики, расположенные по кругу, «поросята» прячутся в свои домики. Но им очень хочется погулять, порезвиться и похрюкать. По сигналу тренера «поросята» выбегают и веселятся. Но наступает время возвращаться домой. По сигналу участники возвращаются в свои «домики». Пока «поросята» играли, ветер унес чей-то соломенный домик (тренер незаметно убирает один стульчик во время веселья). Но шустрый «поросенок» занимает домик своего соседа, и кто-то остается без домика.

*Игра «Рисуем вместе»*

Участникам предлагается нарисовать совместный рисунок «Мой детский сад». Для удобства лист бумаги для рисования кладется на круглый стол.

*Ритуал прощания «Круг друзей»*

Участники встают в круг, кладут руки на пояс друг друга, по очереди отвечают на вопросы тренера («Тебе понравилось играть?», «Какое задание было самое веселое?», «Какое задание было самым трудным?» и др.), вместе говорят: «Всем, всем – до свидания!».

## **Занятие 18**

*Упражнение «Поприветствуем друг друга необычно»*

Дети и взрослые садятся в круг, тренер предлагает участникам поздороваться с окружающими разными необычными способами (локтями, носами, плечами и т.д.)

### *Игра «Выбери партнера»*

Сидя по кругу, участники молча, глазами, выбирают себе партнера, но так, чтобы этого никто не заметил. На счет «три» (тренер) партнеры подбегают друг к другу и берутся за руки. Если с первого раза игра не складывается, дети возвращаются на исходную позицию. Тренер следит за тем, чтобы пары менялись.

После игры можно выяснить, чем руководствовались дети, выбирая друг друга.

### *Игра «Угадай настроение»*

Каждому участнику раздается по 2 карточки с изображением эмоций (из 4 вариантов), затем тренер крутит волчок со стрелкой. Участник, на которого укажет стрелка, изображает эмоцию, которая есть у него на карточке, остальные участники должны поднять карточки с такой же эмоцией, если у них она есть.

### *Игра «Мы не скажем, а покажем»*

Тренер раздает участникам карточки со словами-заданиями (поздоровайся; пожалей; рассмеши; поругай; попрощайся; позови; посади). Участники по кругу выполняют задание по отношению к тому, на кого укажет стрелка волчка. Обязательное условие – запрещается говорить, необходимо использовать только мимику, позы, жесты.

### *Игра «Мои и мамыны руки»*

В детско-родительских парах участникам предлагается встать напротив друг друга и выполнять то, что просит тренер (каждое задание выполняется 2-3 минуты):

- протяните навстречу друг другу руки, познакомьтесь одними руками. Постарайтесь получше узнать своего соседа. Опустите руки.
- снова вытяните руки вперед, найдите руки соседа. Ваши руки ссорятся. Опустите руки.
- ваши руки снова ищут друг друга. Они хотят помириться. Ваши руки мирятся, они просят прощения, вы расстаетесь друзьями.

### *Игра «Найди пару»*

Тренер раздает участникам вырезанные из бумаги мячики. Мячики «парные» – с одинаковым орнаментом. Количество пар мячиков соответствует числу участников. Под музыку, участники разбредаются по залу, отыскивают свою «пару».

### *Игра «Головоломки на ковре»*

Используются головоломки типа «Танграм», «Колумбово яйцо», «Сложи квадрат», предназначенные для плоскостного моделирования. Под музыку пары – родитель-ребенок складывают по схеме узор. «Побеждает» пара, быстрее всех сложившая узор.

### *Ритуал прощания «Больше всего мне понравилось...»*

Участники садятся в большой круг для проведения заключительных «посиделок», во время которых высказывают свои впечатления о встрече, начиная словами: «Больше всего мне понравилось...».

## **Занятие 19**

### *Упражнение «Дружба начинается с улыбки»*

Сидящие в кругу берутся за руки, смотрят соседу в глаза и дарят ему, по очереди, самую добрую, какая есть, улыбку.

### *Упражнение «Похвалилки»*

Все участники встают в круг. Взрослый спрашивает «Кто умеет...», называя то действие, которое дети, посещающие детский сад, должны уметь выполнять. Если кто-то из стоящих в кругу умеет это делать, он делает шаг вперед и вся группа аплодирует и говорит: «Вот это здорово!»

