

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии  
и социальных наук

Кафедра «Прикладная  
психология»

Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»  
Профиль «Психология образования»

Бакалаврская работа  
на тему:

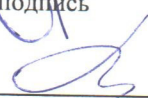
«Социально-психологические факторы возникновения респираторных  
заболеваний в детском возрасте»

Студент

  
подпись

Зулькарняяева Диана Зюфьяревна

Руководитель

  
подпись

Бухлина Л.Ю.

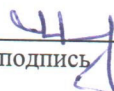
Нормоконтролер

  
подпись

Тарасова Е.М.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 20.06.2020 № 14 )

Заведующий кафедрой

  
подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой хорошо (протокол заседания ГЭК от 21.07.20 № 3 )

Секретарь ГЭК

  
подпись

Карманова Т.М.

Пенза 2020

## Содержание

|                                                                                                                                        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Введение.....                                                                                                                          | 3     |
| Глава 1. Теоретические исследования социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте..... | 7     |
| 1.1. Психосоматический аспект респираторных заболеваний.....                                                                           | 7     |
| 1.2. Роль социально-психологических факторов в возникновении респираторных заболеваний.....                                            | 13    |
| 1.3. Социально-психологические особенности младшего школьного возраста.....                                                            | 19    |
| Выводы по главе 1.....                                                                                                                 | 24    |
| Глава 2. Эмпирическое исследование социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте ..... | 28    |
| 2.1. Организация эмпирического исследования.....                                                                                       | 28    |
| 2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний.....   | 35    |
| 2.3. Рекомендации по оптимизации межличностных отношений психосоматически ослабленных детей.....                                       | 50    |
| Выводы .....                                                                                                                           | 55    |
| Заключение.....                                                                                                                        | 59    |
| Список используемых источников .....                                                                                                   | 62    |
| Приложение.....                                                                                                                        | 66-71 |

## **Введение**

Согласно национальному докладу о здоровье населения России количество абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, 70-75% - это часто и длительно болеющие дети, а пятая часть имеет хронические болезни. Сегодня внимание к самой многочисленной группе часто болеющих детей в основном ограничивается медицинской сферой [12]. Но очевидно, что эти дети нуждаются в системной медико-психолого-педагогической поддержке.

Важнейшим социально-психологическим условием здоровья детей является их успешное вхождение в мир социальных отношений. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в настоящий момент являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ).

Социально-психологические факторы оказывают решающее влияние на течение и преодоление болезни. Медицинская статистика отражает связь между психическими факторами, развитием и протеканием инфекционных заболеваний. Так, пациенты с невротическими состояниями заболевают вирусными инфекциями верхних дыхательных путей чаще в два, три раза и дольше болеют относительно населения в среднем. Восприимчивость к ОРВИ во многом зависит от эмоционального состояния личности, а ее структура определяет специфичность течения заболевания. Так, В.И. Горемыкин, А.А. Протопопов, Е.Ю. Соловьева среди внутренних условий подверженности ОРВИ отмечают такие особенности личности ребенка как психический инфантилизм, повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, сниженная самооценка, агрессивность, направленная на окружающих [ ]. В исследованиях Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого, Л. Риса, Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко к факторам внешних условий провоцирующих психосоматическое неблагополучие относятся: неправильное воспитание, неблагоприятные микросоциальные и бытовые условия, трудности адаптации к детскому саду и школе [14,21].

Психосоматическое направление позволяет изучать психологические факторы, оказывающие воздействие на резистентность к вирусным заболеваниям организма человека. Человеческие переживания, тревоги, отрицательные эмоции должны быть выплеснуты или проработаны, их нельзя держать в себе, иначе они никуда не исчезают и остаются «на хранении» в организме. Если же травмирующая, приносящая душевный дискомфорт ситуация повторяется снова и снова, эмоции накапливаются внутри и в конце концов находят выход в виде тех или иных физиологических симптомов.

Несмотря на многочисленность отечественных и зарубежных исследований в этой междисциплинарной научной области, ряд вопросов, связанных с провоцирующей ролью социально-психологических факторов в формировании ОРВИ у детей остаются открытыми.

