

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

ПЕХАРЄВА АЛЬОНА СТАНІСЛАВІВНА

УДК 159.923.31 – 053.2

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

19.00.04 - медична психологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Харків - 2016

Дисертацією є рукопис
Робота виконана в Харківському національному університеті
імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор
Кочарян Олександр Суренович,
Харківський національний університет
імені В.Н. Каразіна,
кафедра психологічного консультування і
психотерапії, завідувач кафедри.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор
Піонтковська Оксана Володимирівна,
КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1»,
м. Харків, головний лікар.

кандидат психологічних наук,
Кирилова Олена Олександрівна,
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України»,
відділення психології розвитку, старший
науковий співробітник.

Захист відбудеться «16» вересня 2016 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.051.08 в Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна за адресою: 61022, м. Харків, пл. Свободи, 4.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна за адресою: 61022, м. Харків, пл. Свободи, 4.

Автореферат розіслано «12» серпня 2016 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

Н.В. Барінова

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

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

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

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

Часті й тривалі ГРЗ у значній мірі змінюють характер функціонування особистості, що обумовлює необхідність створення програм психологічної допомоги даному контингенту хворих дітей.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна в рамках НДР «Моделі формування гендерної ідентичності у сучасному культурному просторі України» (№ д/р 0115U004051, 01.04.2015-31.12.2017).

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

Мета та задачі дослідження.

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

Відповідно до мети роботи були поставлені такі *задачі*:

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

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

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

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

Методологічну й теоретичну основи дослідження складають фундаментальні положення генетичної психології С.Д. Максименка, теорія ставлень В.М. Мясіщева, культурно-історична концепція розвитку Л.С. Виготського, положення стосовно розвитку дитини в умовах соматичного неблагополуччя (Л.С. Виготський, І.В. Добряков, Д.М. Ісаєв, В.В. Ніколаєва, І. Харді та ін.), теорія і практика психотерапії (О.С. Кочарян, К. Роджерс, І. Ялом, Т.С. Яценко та ін.), та основні принципи і методи надання медико-психологічної допомоги дітям (В.Г. Бурменська, І.В. Вачков, О.І. Захаров, С.А. Ігумнов, Д.Н. Ісаєв, Б.Д. Карвасарський, О.О. Кирилова, А.Г. Лідере, Е.К. Лютова, І.М. Марковська, А.А. Осіпова, О.В. Піонтковська, К. Роджерс, А.С. Співаковська, Н.Ф. Шевченко, А. Фрейд та ін.), статево-рольовий підхід (О.С. Кочарян)

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- визначено наявність дискордантності у структурі особистості ЧХД, а саме: поєднання контрарних рис - відособленості й залежності, еготизму й центрації на значимій людині тощо;
- виявлено психосемантичні особливості самоствавлення ЧХД, а саме: воно «ненасичене» радістю й конотовано почуттями сорому та провини, гострими почуттями невдачі, неспішності й відчуженості від інших людей;

- виявлено гендерні особливості самоставлення ЧХД, що відбивають ретардацію статеворольового розвитку та її різних наслідків для хлопців та дівчат препубертатного віку;

- виявлено феномен «гендерної пустоти», а саме: недостатня включеність ЧХД у систему гендерних стосунків;

- визначено спотворення суб'єктивного простору ЧХД, а саме: депривованість таких його секторів, як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, соціальних зв'язків, що свідчить про порушення механізмів фузії/сепарації в процесі розвитку таких дітей;

дістали подальшого розвитку:

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

доповнено та уточнено:

- уявлення про особистість ЧХД, яка характеризується паранойальними, сенситивними, залежними, інфантильними та астено-апатичними рисами;

- наукові знання щодо ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій, а саме: пасивність, пошук сильного наставника, інтрапунітивність тощо.

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

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

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

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

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на восьми наукових конференціях: Міжнародна молодіжна науково-практична конференція «Вектори психології» (Харків, 2013 р.), «Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: VII Международная конференция» (Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2016 р.); Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» – (Харків «ХАІ», 2014 р.), Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні

напрями наукових досліджень» (м. Київ, 10-11 липня 2015 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (м. Львів, 22-23 квітня 2016 р.); V Відкрита науково-практична конференція «Актуальні проблеми дошкільної освіти» (м. Харків 26 квітня 2016 р.); Міжнародна молодіжна науково-практична конференція «Вектори психології», (м. Харків, 27 квітня 2016 р.); Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків «ХАІ», 2016 р.).

Публікації. За темою дисертації написано та опубліковано 6 наукових статей, із них 3 - у фахових виданнях України з психології, 3 – у міжнародному періодичному виданні та 8 - у збірниках тез конференцій.

Структура й обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 338 найменувань). Робота викладена на 256 сторінках машинописного тексту (основний текст - 168 сторінок) та містить 31 таблицю та 16 малюнків.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **вступі** обґрунтовано актуальність дослідження, визначено об'єкт, предмет, мету і задачі дослідження, розкрито теоретико-методологічну основу та представлено методи дослідження, висвітлено наукову новизну, практичне значення та впровадження одержаних результатів роботи, наведено дані щодо їх апробації.