### *Упражнение «Зеркало»*

Ведущий просит выйти в центр детско-родительскую пару. Один из вас сейчас будет выполнять роль «зеркала», задача которого точно повторить движения, которые перед ним выполняют. Второй участник, в свою очередь, будет выполнять разнообразные движения перед зеркалом. Затем поменяйтесь ролями.

Движения, выполняемые перед «зеркалом»:

-поднять руки вверх; улыбнуться; похлопать в ладоши; «погладить» себя по голове; подмигнуть; дотронуться пальцем до носа; выставить руки вперед; топнуть ногой; похлопать ладошками по щекам; поклониться (взрослый может подсказывать движения).

#### *Упражнение «Покажи нос»*

Задача участников: повторять движения и слова, когда ведущий называет ту или иную часть тела, и дотрагивается до нее рукой. Например, «нос» (кладем руку на нос).

Итак:

Раз, два, три, четыре, пять, начинаем мы играть.

Вы смотрите, не зевайте, и за мной все повторяйте,

Что я вам сейчас скажу и при этом покажу.

Затем ведущий намеренно буду «путает» участников: называет одну часть тела, а показывает другую. Необходимо заметить ошибку и не повторить ее.

#### *Ритуал прощания «Больше всего мне понравилось...»*

Участники садятся в большой круг для проведения заключительных «посиделок», во время которых высказывают свои впечатления о встрече, начиная словами: «Больше всего мне понравилось...».

### **Занятие 20**

#### *Игра «Похвали»*

Участники сидят в кругу. Тренер крутит волчок. Того, на кого укажет стрелка волчка, все начинают хвалить (например: «ты сегодня очень красивый», «мне нравится с тобой играть», «ты добрый» и т.д.). Игра продолжается до тех пор, пока таким образом не похвалят всех участников.

#### *Игра «Найди пару».*

Участникам раздаются картинки (фотографии с изображением лиц людей, выражающих различные эмоции и пиктограммы с эмоциями). Каждый участник получает одну картинку. Под музыку участники расходятся по залу. С окончанием звучания музыки участники должны

разбиться на пары: фотография + соответствующая ей пиктограмма. Выполняется 3-4 раза.

*Игра «Маленький художник»*

Родителям раздаются карточки с названием какой-либо эмоции (радость, удивление, печаль, спокойствие). Детям раздаются листы бумаги с прорисованными контурами лица. Задача взрослого - «позирование» ребенку (демонстрация выпавшей на карточке эмоции). Задача ребенка – нарисовать лицо, демонстрируемое взрослым.

*Игра «Узелки»*

Родитель и ребенок прячут одну руку за спину, и у каждого остается по одной рабочей руке. Перед ними шнурок. Задача – вдвоем завязать узелок на шнурке, используя по одной руке. Далее обсуждается, насколько сложно было выполнить задание, каким образом удалось справиться с заданием.

*Игра «Таня-плакса»*

Участники водят хоровод, в центре которого стоит «Таня», и читают стихотворение «Наша Таня» А. Барто. Пока участники читают стихотворение, «Таня» громко плачет. Когда хоровод останавливается, «Таня» вытирает слезы и улыбается.

*Ритуал прощания «Кулачок»*

Участники сидят в кругу. Тренер просит всех закрыть глаза. Раздает каждому участнику в руку мелкую игрушку, просит зажать ее в кулачок. Нужно сжать кулачок крепко-крепко, подержать. Участники раскрывают глаза. Тренер говорит заключительные слова, просит расслабить руку, раскрыть ладошку. Игрушки остаются участникам в качестве сувениров.

*Анализ клинического случая*

**Даша Ф.** (5 лет, 9 месяцев)

Соматический статус – ИЧБР (в течение года, как правило, болеет ОРЗ или ОРВИ 5-7 раз). Единственный ребенок в семье. Семья полная, проживает в двухкомнатной квартире вместе с бабушкой (семья матери).

*Родители:*

Мать: **Ангелина Игоревна Ф.**, 26 лет – служащая (бухгалтер);

Отец: **Сергей Сергеевич А.**, 32 года – служащий (программист);

*Анамнез:* ребенок от второй беременности, желанный. Первая беременность матери была прервана по медицинским показаниям. Во время второй беременности А.И. много думала о ребенке и выражала мысленное опасение о возможности возникновения нарушений развития у него. Ребенок родился в срок, без патологий развития. В течение первого месяца после родов у матери прекратилась лактация (по ее словам – на фоне стресса, из-за конфликта с мужем). В течение первого года жизни ребенок 4 раза перенес ОРВИ, и отнесен участковым педиатром к категории часто болеющих детей. С начала посещения детского сада (в возрасте 3,5 года) заболеваемость возросла до 5-7 раз в году.