Проблема настоящего исследования заключается в изучении и сравнении социально-психологических особенностей соматически здоровых детей и детей, часто болеющих респираторной вирусной инфекцией.

**Цель данной работы** состоит в выявлении социально-психологических факторов провоцирующих респираторные заболевания психосоматической природы у младших школьников для разработки рекомендаций по оптимизации межличностных отношений детей склонных к респираторным заболеваниям.

**Объектом исследования** являются социально-психологические характеристики младших школьников.

**Предмет исследования** – социально-психологические факторы в возникновении респираторных заболеваний в детском возрасте.

**Гипотеза исследования:** существует связь между частотой заболеваемости ОРВИ и социально-психологическими характеристиками младших школьников, так, повышению частоты заболевания ОРВИ способствуют симбиотические отношения в семье, тенденция родителей

инфантилизировать своего ребенка, тревожность в семье, скрытая реакция на фрустрацию, отсутствие к доминированию в группе детей.

**Задачи исследования:**

1. Провести теоритический анализ литературы по проблеме исследования.
2. Организовать эмпирическое исследование.
3. Провести анализ и интерпретацию результатов исследования социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний.
4. Разработать рекомендации по оптимизации межличностных отношений психосоматически ослабленных детей.

**Методологическая база исследования:** современные представления о кризисах и «социальной ситуации развития» (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев и др.); о механизмах развития психосоматического заболевания с позиций психосоматического подхода в медицине (В.В. Николаева, Д.Н. Исаев, В.Д. Тополянский, МВ. Струковская, Ю.А. Ефимов, В.Е. Каган и др.); монографии С.Ю. Куприянова, Н.Д. Семеновой о развитии респираторных заболеваний, научные статьи и книги Д.Н. Исаева, В.В. Ковалева, В.А. Ковалевского, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой о факторах, влияющих на возникновение респираторных заболеваний в детском возрасте.

**Методы исследования:** теоритический анализ литературы, опрос, проективный метод, метод анализа медицинской документации, методы математической статистики;

**Методики исследования:**

- 1) опросник родительского отношения А.Я Варги, В.В. Столина;
- 2) тест "Кинетический рисунок семьи" (КРС) Р.Бернса и С.Кауфмана;
- 3) «Фильм-тест» Р. Жилия для исследования структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими.

**База и выборка:** В исследовании приняли участие 20 учеников начальных классов школы МБОУ СОШ № 74 города Пензы. Это обучающиеся 1-2 классов от 6 до 8 лет, из них - 8 мальчиков и 12 девочек.

Анализ медицинской документации для установления частоты заболеваний детей проводился на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника» номер 1. Были изучены истории болезни 128 детей младшего школьного возраста. Все испытуемые относились к одному из участков детской поликлиники номер 1, медицинским работником которой являлся исследователь и соответственно имел доступ к историям болезни пациентов.

Структура работы представляет собой: введение, основную часть, состоящую из двух глав, заключение, библиографический список и приложение. Во введении определяются цели и задачи, материал и методы исследования, обосновывается актуальность исследования. Первая глава представляет собой теоретическое исследование. Организация эмпирического исследования, анализ и интерпретация данных представлены во второй главе. После каждой главы представлены выводы, в заключении обосновываются выполненные задачи. Работа завершается списком использованных источников и приложением.

# **Глава 1. Теоретическое исследование социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте**

## **1.1. Психосоматический аспект респираторных заболеваний**

Психосоматические заболевания – это группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов.

Респираторные заболевания – это инфекция дыхательных путей, вызванная вирусами. Известно около 200 разновидностей вирусов, вызывающих ОРВИ (самый известный - вирус гриппа) и два типа течения болезни тяжелый с нарушением внутренних органов и выраженностью симптомов и легкий [12].

Безусловно, не все детские болезни являются психосоматическими. Для того, чтобы с уверенностью констатировать, что болезнь имеет психосоматический характер, необходимо пройти тщательное всестороннее медицинское обследование. Если никаких серьезных патологий не выявлено, а заболевания обретают регулярный характер, плохо поддаются медикаментозному лечению, имеют явную или не очень закономерность, связь с определёнными событиями в жизни ребёнка, следует выявить психологические проблемы провоцирующие болезнь. Респираторные заболевания часто встречаются у детей, а ребенок еще не умеет и зачастую не может контролировать проблемы со здоровьем.