Розділ 1 «Теоретико-методологічні положення дослідження системи відносин соматично хворої дитини» присвячено огляду відповідної наукової літератури.

У структурі хронічних захворювань ЧХД найбільш значними є захворювання ЛОР-органів (32% - 87,3%). Саме це обумовило інтерес до даної категорії хворих.

Небезпека частих респіраторних захворювань у дітей (І.В. Василевський, Л.С. Намазова, Г.А. Самсигіна) призводить до: 1) порушення розвитку різних органів і систем організму: дихальної, серцево-судинної, шлунково-кишкової, вегетативної нервової системи, що предиспонує порушенням компенсаторно-адаптаційних механізмів; 2) зниження імунологічної резистентності, особливо у випадках необґрунтованого прийому значної кількості медикаментів; 3) у зв'язку з обмеженням рухової активності розвиваються фонові захворювання (рахіт, дистрофія, анемія тощо) та спостерігається ретардація рухового розвитку; 4) порушення соціальної адаптації, що пов'язано з обмеженням контактів, неможливістю брати участь у роботі гуртків, спортивних секцій тощо; 5) порушення статусу ЧХД у сім'ях через багаточисельні обмеження.

У медико-психологічній літературі розглянуто різні аспекти ЧХД: психологічні особливості (А.А. Міхеєва); особливості мовного розвитку (О.В. Груздева); особливості мотиваційної сфери (Г.Г. Вилегжаніна); особливості маніфестації тривожності (Е.Ю. Дубовик); гендерні особливості прояву тривожності (Ж.Г. Дусказієва); особливості самосвідомості й самооцінки (Н.А. Мосіна, С.В. Чекрякова); ставлення батьків до ЧХД (Л.В. Доманецька, Е.В. Котова); особливості розуміння обману (В.О. Штумф) тощо.

Визначено, що образ «Я» у ЧХД має дефіцитарний характер: він негативний, пов'язаний із неприйняттям себе, своєї зовнішності, низькою самооцінкою, переживанням «малоцінності». У зазначених роботах показано, що страждають механізми регуляції, зокрема смислової, а також її темпоральні аспекти – існує лише теперішнє. ЧХД мають високі показники тривожності, знаходяться у симбіотичній позиції з матір'ю. Виявлено декілька різновидів симбіотичного прив'язування – власне симбіотичний, симбіотично-авторитарний, прив'язувально-гнітючий, і взагалі, більш позитивно, без страху оцінюють жіночий образ (незалежно від статі). Таке становище відбивається й у внутрішній картині хвороби.

Відмічається наявність рентності у ставленні дитини до своєї хвороби – хвороба приваблива, надає можливість одержати материнську увагу, турботу, тепло, жалість. Хвороба сприймається дитиною як вимушене обмеження, якими вона «заслуговує» («намучилась») на увагу до себе. Міжособистісна залежність пов'язана з високими показниками емоційного інтелекту – ЧХД виявляють схильність до «суб'єктного» конструювання і менш чутливі до «об'єктних» складових соціального перцепту. Залежна позиція робить ЧХД менш критичними – вони не чутливі до обману й самі не схильні до обману.

Важливу роль відіграє й загальна астенизація ЧХД, яка призводить до ретардації розвитку, здатності до планування й довільності своїх дій, проблем із увагою та пам'яттю, зниження активності, ініціативності, інтересу, до виснаженості психічної діяльності (І.П. Бад'їна, Л.В. Доманецька, В.О. Штумф та ін.).

Власне психологічні засоби подолання хвороби не сформовані (В.А. Ковалевський, В.А. Уриваєв), що потребує активізації «зовнішніх захистів» у постаті «контейнуючих» тривогу батьківських фігур. Проте, психологічна структура сім'ї (активна, домінантна мати з «прив'язаною» до неї дитиною та дистанційований від них батько) фіксує дитину в інфантильній позиції. Тому без зміни даної структури, мобілізація саногенного ресурсу ускладнена. Адже у зв'язку з загальною незадоволеністю сімейними стосунками, сімейна структура залишається резистентною до психотерапевтичного впливу. Проте у ЧХД все ж таки є ресурс позбавлення хворобливого стану: 84% таких дітей (за даними опитування) налаштовані на запобігання хворобливих симптомів.

Загалом, соціальна ситуація розвитку ЧХД характеризується двома типами обмежень (Г.А. Аріна, В.В. Ніколаєва.), що сприяють ретардації розвитку: 1) рухове обмеження; 2) обмеження пізнавальної діяльності.

Отже, визначено багато парціальних психологічних особливостей ЧХД, а їх цілісна характеристика майже відсутня. Крім того, недостатньо дослідженими є ЧХД молодшого шкільного віку. Ситуація тривалих й частих ГРЗ змінює характер системи ставлень дитини до оточуючого світу та до себе, яка є системоутворювальним елементом особистості (В.М. Мясіщев).