*Анализ данных, полученных при первичной беседе с матерью и отцом ребенка.*

Большую часть времени девочка проводит с мамой или бабушкой. Отец отстранен от общения с дочерью, по словам матери, считает, что воспитание такого болезненного ребенка – «женское дело». Бабушка (70 лет, бывшая учительница), авторитарна, как в общении с дочерью, так и в общении с внучкой: часто отказывается водить ребенка на прогулку, возражает против посещения детского сада, ссылаясь на слабое здоровье девочки. Иногда в семье возникают конфликты между бабушкой и отцом ребенка из-за «методов воспитания», неприемлемых каждой из сторон.

### *Анализ наблюдения за общением ребенка с родителями*

Мать чрезмерно контролирует ребенка, что выражается в постоянном одергивании, вербальных замечаниях: «...не крутись, сиди спокойно...», «...поправь платье, ты же девочка, должна быть аккуратной...», «...не сиди у окна, там тебя может «продуть»...». Отец внешне отстранен, к дочери почти не обращается; в моменты, когда жена делает замечания ребенку, смотрит на них с недовольством, досадой.

#### ***Результаты диагностического исследования:***

***Родительское отношение к ребенку*** (методика ОРО – А.Я. Варга, В.В. Столина, методика ОДРЭВ – А.И. Захаровой)

Мать, заполняя бланк опросника, выразила согласие со следующими утверждениями: *«Я всегда сочувствую своему ребенку», «Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни», «Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка», «Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка», «Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый»,* что позволяет констатировать преобладание симбиотического типа отношения к ребенку. Характеризуя эмоциональное взаимодействие матери с ребенком, можно отметить достаточно низкие показатели по шкале эмоциональное принятие (*«Я многое хотела бы изменить в своем ребенке»; «Меня удручает, что мой ребенок растет совсем не таким, каким мне хотелось бы»*), неоптимальность поведенческих проявлений (*«Наши занятия с ребенком часто заканчиваются ссорой»; «Я очень устаю от общения со своим ребенком»*). Полученные данные указывают на то, что основным содержанием материнского отношения к ребенку является слияние с ним, стремление удовлетворить все потребности ребенка, оградить от всех трудностей жизни, а также постоянная тревога, возрастающая при увеличении дистанции между ребенком и матерью. При этом поведенческие реакции матери, как способы поддержания контакта с ребенком, часто неоптимальны, и не дают ожидаемых ею эффектов.

Отец, отвечая на вопросы методики «ОРО», отметил приемлемыми для себя следующие утверждения: *«Я часто испытываю досаду по отношению к своему ребенку», «Мой ребенок ничего не добьется в жизни», «Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям», «Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни»,* что указывает на преобладание инвалидизирующего типа отцовского отношения к ребенку. Анализируя эмоциональное взаимодействие отца с ребенком, отмечаем недостаточную выраженность показателей чувствительности (*«Мне тяжело понять желания моего ребенка», «Иногда я не понимаю, как ребенок может расстраиваться по таким пустякам»*), эмоционального принятия (*«Не всегда легко принять моего ребенка таким, какой он есть» «Меня удручает, что мой ребенок растет совсем не таким, каким мне хотелось бы»*), неэффективность поведенческих реакций в общении с ребенком (*«Я не поощряю мелкие успехи ребенка. Это может избаловать его», «Я редко сажаю ребенка к себе на колени»*). Полученные результаты позволяют утверждать, что в данной семье отец воспринимает своего ребенка как незрелого, видит более младшим, по сравнению с реальным возрастом, при этом вследствие уверенности в том, что причина проблем – в «избалованности» ребенка, считает, что изменить ситуацию может лишь строгий контроль любых его действий.

В целом отмечаем неэффективность родительского отношения к ребенку в обследуемой семье, что обусловлено неоднозначностью, конфликтностью отношения со стороны отца и матери. Мать, ощущая себя с ребенком единым целым, и стремясь оградить от всех жизненных трудностей, на эмоциональном уровне транслирует дочери тревогу, настраивает на созависимое поведение, тем самым парализует собственную активность ребенка, фиксацию на примитивных способах общения и поведения для обеспечения симбиотической связи. Общий фон отношения отца к ребенку – негативен и обусловлен представлениями о дочери, как о неприспособленной, неуспешной, социально несостоятельной (ребенок

эмоционально им не принимается). На поведенческом уровне отец, отстраняется от непосредственного общения с ребенком (избегает телесных контактов, воздействует на эмоциональное состояние ребенка с позиции применения, в качестве воспитательных воздействий, строгие требования к ребенку и существенные ограничения его поведения).