Психосоматика имеет прямое отношение к развитию простудных расстройств и акцентирует внимание на психическом состоянии больного, переживающего стресс в различных социальных группах.

Сегодня роль стресса в психосоматической патологии признается бесспорной, даже если заболевание вызвано чисто физическими факторами, то оно уже само по себе служит источником эмоционального стресса. Так, у

1/3 пациентов, обращающихся к врачу общей практики, отмечают симптомы депрессии, и примерно 20% госпитализированных больных можно поставить диагноз депрессивного невроза. Соответственно, соматическая патология не подлежит изучению в отрыве от психологических факторов.

Р. Лазарус, отмечая специфику психологического стресса подчеркивает, что между стимулом и ответной реакцией включены промежуточные переменные, например оценка угрозы, как предвосхищение возможных опасных последствий [16]. Угроза побуждает оборонительный рефлекс или защитные импульсы, имеющие те же характеристики, как и эмоциональные состояния.

Когнитивная теория стресса постулирует что, взаимодействие человека и среды в определенных адаптационных условиях процесс изменчивый и для того чтобы взаимосвязь этих переменных была стрессовой, необходимы высокая мотивация, заинтересованность, в достижении результатов. Соответственно, психологический стресс возникает тогда, когда человек оценивает, что внутренние и внешние требования инициируют чрезмерное напряжение ресурсов или превосходят его возможности [32].

Согласно теории общего адаптивного синдрома Селье различные изменения среды вызывают один и тот же «неспецифический» физиологический ответ, который может быть вреден или полезен организму. ОАС демонстрирует как тревога, резистентность, истощение отражаются на психическом и физическом здоровье организма [29]. Стресс может повышать сопротивляемость, тренировать защитные механизмы тела и психики. Но избыток стресса может вызывать различные психосоматические заболевания, в том числе и вирусные [16].

Модель, объясняющую патогенез психосоматических заболеваний в 1977 году предложил Д. Шварц. Суть этой модели заключается в образовании отрицательной обратной связи (ООС), т. е. процесса, в ходе которого, информация, возвращаясь в систему, детерминирует ее регуляцию.

При ООС включение одного функционального компонента системы приводит к выключению ее другого структурного элемента для обеспечения регуляции. Так, ответом на стресс окружающей реальности является импульсация из ЦНС, что может вызвать повышение артериального давления. Снижение АД осуществляется за счет возбуждения барорецепторов, посылающих афферентный сигнал в ЦНС. Заболевание же манифестирует в случае срыва внутренних процессов регуляции. Такая дисрегуляционная модель по Д. Шварцу может возникнуть на каждой из нижеследующих стадий.

На первой стадии требования, окружающей реальности к личности оказываются такими чрезмерными, что человек вынужден игнорировать сигналы ООС, исходящие из внутренней среды организма. К примеру, большой объем работы в короткий срок в условиях преодоления переутомления и недостатка сна, может приводить к невротическим расстройствам.

На второй стадии, даже при нормативных требованиях окружающей среды ЦНС может давать неправильные реакции либо на требования, либо на стимулы ООС. Так, те, кто приучил себя игнорировать сигналы ООС от желудка «я не голоден», оказываются склонны к ожирению.

Для третьей стадии характерна неспособность периферических органов реагировать нормативным образом на импульсы ЦНС. Например, по причине заболевания или генетического дефекта у человека патологично функционирует водитель сердечного ритма, на сигналы из ЦНС предполагающие нормальный ответ здорового сердца, он может вызвать ускорение или замедление ЧСС.

Четвертая стадия характеризуется патологией звена ООС. При артериальной гипертензией у некоторых пациентов, фиксируется дефект барорецепторов, и как следствие ЦНС не получает информации о необходимости снижения артериального давления.