У другому розділі «Організація та методи дослідження» надано характеристику дослідницьких груп та методів дослідження. У дослідженні взяло участь 62 дитини (29 хлопчиків, 33 дівчинки) молодшого шкільного віку, які хворіють 4-5 разів на рік, їх інфекційний індекс становить 0,33-0,49. Групу контролю складало 62 умовно здорові дитини, (30 хлопчиків, 32 дівчинки) з частотою

від 1 до 3 епізодів ГРЗ на рік, а їх інфекційний індекс менший ніж 0,30. Усі діти виховувались у повних сім'ях.

У роботі були використані наступні методики дослідження, спрямовані на діагностику: *особистісних особливостей ЧХД* - адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Кеттелла (адаптація Е.М. Александровської); графічний тест «Зірки і хвили» (Урсула Аве Лаллемант); *самоствалення* - колірний тест відносин (О.М. Еткінд); *ствалення до важких життєвих ситуацій* - проєктивний тест «Людина під дощем»; експериментально-психологічна методика вивчення фрустраційної реакції С. Розенцвейга (дитячий варіант, адаптація О.Є. Данілова); *міжособистісних стосунків* - методика «Міжособистісні відносини дитини» (Р. Жіль); методика «Кінетичний малюнок сім'ї» (КМС, Р. Бенс, С. Кауфман); методика «Малюнок родини тварин» (О.Л Венгер), інтерв'ю на основі модифікованого опитувальника «Суверенність психологічного простору (СПП)» (С.К. Нартова-Бочавер); опитувальник шкільної тривожності (Філліпс); *гендерних настанов* - модифікований варіант методики «Малюнок чоловіка і жінки» (Н.М. Романова).

Для обробки отриманих результатів використовувалися наступні математично-статистичні методи: факторний аналіз (метод головних компонент з Варіаціями – ротацією), кореляційний аналіз (τ -Кендалла), t-критерій Стюдента, ф-критерій Фішера, G-критерій знаків для зв'язаних вибірок.

У розділі 3 «Особливості системи ставлень дітей, які часто хворіють» наведено результати власного емпіричного дослідження.

Ми виходили з того, що особистість є сталою структурою, у якій у формі характерологічних рис відбиті ставлення до себе та оточення. За методикою Кеттела було визначено низку стильових рис ЧХД, які за характер-аналітичним підходом (С. Джонсон, Н. МакВільямс) формуються до шести років.

Таблиця 1

Характерологічні особливості ЧХД

Риса	Позначення	t
Фактор А (-) (холодність- доброзичливість)	Недовірливість, надмірна образливість, відсутність інтуїції в міжособистісних стосунках, у поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм.	-2,51*
Фактор С (-) (емоційна нестійкість стабільність)	Гостро реагують на невдачі, оцінюють себе менш здатними, ніж однолітки, виявляють нестійкість настрою, погано контролюють свої емоції, зазнають труднощі в пристосуванні до нових умов.	-2,24*

Продовження таблиці 1

Фактор Е (-) (покірність- незалежність)	Слухняний, залежний, поступливий, легко підкоряється.	-3,12**
Фактор F (-) (стурбованість- безтурботність)	Розсудливий, обережний, серйозний, пасивний.	-2,67**
Фактор Н (-) (боязкість-сміливість)	Боязкий, соромливий, чутливий до загрози.	-2,81**
Фактор О (+) (самовпевненість- пригніченість)	Тривожний, заклопотаний, повний передчуттям невдач, емоційно нестриманий, дистимічний.	2,32*

Примітка t – критерій Ст'юдента; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

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

Для визначення психосемантичних особливостей системи самоствалення ЧХД було використано «Метод колірних відносин». Насамперед зазначена вище методика дозволила виявити особливості конотування «Я»-системи. Спочатку було визначено середні показники кореляцій між конструктами в ЧХД. Виявлено п'ять значимих зв'язків, з них два позитивні: «Я» - «сором» ($\tau = 0,34$; $p = 0,01$), «Я» - «провина» ($\tau = 0,31$; $p < 0,05$); та три негативні: «Я» - «задоволення» ($\tau = - 0,39$; $p < 0,01$), «Я» - «радість» ($\tau = -0,38$; $p < 0,01$), «Я» - «успіх» ($\tau = - 0,37$; $p < 0,01$). Отже, особливість психосемантики системи «Я» (самоствалення) ЧХД полягає в тому, що їм притаманне переживання себе як неуспішного, незадоволеного, безрадісного, наповненого почуттями сорому та провини.

Сором містить спокусу відмовитися від своєї ідентичності з метою прийняття з боку іншого й пов'язаний із труднощами вираження нарцистичних прагнень й з прийняттям себе. Наслідками цього є дисфорія, субдепресивні та тривожні стани. ЧХД схильні обривати контакти з оточенням, закриваючись у собі та дистанціюючись від інших. Це також є проявом вищезазначеної особистісної дискордантності. Переживання сорому та провини викликає самоосуд і супроводжується зниженням самооцінки. Позбавлення системи «Я» радості, успіху та задоволення свідчить про генералізоване напруження, невдоволеність собою, про почуття «безпорадності», про наявність психічної дезадаптації.