Следует отметить, что указанная противоречивость специфики материнского и отцовского отношения к ребенку обеспечивается, в том числе диссонансом супружеских отношений в подсистеме «муж – жена», а также межпоколенными конфликтами в отношениях между отцом и бабушкой ребенка, в связи с неэффективной, по мнению каждой из сторон, воспитательной стратегией.

**Особенности общения ребенка с родителями** (методика экспериментального исследования форм общения дошкольников со взрослыми (Смирнова Е.О., Рузская А.Г., Бедельбаева Х.Т.); методика наблюдения за активностью ребенка в общении со взрослым при совместной деятельности (Смирнова Е.О.); методика «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р.С., Кауфман С.Х.),

При исследовании форм общения со взрослым было отмечено следующее: *во время обследования девочка продемонстрировала активный интерес к совместной с матерью игре (данную ситуацию общения она выбрала в первую очередь). В процессе игры ярко проявляла инициативу, много и охотно говорила. Предложение совместного чтения книги приняла без желания. При обсуждении книги часто отвлекалась, была рассеянна, прямые вопросы вызывали затруднения. В ситуации внеситуативно-личностного общения также была невнимательна, речевое общение сводилось к односложным ответам на обращения матери.* Полученные данные свидетельствуют о несоответствии развития форм общения со взрослым у ребенка возрастным нормативным показателям. Внеситуативно-личностная форма общения, характерная для нормального онтогенеза общения старшего дошкольника, у девочки проявляется на достаточно

низком уровне.

Анализ *активности ребенка в общении с матерью* позволил отметить: в процессе обследования девочка в основном повторяет действия матери, проявляет инициативу, лишь освоив новый вид деятельности. На замечания взрослого реагирует преимущественно экспрессивно-мимически (согласие выражает улыбкой, кивком головы; если не согласна – хмурится), речевые высказывания представляют собой односложные ответы на вопросы матери. Интерес к совместной деятельности характеризуется кратковременностью («...Больше не хочу...устала...»). Уровень комфортности умеренный (ярко выраженного проявления эмоций не наблюдалось). Таким образом, процесс общения ребенка с матерью характеризуется в данном случае недостаточной выраженностью таких показателей коммуникативной активности, как внимание и интерес, эмоциональное отношение к взрослому, количество речевых высказываний. Слабо выражена инициативность ребенка в общении (лишь на основе усвоенных способов действий). Значительно отстает от нормы чувствительность ребенка к оценкам взрослого.

Характеризуя *поведение матери в процессе общения с ребенком* во время обследования, отмечаем ее стремление руководить действиями ребенка. При затруднениях дочери в выполнении действий (лепка, рисование), ярко выражено желание «сделать все за ребенка». Речевое общение носит более формальный характер, чем интимно-личностный, и связано с представлением готовых инструкций действий. При этом следует отметить постоянную обеспокоенность соматическим самочувствием ребенка: «...не бери карандаш в рот, насобираешь микробов...», «...давай у окна лучше сяду я, вдруг там дует...».

*Особенности эмоционального благополучия ребенка* оценивались на основании анализа «кинетического рисунка семьи».

*Центральное место на рисунке принадлежит маме, она самый крупный персонаж, что говорит о том, что в семье мама занимает главенствующее*

место. Справа располагаются папа и бабушка. В левом верхнем углу автор изображает себя (отдаленность и отстранение от членов семьи – эмоциональный дискомфорт во взаимоотношениях с ними). К членам семьи ребенок причисляет домашнее животное – кошку (недостаток эмоциональной близости с реальными членами семьи).