Нарушение одной из стадий ведет к нарушению всего процесса. Патология, как правило, затрагивает всю систему органов. Так, нарушение ЧСС приводит к дисрегуляции деятельности ССС; нарушение синтеза желудочного сока ведет к дисрегуляции работы ЖКТ.

Модель дисрегуляции универсальна, учитывает специфичность стимулов, так как, стрессовые факторы окружающей реальности ассоциируются со специфическими регуляторными системами. Модель Д. Шварца можно применить к любому соматическому расстройству, включая те, которые, первично связаны с органическими причинами, дабы в роли стрессора окружающей среды может быть вирус или экзамен, либо семейный конфликт [5, 16].

При всем многообразии респираторных заболеваний ученые не пришли к выводу об их основной причине. Этот вопрос напрямую связан с тем, почему одни заболевают в период эпидемии, а другие нет. Психосоматическое направление в психологии позволяет определять психологические воздействия на устойчивость организма к ОРВИ. Известно, что восприимчивость человека к ОРВИ зависит от эмоционального состояния, возможности решить проблему на уровне сознания. В противном случае, психологическая проблемы трансформируется в телесный симптом. За локацией телесного симптома можно усмотреть символизм содержания психологической проблемы. Так, пациент с насморком «оскорблен» и желает отстраниться от некой обидной ситуации.

Насморк – это признак перегруженности. При переполнении «меры» возможностей, течет через край, нужно отступить. Что сознательно или подсознательно не позволялось, становится требованием организма. Нос, Символом тонкого восприятия и контакта с внешним миром является нос. Он указывает на наличие конфликта в области межличностных отношений. народная мудрость, что и подтверждает заложенный нос. Народная мудрость, созвучна символизму заложенному носу - «Я тебя на дух не переносу» [14].

Под насморком могут подразумеваться замаскированные слезы, а регулярные носоглоточные выделения указывают на глубоко спрятанный плач, а внешне человек носит маску довольного всем. В глубине души, кроется причину боли, это могут быть детские обиды, отвергнутая любовь, недостаток радости в жизни и т. д. Возможно прощение себя и других, принятия горя как данности и проживания его, поиск пути выхода из сложной ситуации устранят насморк, ведь душе незачем будет плакать. Удовлетворение требований болезни, ослабление давления, осознание того, что невозможно больше терпеть являются психосоматическим рептом к лечению телесного недуга.

При простуде страдают прежде всего органы дыхания. Это посредники контакта с окружающей средой, который нарушается при ОРВИ. Либо человек не воспринимает запахов, из-за заложенного носа, либо от распухших миндалин не можем говорить. Все это указывает на проблему общения, на нарушение равновесия внешних внутренних и коммуникаций [9].

Болезни горла, среди которых наиболее известны ангина, хронический тонзиллит, фарингит, ларингит символизируют страх человека открыто выражать себя, быть услышанным, трудности с тем, чтобы постоять за себя. Реализуется модель отрицания своих потребностей. Такой самообман вызван боязнью выделиться на общем фоне, говорить громче, чем положено, что и приводит к неспособности самовыражения и таким образом к болезням горла.

Миндалины выполняют защитную функцию, задерживая то, что не должно попасть в организм с пищей и воздухом. Воспаление миндалин указывает на борьбу с тем, что нежелательно, что затруднительно в принятии, что становится поперек горла, что человек уклоняется от конфликта. Напротив, безболезненное глотание отражение готовности что-либо усваивать и принимать [20, 33].

В подавленном психологическом состоянии «через силу», на фоне расстроившихся личностных отношений подсознательно человек стремится найти в болезни временное избавление от чрезмерных нагрузок. Болезнь как уважительная причина для прикрытия своей несостоятельности, как повод не решать проблемы. Как результат человек болеет, потому что бессознательно этого хочет, и уже не может не болеть, из-за ослабления иммунной системы серией телесных и психических расстройств.

В период болезни, как отмечает И.А. Ральникова, в зависимости от потребностей актуализируются разнообразные переживания, преимущественно раздражение по поводу ограничения реализации ряда возможностей в связи с болезнью, тревога из-за перехода заболевания в более тяжелые формы или осложнения, спокойствие, расслабление, а так же позитивные эмоции - радость, воодушевленность, оптимизм, обусловленные возможностью отдохнуть и позаботиться о себе.