Було проаналізовано достовірність розходжень у частоті статистично значущих кореляційних зв'язків ЧХД і групи контролю окремо у групах хлопців та дівчат. Дані наведено у таблицях 2 та 3.

Таблиця 2

Достовірність розходжень частоти поширеності кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у хлопців між групами ЧХД і К

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

Примітка: К – група контролю; ϕ – критерій кутового перетворення Фішера; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

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

Таблиця 3

Достовірність розходжень частоти поширеності кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у дівчат між групами ЧХД і К

Тип зв'язку	Модальність зв'язку	ЧХД (%)	К(%)	ϕ
«Я» - «сором»	+	66,7	43,8	1,87*
«Я» - «провина»	+	54,5	37,5	1,38
«Я» - «задоволення»	-	48,5	66,7	2,30*
«Я» - «радість»	-	39,4	45,5	0,50
«Я» - «успіх»	-	36,4	59,4	1,87*

Примітка: К – група контролю; ϕ – критерій кутового перетворення Фішера; * - $p < 0,05$.

Із наведеної таблиці 3 видно, що «Я»-система дівчат із групи ЧХД є менш спотвореною: вона не є конотованою «провиною» й не відрізняється від дівчат групи контролю за насиченістю «радістю». У літературі (Р.Т. Поттер-Ефрон) визначається, що «сором» належить до системи «Я», а почуття провини до системи дії. Дівчата не відчують того, що не відповідають рольовим зразкам – вони відчують себе менш успішними, але позиція «інфанта» в сім'ї й школі для них більш природна, не викликає внутрішніх заперечень. Близько шести років починається новий етап психосексуального розвитку (препубертат), пов'язаний із формування статевої ідентичності (Г.С. Васильченко). Хлопці мають пройти через систему маскулітних фільтрів (ідентифікація з батьком, статеві сегрегація, гомосоціофілія, чоловічий шовінізм, дружбу тощо), що забезпечує їх нормативну гендерну соціалізацію. Ухилення від нормативного розвитку створює гендерну тривогу, яка відбиває порушення гендерної соціалізації. А система обмежень є

стрижневою характеристикою соціальної ситуації розвитку ЧХД і є особливо небезпечною саме для гендерного розвитку хлопців.

У дівчат із групи ЧХД конструкт «радість» не пов'язаний із конструктами «успіх» ($\tau = -0,20, p > 0,05$) та «задоволеність» ($\tau = -0,21, p > 0,05$), що вказує на те, що «радість» має не «ділове» походження. У той час, як у хлопців вказаної групи конструкт «радість» пов'язаний з конструктами «успіх» ($\tau = -0,34, p < 0,01$) та «задоволеність» ($\tau = -0,39, p < 0,01$), що свідчить про традиційно-культурну (Т. Парсонс) інструментальність (ділову направленість) хлопчиків.

Слід зауважити, що у хлопців із групи ЧХД спостерігається злиття почуттів «сорому» й «провини» ($\tau = 0,44, p < 0,01$); у дівчат навпаки - вони є диференційованими ($\tau = 0,19, p > 0,05$). Отже, у дівчат система «Я» менш спотворена, ніж у хлопців.

Для визначення гендерних настанов ЧХД було використано модифікований варіант методики «Малюнок чоловіка й жінки». На малюнках персонажі представлені в анфас, на значній відстані один від одного; між фігурою хлопчика й дівчинки відсутня чітка диференціація - ознаки статі часто взагалі відсутні. Такі малюнки відбивають гендерну настанову, ідентифіковану як «статеворольова індіферентність». Отже, у ЧХД відзначається феномен «гендерної пустоти» й ретардація статево-рольового розвитку.

За результатами спеціального інтерв'ю (на основі компонентів методики «Суверенний простір особистості») визначено, що у ЧХД спостерігається спотворення суверенності психологічного простору, а саме таких компонентів: фізичне тіло ($t = 2,32; p < 0,05$), територія ($t = 2,17; p < 0,05$), речі ($t = 1,98; p < 0,05$), звички ($t = 2,65; p < 0,01$), соціальні зв'язки ($t = 2,83; p < 0,01$). Такі порушення суб'єктивного простору predisponують дискомфорту, що викликаний дотиками, запахами, примусом; діти страждають від відсутності власних територіальних меж, невизнання наявності власних речей, «насильницьких» спроб батьків змінити комфортний розпорядок, контролю над соціальним життям. Депривованість психологічного простору вказує на порушення сепараційних процесів, невизначеність «Я»-системи, внутрішньоособистісний конфлікт процесів фузії/дистанціювання, що тільки імітує справжню сепарацію.

Ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій характеризується формуванням непроникного «захисного панцира», тенденцією до «відходу» від дискомфорту шляхом втечі від реальності за допомогою включення надмірності психологічних захистів, зокрема за типом фантазування.

ЧХД властива інтрапунітивна спрямованість реакцій ($t = -2,88; p < 0,01$), що свідчить про самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; зниження фіксації на задоволенні власних потреб ($t = -2,83; p < 0,01$) та рівня соціальної адаптації ($t = -2,02; p < 0,05$).

Емоційний стан дітей, які часто хворіють, характеризується високим рівнем тривожності ($t = 2,80; p < 0,01$), фрустрації потреби в досягненні успіху ($t = 2,47; p < 0,05$), страху самовиявлення й саморозкриття ($t = 1,98; p < 0,05$), низькою стресостійкістю ($t = 3,90; p < 0,01$), високою тривогою з приводу оцінок результатів

своїх успіхів, думок та вчинків іншими людьми ($t=2,13$; $p<0,01$). Ситуації перевірки знань викликають у них страх і тривогу ($t=2,18$; $p<0,01$).

Було визначено особливості сімейної соціалізації у ЧХД: ставлення до матері, до батька, до батьків як до сімейного подружжя.

У таблиці 4 представлена поширеність основних типів сімейної взаємодії.

Таблиця 4

Поширеність типів сімейної взаємодії в групах ЧХД і К

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

Примітка: К – група контролю; ϕ – критерій кутового перетворення Фішера; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Гармонійний тип сімейної взаємодії майже не представлений у групі ЧХД, більш поширеними у цій групі є вибірково-відкидаючий, коаліція з матір'ю та кумир родини. Тобто у ЧХД спостерігається спотворення сімейної соціалізації. Коаліція з матір'ю й вибірково-відкидаючий типи взаємодії відбивають напружене подружнє спілкування, в яке втягується хвора дитина. Тому, сімейне напруження є чинником, що предиспонує розвитку частих рекурентних епізодів ГРЗ. Ймовірно, хвороба дитини несе декілька смислів: примирення батьків; викриття чоловіка в його холодності, неспроможності, немужності, безвідповідальності, в тому, що він винен у нещасливості дружини; викриття жінки у тому, що вона неспроможна народити здорову дитину; у тому, що хвороба дитини – результат втручання когось стороннього, наприклад бабусі, тощо. Тому хвороба дитини є резистентною до терапії – у ній «зацікавлені» деякі члени сім'ї: дитина – одержує «любов», жінка – викриває/наближає чоловіка, чоловік – набуває «свободу», або, навпаки, смисл бути у сім'ї. Це демонструє, що поряд із біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують й психологічні.

У четвертому розділі «Розробка психокорекційного комплексу, спрямованого на нормалізацію системи ставлень дітей, які часто хворіють» визначено основні принципи, цілі, мішені, задачі та методи психокорекції.

Метою комплексу психокорекційних заходів є нормалізація системи ставлень особистості ЧХД.

Мішені психокорекції: саморозуміння (когнітивний аспект); ставлення до себе й до світу (емоційний аспект); саморегуляція (поведінковий аспект).

Як ідеологічна основа психокорекційного комплексу виступили ідеї клієнт-центрованого підходу К. Роджерса. Психокорекційний комплекс побудований за полімодальним принципом і включає наступні елементи провідних на сьогоднішній день методів психокорекції: когнітивно-поведінкового, ігрового, психогімнастичного, арт-терапевтичного.

Розробка психокорекційного комплексу здійснювалася на основі прийнятих принципів психокорекційної роботи з дітьми, їх батьками та педагогами.

У психокорекційному комплексі взяло участь 20 дітей, які часто хворіють, (10 дівчаток і 10 хлопчиків) у віці від 8 до 11 років. Їх батьки в кількості 40 осіб (20 матерів і 20 батьків) у віці від 28 до 42 років. В цілому психокорекційний комплекс реалізований упродовж 2,5 місяців за 15 сесій.

Програма психокорекції складається з трьох етапів: діагностичний, корекційний, оцінювальний. Кожен з етапів має певні фази (рис. 1).



Рис. 1. Структура комплексу психокорекції

Корекційний етап включає наступні блоки: 1) програма тренінгу для ЧХД; 2) програма тренінгу для батьків; 3) програму роботи з вчителями ЧХД; 4) програму індивідуальних психокорекційних зустрічей з ЧХД та їх батьками.

Перший блок («дитячий») спрямований на корекцію особистісних особливостей, дефіцитів «Я»-системи, підвищення активності й самостійності, редукцію психоемоційного напруження, формування адекватних гендерних настанов. Форма роботи – групова.

Другий блок («батьківський») спрямований на корекцію батьківського ставлення до дитини через підвищення психологічної культури батьків, їх знайомство з основними теоретичними положеннями щодо нормативної структури сім'ї, ефективного та неефективного ставлення до дитини; усвідомлення батьківських настанов; формування відповідальності за зріле батьківство; усвідомлення ролі своєї дитини в сімейній структурі; розвиток навичок батьківського холдингу. Робота проводилась у групах.