После завершения рисования членов семьи, ребенок дополнительно обводит глаза у персонажа «мама», поясняя: «...мама говорит, что меня насквозь видит...» (тревожность, конфликтность во взаимоотношениях с матерью). Рисуя бабушку, использует преимущественно черный цвет, штрихует, сильно нажимая на карандаш, комментирует «...всегда меня только ругает...» (враждебность, конфликтность во взаимоотношениях с ней). Мимика всех членов семьи выражает неудовольствие, негативные эмоции, что свидетельствует об эмоциональном неблагополучии ребенка в семейной ситуации. В образе «Я» преобладают холодные тона: синий, черный цвет (заниженная самооценка, эмоциональный дискомфорт). В целом, анализируя рисунок, констатируем: изображения мелкие, низкодетализованные; выполнены с сильным нажимом на карандаш; пропорции тела несколько искажены, в процессе рисования отмечаются частые самоисправления). Таким образом, преобладающими симптомокомплексами в данном рисунке выявлены: *тревожность, конфликтность*, что позволяет сделать вывод об эмоциональном неблагополучии ребенка в семье.

Таким образом, выявлены следующие особенности общения ребенка с родителями в обследуемой семье: регресс форм общения (ситуативно деловое общение преобладает над внеситуативно-личностным), а также снижение показателей его эффективности (недостаточную активность в общении и эмоциональное неблагополучие). Полученные результаты можно объяснить с позиции приобретения болезнью ребенка роли смысловой регуляции внутрисемейных отношений. Родители (особенно мать и бабушка) с одной стороны уделяют ребенку крайне много времени, сил, внимания, его

воспитание становится центральным делом их жизни, с другой стороны они игнорируют собственную активность ребенка, стремятся полностью контролировать его (позиция отца), что в свою очередь может препятствовать реализации полноценного общения ребенка с родителями.

После проведения с данной семьей системы коррекционно-развивающих мероприятий были отмечены следующие положительные изменения:

- В родительском отношении к ребенку: со стороны матери и отца преобладающим стал тип отношения *кооперация*: улучшился общий эмоциональный фон общения с ребенком, на невербальном уровне возросло количество транзакций, демонстрирующих позицию принятия родителей по отношению к дочери, изменились поведенческие реакции родителей (со стороны матери – предоставление ребенку большей самостоятельности, трансляция уверенности в успешности деятельности; со стороны отца – переориентирована тактика невмешательства, в позицию *сотрудничества* с ребенком). Нами также отмечены наиболее проблемные зоны коррекционного воздействия: в отношении матери они связаны с преобладанием эмоциональных реакций на ситуацию, своеобразным «застреванием» на них и проявлявшихся в самообвинении, обвинении других членов семьи (супруга, собственной матери); в отношении отца – излишней инструментализацией проблемы – видения пути ее разрешения в преобразовании лишь внешней ситуации (изменении системы требований к ребенку, способов контакта с ним) и при этом игнорирование пересмотра собственных внутренних установок относительно образа себя как отца.

Семейными ресурсами, позволяющими запустить саногенные механизмы, способствующие преодолению трудностей в сфере общения ребенка с родителями, и повышающие его сопротивляемость развитию болезни определены: переоценка родителями образа ребенка и себя как родителя (в том числе со стороны матери – преобразование негативного содержания симбиотического отношения к ребенку в стремление видеть во

взаимосвязи с ним ресурс для совместного решения проблем, со стороны отца – изменение внутренних оснований видения ребенка неумелым, неприспособленным, нуждающимся в строгом контроле, за счет формирования позиции безусловного принятия ребенка) установление положительного эмоционального фона взаимодействия с ребенком, оптимизация способов поддержания контакта с ним, соблюдение членами семьи здорового образа жизни.

- В общении ребенка с родителями: преобладающей формой общения с родителями у девочки стала внеситуативно-личностная (на фоне непосредственного общения на лично значимые темы) выросла активность ребенка в общении (при этом наиболее эффективным формирующее воздействие оказалось для такого компонента активности ребенка в общении, как *инициативность*). Как преобладающий в рисунке семьи, выполненном ребенком после системы коррекционно-развивающих мероприятий, стал симптомокомплекс *благоприятная ситуация*. Выявленные изменения показывают положительные изменения в показателях эмоционального благополучия ребенка.

- Осуществленный контроль состояния соматического здоровья ребенка в течение полугода, после реализации коррекционно-развивающей работы, позволил выявить следующие изменения: частота заболеваемости ребенка значительно снизилась: за полгода отмечен единственный случай заболевания ОРВИ и ее протекание в легкой форме (длительность заболевания сократилась до 3 дней, без осложнений.).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что целенаправленная коррекция родительского отношения к часто болеющим детям, определяет достоверные положительные изменения в специфике их общения с родителями, что в свою очередь способствует улучшению соматического статуса ребенка.