Внешняя составляющая болезни представлена насморком, кашлем, сонливостью, сниженной работоспособностью, плохим настроением, болью в горле [7,15]. Мотивационная определяется необходимостью актуализации деятельности, возвращения и сохранения здоровья.

Ральникова И.А. выделяет 2 локуса приписывания причин болезни: средовой, усматривающий причинность внешних факторов - загруженность делами, нехватка отдыха, и личностный, когда причиной является реагирование на жизненные трудности, вызывающее сильные эмоциональные переживания, конфликты в семье, на работе, проблемы в личной жизни [6].

Исследователями отмечается, что у ЧБР отсутствует развернутый жизненный план, что проявляется в нарушении осознания себя во времени, где доминирующим измерением остается настоящее время. Также следует отметить, что соматически больной ребенок фиксируется на своих болезненных симптомах в надежде их облегчить и избежать страдания. У

здоровых же сверстников активность направлена на преобразование окружающей среды и взаимодействие с окружающими людьми [9].

Таким образом, установлено, что наиболее тревожные дети с неэффективными копингами, с внешним локусом причинности расстройств, со сниженной степенью сопротивляемости стрессам, большой зависимостью от чужого мнения, общепринятых правил и порядков чаще подвержены ОРВИ. У них нарушена устойчивость перед внешними воздействиями, соответственно нарушен и иммунитет, организм не защищен от проникновения инфекции.

## **1.2. Роль социально-психологических факторов в возникновении респираторных заболеваний**

Социально-психологические факторы оказывают решающее влияние на течение и преодоление болезни. Медицинская статистика отражает связь между психическими факторами, развитием и протеканием инфекционных заболеваний. Так, пациенты с невротическими состояниями заболевают вирусными инфекциями верхних дыхательных путей чаще в два, три раза и дольше болеют относительно населения в среднем. Восприимчивость к ОРВИ во многом зависит от эмоционального состояния личности, а ее структура определяет специфичность течения заболевания [31].

Психосоматика объясняет феномен защиты иммунной системой организма от вирусов в одни моменты а в другие слабость перед инфекцией. Такую причину развития болезни объясняют понятием «вторичной выгоды», обозначающим приобретенные неосознанные преимущества человеком во время болезни. В семьях с часто и длительно болеющими детьми, как правило, высоко ценятся физические потребности. При недомогании пациент получает внимания и сочувствие. Ребенок реагирует на конфликты родителей высокой подверженностью простудным заболеваниям; он «жертвует» собой в надежде вновь объединить родителей. Родители таких

детей ритуализируют каждую простуду: демонстрируют «плохое настроение», желание покоя, и акцентированно «холят» свое заболевание. Дети перенимают родительскую модель болезни. Для всех членов семьи важным становится производить хорошее впечатление, даже при плохой игре [11].

Формирование психики происходит под влиянием воспитательных воздействий, которые оказываются на личность в процессе жизни. Их составляют не только сознательные родительские усилия, но и весь комплекс воздействий социальной среды. Но самое значимое влияние на ребенка оказывает мать. Ребенок копирует материнские реакции на определенные стимулы, особенно если мама реагирует очень эмоционально на то или иное событие. В дальнейшем из таких предпочтительных типов реагирования складывается характер [8].

Дети с высокой частотностью заболевания ОРВИ более тревожны. Тревожность проявляется не только в самоотношении, но и в напряженных межличностных отношениях, что в совокупности может выступать как личностные и социально-психологические факторами риска нарушения социальной адаптации провоцирующие повторяющиеся случаи заболевания. ЧБД относительно здоровых сверстников, в большей степени испытывают тревогу, беспокойство, стремятся к тому, что бы их защитили, что свидетельствует о социальной робости и слабой адаптированности в социальном взаимодействии [16]. Для них важны социальные контакты, но при взаимодействии с другими ЧБД могут испытывать страх, прикрываемый агрессией. Отсюда, выраженное отклоняющееся поведение ЧБД, как следствие испытываемой ими тревоги и беспокойства, которые дети маскируют капризами, импульсивностью, агрессивным поведением, негативизмом [5].