Третій блок («вчительський») спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості ЧХД і формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей. Форма роботи - педагогічна конференція.

Четвертий блок спрямований на нормалізацію стосунків між ЧХД та їх батьками. Задачі блоку: розвиток батьківської компетентності, руйнування коаліцій, формування нових альянсів і через них нормалізація сімейної структури, прояснення внутрішніх та зовнішніх меж сім'ї. Форма роботи – індивідуальна конкурентна та сумісна сімейна терапія.

Залежно від типу сімейного виховання було розроблено 4 програми індивідуальних і сумісних занять з сім'ями ЧХД (батьківський блок). *Відкидаючий тип* - завданням є підвищення сімейної згуртованості, зростання рівня емоційного зв'язку між членами сім'ї, формування батьківської компетентності, підвищення рівня самооцінки дитини; *вибірково – відкидаючий тип* - завданням є налагодження зв'язків між членами сім'ї, формування позитивного досвіду стосунків з відкинутим членом сім'ї, розвиток почуття значущості в житті сім'ї; *коаліція з матір'ю* - завданням психокорекційних занять є руйнування коаліції «мати-дитина» й формування сімейного альянсу «дитина-батьки»; *«кумир сім'ї»* - завданням є перерозподіл «влади», підтримка батьків у створенні нових правил сімейної взаємодії, ослаблення центрації на дитині.

Оцінка ефективності психокорекційного комплексу була здійснена на основі: 1) даних, що надали батьки за параметрами: «позитивні зміни з дитиною» ($G=4$, $p=0,01$), «позитивні зміни зі мною» ($G=13$, $p<0,05$), «позитивні зміни з сім'єю в цілому» ($G=5$, $p=0,05$); 2) даних, які надали два експерти, у якості яких виступили шкільний психолог та класний керівник за критеріями: став більш «товариським», «веселим», «дружелюбним», «активним на уроках», «адаптивним», «ефективніше вирішувати свої проблеми», «різноманітним у поведінці», а також «став менш боязким». За всіма критеріями, окрім «став більш проявляти лідерські якості», спостерігається позитивне зрушення ($G=4-5$, $p<0,05$); 3) за тест-ретестовими (інтервал 3 місяці) показниками методики шкільної тривожності Філіпса тривога значно зменшилася (за різними видами тривоги G коливається у межах 4-5, $p<0,05$), що свідчить про часову сталість результатів корекції ЧХД; 4) порівняння з групою контролю (ЧХД, які не були задіяні у програмі) даних, одержаних за методиками оцінки рівня шкільної тривожності та кінетичного малюнка родини. За всіма шкалами методики Філіпса у групі корекції сталося статистично значуще редукування симптомів тривоги ($G=4-5$, $p<0,05$). У групі ЧХД, які прийняли участь у програмі психокорекції, змінилися уявлення дітей щодо типу сімейної взаємодії –

зросла кількість гармонічної взаємодії ($G= 3$, $p< 0,01$) та зменшилася кількість взаємодії за типом «коаліція з матір'ю» ($G= 4$, $p< 0,01$).

Отже, в результаті проведеної психокорекційної програми, ЧХД стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, ініціативними, ефективними у вирішенні своїх проблем, менш боязкими, розширився їх поведінковий репертуар, змінився стиль сімейної взаємодії.

Отже, запропонований комплекс ефективний і може бути рекомендований до використання.

ВИСНОВКИ

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

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

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

2. Характерологічний профіль особистості дітей, які часто хворіють, складають такі риси: паранойальність (недовірливість, негативізм), сенситивність (надмірна уразливість, знижений емоційний самоконтроль, нестійкість настрою), залежність (підкореність, готовність слідувати правилам), інфантильність (упертість, егоцентризм, відсутність міжособистісної інтуїції) та астено-апатичність (зниження енергійності, песимізм, тривога, апатичність). Важливою особливістю особистості ЧХД є дискордантність – сполучення контрарних рис: відособленості та залежності, впертості та покірності, еготизму та центрації на значимій людині. Така дискордантність створює внутрішньоособистісну конфліктність - високу тривожність й напруженість селф-системи, що, безумовно, відбивається на системі забезпечення нарцисичного балансу, у самоствавленні.

3. Особливість психосемантики «Я»-системи (самоствавлення) дітей, які часто хворіють, полягає в тому, що вона конотована почуттями сорому, провини, переживанням себе як неуспішного, незадоволеного, безрадісного. Гендерні

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

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

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

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

навпаки - смисл бути сім'єю. Очевидно, що поряд з біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують й психологічні.

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

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

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

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

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Кочарян О.С. Особистісні особливості часто хворіючих дітей /О.С. Кочарян, А.О. Макаренко, А.С. Пехарева // Вісник Одеського національного університету, серія «Психологія». -2015. - № 38. – С. 91-99.
2. Пехарева А.С. Особенности самоотношения часто болеющих детей школьного возраста / А.С. Пехарева // Науковий вісник Херсонського державного університету, серія «Психологічні науки». —2016. - Вип. 2., Том 2, – С. 75-79.
3. Пехарева А. С. Школьная тревожность у часто болеющих детей младшего школьного возраста / А. С. Пехарева // Гуманітарний вісник ДНУЗ «Переяслав Хмельницький Державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»: Збірник наукових праць: Педагогіка. Психологія. – 2015. – Вип.35. т.IX (60) – С. 469–477.
4. Пехарева А.С. Самовідношення у дітей з особливими потребами / А.С.Пехарева // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 5 (11) . – c0-publ.: Publishing office: Accent graphics communications – Hamilton, ON, 2015. –P. 209-216.
5. Пехарева А.С. Особенности собственных территориальных границ детей, которые часто болеют / А.С.Пехарева // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 1 (13) – c0-publ.: Publishing office: Accent graphics communications – Hamilton, ON, 2016. –P. 365-370.

6. Пехарева А.С. Межличностные отношения часто болеющих детей/ А.С. Пехарева// Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, / Publishing office: Accent Graphics Communications – Hamilton, ON – Canada, 2015.- 6(12). – С. 119-126.
7. Пехарева А.С. Батьківське відношення як головний чинник формування само ставлення у дитинстві/ А.С Пехарева // Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології»,– Харків: «Оперативна поліграфія», 2013. – С. 282-284.
8. Пехарева А.С. Особенности межличностных отношений часто болеющих детей / А.С. Пехарева // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: VII международная конференция / Забайкал. Гос. ун-т; отв. Редактор С.Т. Кохан. – Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2016. – С.815-823.
9. Пехарева А.С. Социально-психологическая ситуація розвитку ребенка в условиях соматического заболевания / А.С. Пехарева// Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» тези доповідей. – Харьков «ХАІ», 2015. – С.56-57.
10. Пехарева А.С. Особливості внутрішньої картини хвороби у дітей / А.С. Пехарева// Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень»(Київ, 10-11 липня 2015 р.). – К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2015. - С.75-77.
11. Пехарева А.С. Особенности адаптационных паттернов часто болеющих детей / А.С, Пехарева// Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 22-23 квітня 2016 р.). – Львів: ГО» Львівська педагогічна спільнота», 2016. –С. 58-59.
12. Пехарева А.С. Вплив хворобливості на процес адаптації дитини до школи /А.С. Пехарева// Матеріали V відкритої науково-практичної конференції «Актуальні проблеми дошкільної освіти» (м. Харків 26 квітня 2016р.). – Харків, 2016, - С. 76-78.
13. Пехарева А.С. Система значимых отношений часто болеющих детей / А.С. Пехарева//Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології». (м.Харків, 27 квітня 2016 р.).– Харків: «Оперативна поліграфія», 2016. – С. 132-134.
14. Пехарева А.С. Особенности отношения к сложным жизненным ситуациям часто болеющих детей ЧБД / А.С. Пехарева// Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» тези доповідей. – Харьков «ХАІ», 2016. – С. 29-30.

АНОТАЦІЯ

Пехарева А.С. «Особенности системы ставлень та її психокорекція у дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють». - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступенів кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 - медична психологія. - Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна МОН України. - Харків, 2016.

Роботу присвячено дослідженню системи ставлень та її психокорекції у дітей, які часто хворіють. Надано розгорнуту характеристику особливостей самоствавлення часто хворіючих дітей. Показано, що самоствавлення дітей, які часто хворіють, конотовано почуттями сорому й провини, не насичено радістю та успіхом. Описано особливості суверенності психологічного простору часто хворіючих дітей. Показано, що у даної категорії дітей відсутній гендерний концепт, визначено феномен «гендерної пустоти» та ретардації статево рольового розвитку. Визначено особливості сімейної соціалізації та ставлення до складних життєвих подій дітей, які часто хворіють. Розроблено та науково обґрунтовано комплекс психокорекційних заходів, які спрямовані на нормалізацію системи ставлень часто хворіючих дітей.

Ключові слова: діти, які часто хворіють, особистість соматично хворої дитини, система ставлень, самоствавлення, психокорекція.

АННОТАЦИЯ

Пехарева А.С. Особенности системы отношений и ее психокоррекция у детей младшего школьного возраста, которые часто болеют» – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина МОН Украины. – Харьков, 2016.

Диссертация посвящена изучению нарушений системы отношений у детей, которые часто болеют. В исследовании приняло участие 62 ребенка (29 мальчиков и 33 девочки) младшего школьного возраста, частота эпизодов ОРЗ колеблется от 4 до 6 раз в год. Группу контроля составили 62 условно здоровых ребенка (30 мальчиков и 32 девочки) с частотой от 1 до 3 ОРЗ в год.