Среди частотных причин психосоматических расстройств вызванных респираторными заболеваниями в детском возрасте следует назвать следующие. Это напряженная психологическая обстановка в семье. Здесь

ребёнок «спасает» родительские отношения. Бессознательно ребенок выбирает болезнь как способ сохранения семьи. Родители, как правило, на время объединяются для лечения ребенка. Теперь он получает недостающие ему заботу и внимание. Феномен вторичной выгоды порождает замкнутый круг. После выздоровления семейная атмосфера трансформируется в прежнюю, что снова вызывает страдания ребенка и его заболевание повторно. Дети, страдающие от напряженной психологической обстановки в семье, склонны к заболеваниям носоглотки: тонзиллит, ангина, хронический насморк, отит [35].

Следующей причиной является сильное эмоциональное потрясение: потеря близкого человека, развод родителей, потеря домашнего питомца.. Нередко, ребенок бессознательно винит в произошедшем себя. Невозможность справиться с переживаниями приводит к физической болезни.

Появление сиблинга в семье также может спровоцировать психосоматические расстройства. Часто ребёнок оказывается не готов к появлению на свет брата или сестры. Внезапно для всех он становится «уже взрослым» и должен понимать, что маленькому брату или сестре его мама нужна больше, чем ему самому, что нужно делить с малышом комнату, игрушки, любовь и внимание родителей, в общем, всё, что до этого принадлежало только ему. Он чувствует себя покинутым, ненужным, отвергнутым и, как правило, не рассказывает о своих переживаниях родителям. Накапливаясь, такие чувства могут привести к аденоидиту, частым ОРВИ [37].

Отношения с матерью – одна из самых значимых причин телесных расстройств. Причем, как чрезмерное материнское внимание, так и его недостаток чреваты негативными последствиями для здоровья ребенка. Гиперопекающая мама контролирует каждый его шаг ребенка, буквально «душит» своей заботой, что часто провоцирует психосоматические расстройства дыхательной системы как хронический кашель, бронхиты.

Гипоопекающая мать по большей части представляет ребёнка самому себе и все свои проблемы он вынужден решать самостоятельно. Но такая ноша непосильна для него, что может обернуться нарушениями в пищеварительной системе: тошнотой, рвотой, диареей [29].

Трудности с адаптацией в новом коллективе детского сада, школы, сложности в отношениях со сверстниками – еще одна причина частых болезней. Жалоба родителей на регулярное подхватывание инфекции ребенком в детском коллективе не всегда объясняется слабым иммунитетом. Возможно, нежелание идти туда, связано с состоянием малыша - плохо, страшно, грустно. Подавление этих чувств запускает частые простуды, герпес и даже обмороки.

Еще одним примером развития психосоматических заболеваний у детей являются чрезмерные требования, излишняя строгость и завышенные ожидания родителей. Чрезмерная строгость родителей задает слишком высокую планку поведения и у ребёнка формируется чувство несостоятельности, страх не соответствовать ожиданиям взрослых. Помимо этого, родители часто подавляют эмоции ребёнка. Для ребёнка не позволяющего себе выражать чувства, это прямой путь к хроническому кашлю, насморку, ангине. Они также склонны к заиканию, логоневрозу, сопровождаемыми судорогами артикуляционного аппарата от чрезмерного возбуждения нервной системы и хронического напряжения мышц лица, гортани и грудины.

Это не все возможные примеры развития психосоматических заболеваний у детей. Их развитие и течение специфичны, что зависит от восприимчивости, чувствительности, способности преодолевать трудности каждым ребенком.

Мосина Н.А., отмечает, что ЧБ младший школьник регулярно сталкивается со сложностями собственной деятельности, т. к. в этом возрасте дети ориентированы на оптимальный социальный результат и самостоятельность. Как следствие ребенок вынужден чаще анализировать

свое поведение и окружающих его людей, тщательно планировать предстоящую активность и реализовывать жесткое управление и контроль за деятельностью. Это ведет к более раннему созреванию возрастных психических новообразований при субъективно легком течении болезни. Но при выраженном телесном недостатке характерен астенический синдром. Соответственно, энергетическая дефицитарность ведет к замедлению развития новообразований, т. к. способности к анализу, планированию и произвольности отодвигаются на второй план [3,18, 21].