Выявлен комплекс личностных особенностей, которые характерны для часто болеющих детей. Этот комплекс составляют следующие черты: паранойальность (недоверчивость, негативизм), сенситивность (чрезмерная уязвимость, сниженный эмоциональный самоконтроль, неустойчивость настроения), зависимость (подчиненность, готовность следовать правилам), инфантильность (упрямство, эгоцентризм, отсутствие межличностной интуиции) и астено-апатичность (сниженная энергичность, пессимизм, тревога, апатичность). Важной особенностью личности ЧБД является дискордантность – сочетание контрарных черт: обособленности и зависимости, упрямого и покорного, эгоистичного и центрации на значимом человеке. Такая дискордантность создает внутриличностную конфликтность - высокую тревожность и напряжение селф-системы, что отражается в системе обеспечения нарцисстического баланса, на самоотношении.

Выявлено, что самоотношение ЧБД пронизано чувством стыда, что создает у них чувство беспомощности, скованности, не способности ни к чему. Отношение к себе сопровождается острым чувством неудачи и отчужденности от других людей. Кроме того, «Я» ЧБД коннотировано чувством вины, не наполнено радостью и успехом.

Установлено, что отношение ЧБД к сложным жизненным ситуациям характеризуется формированием непроницаемого защитного панциря, тенденцией к «уходу» от дискомфорта. Они не предпринимают активных действий по преодолению сложности, им свойственна интрапунитивная направленность реакций, что свидетельствует о самокритичности, неуверенности, сниженном уровне самоуважения.

ЧБД характерно повышение уровня школьной тревожности. Система межличностных отношений характеризуется эмоционально доминирующей привязанностью к матери и меньшей привязанностью к отцу. На эмоциональные отношения ЧБД с окружающими влияют не выраженная любознательность, они значительно менее общительны, им характерно стремление к уединению и отгороженности от окружающих, отказ от общения в большой группе детей, стремление ее покинуть, у них нет стремления к лидерству.

Установлено доминирующие типы семейного взаимодействия у ЧБД: избирательно-отвергающий тип, характеризуется неблагоприятием во внутрисемейных взаимоотношениях и негативном эмоциональном отношении к одному из членов семьи и средним уровнем эмоциональной связи в семье, чувством собственной незначительности в жизни семьи; коалиция с матерью, характеризуются эмоционально близкими, доверительными отношениями между матерью и ребенком, при этом наблюдается эмоциональное дистанцирование от отца; «кумир семьи», характеризуются наличием детского эгоцентризма, особой роли ребенка в семье – все ради него.

Изучены особенности субъективного психологического пространства – оно является депривированным по многим компонентам, что свидетельствует о нарушении процессов сепарации при формировании «Я»-системы. Установлено наличие у ЧБД феномены гендерной «пустоты», который состоит в отсутствии на перцептуальном поле таких детей гендерного измерения, и ретардации полоролевого развития.

Разработан комплекс психокоррекционных мероприятий, направленный на нормализацию системы отношений личности ЧБД. Данный комплекс включает следующие блоки: программу психокоррекции ЧБД; тренинг для родителей ЧБД; педагогическую конференцию с учителями, работающими с ЧБД; индивидуальную и совместную семейную коррекцию. В идеологическом отношении психокоррекционный комплекс основан на идеях клиент-центрированного подхода К. Роджерса, а в техническом – является полимодальным. В психокоррекционном комплексе приняло участие 20 (10 девочек и 10 мальчиков) ЧБД в возрасте от 8 до 11 лет и их родители - 40 человек (20 матерей и 20 отцов) в возрасте от 28 до 42 лет.

Проведенная оценка показала эффективность предложенной психокоррекции. После участия в комплексе психокоррекционных мероприятий ЧБД стали более

общительными, веселыми, дружелюбными, инициативными, эффективными при решении своих проблем, расширился поведенческий репертуар, дети стали менее робкими и тревожными.

Ключевые слова: часто болеющие дети, личность соматически больного ребенка, система отношений, самоотношение, психокоррекция.

SUMMARY

Piekharieva A.S. «Features of the system of relations and their psychological correction of the primary school age children who are often sick.» - Manuscript

Thesis for the degree of psychological sciences, specialty 19.00.04 - medical psychology. - Kharkiv Karazin National University of Education of Ukraine. - Kharkiv, 2016.

The work is devoted to research attitudes and systems of their corrections of often get sick children. Characteristics of self-attitude of often sick children are submitted. The self- attitude of frequently ill children (FIC) are permeated of shame, guilt, unhappily and aver. Features sovereignty of psychological space, of FIC are described. The phenomenon of « gender emptiness» and the role of sex retardation are identified - This children's have no gender concept that will fit in the world. Features of anxiety manifest of frequently ill children are shown. Features of inside family interaction are studied. Personality characteristics of children who are often ill and their attitude to tricky vital events are described. Psycho correctional complex is developed and scientifically grounded. Complex psycho events are aimed at harmonization of system of attitude of children who are often ill.

Keywords: children who are often sick, personality of somatic sick child, the system of attitudes, psychological correction.