В исследованиях Ариной Г.А., Ковалевского В.А. описываются такие особенности межличностного взаимодействия соматически больных детей как ограниченный круг общения ребенка и его проявления в игровой и учебной деятельности как следствие депривация двигательной потребности; объективная зависимость от родителей, учителей, стремление получить от них помощь; больные дети «принимаются» сверстниками, во взаимоотношениях - неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских групп [14].

Анализ внутрисемейных особенностей соматически ослабленных детей по исследованиям Ливановой М.Н., Михеевой А.А., Николаевой В.В., Орловой М.М. позволил описать преобладающие стили РО - симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий; фиксацию родителями внимания ребенка на болезненных симптомах, введение чрезмерных запретов и ограничений; определить психологическую структуру семьи с активной мамой и "привязанным" к ней ребенком и отгороженным от них отцом; изменение ценностных позиций членов семьи в представлении ребенка с преобладающей ребенок-мать-отец у здоровых сверстников на отец-мать-ребенок. Подобная схема значимости отношений в восприятии ребенка свидетельствует о перенесении отца в сферу фантазий и идеализации его образа. При решении проблемных ситуаций ЧБР предпочитает обращаться к отцу, болезнь может сближать эту диадку. Телесный недуг может заострять первичную дефицитность

психологического участия отца в воспитании ребенка, обусловленную трудностями эмоционального контакта с супругой и детьми, неумением организовывать совместный семейный досуг, недосформированность чувства ответственности за семью [10].

Ряд причин может объяснить вытеснение отца из психологической жизни ребенка. Во-первых, это традиционное обусловленное менталитетом перераспределение функций в семье в процессе болезни ребенка, когда тотальная ответственность за все происходящее относительно нездоровья ребенка ведет к экспансии этой ответственности и генерализуется на все пространство семьи. Отцу навязывается роль наблюдателя, а не деятеля, он теряет свои прежние ролевые формы влияния на ребенка. "Уходи, не мешай, мы лечимся" – становится доминирующей позицией для группы мать-ребенок.

Родители ЧБД осознают меру своей ответственности за воспитание и достойную организацию социальной жизни семьи, их достаточно высокий образовательный уровень позволяет достигать хорошего результата и повышать свою педагогическую культуру - высоких требований к быту и качеству окружающей материальной и духовной обстановке, насыщенному проведению досуга, обогащению и развитию личности ребенка, заинтересованность и участие в социальном и физическом развитии детей.

Внутрисемейная атмосфера благоприятна для развития потенциальных возможностей детей и родителей, характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом. Но, в целом в таких семьях может царить неудовлетворенность семейной жизнью [22].

Таким образом, к наиболее значимым социально-психологическим факторам, провоцирующим ОРВИ в семьях с ЧБР можно отнести:

- напряженную психологическую обстановку в семье, где ребёнок бессознательно выбирает болезнь как способ сохранения семьи, получаемый эффект недолговечный и вторичная выгода замыкает круг повторных заболеваний;

- сильное эмоциональное потрясение, бессознательное приписывание вины себе и невозможность справиться с переживаниями;
- появление сиблинга в семье, переживание ребенком покинутости, ненужности отвергнутости;
- гиперопека или гипоопека матери затрудняет простраивание границ личности ребенком;
- трудности с адаптацией в новых коллективах детского сада, школы, сложности в отношениях со сверстниками;
- чрезмерные требования, излишняя строгость и завышенные ожидания родителей задают слишком высокую планку поведения и у ребёнка формируется чувство несостоятельности, страх не соответствовать ожиданиям взрослых.

Во всех случаях ребенок реагирует на психологический дискомфорт не решением проблем, а непозволением себе выразить негативные переживания, их подавлением, что ведет к телесному дискомфорту органов верхних дыхательных путей. Это прямой путь к хроническому кашлю, насморку, ангине.

### **1.3. Социально-психологические особенности младшего школьного возраста**

Младший школьный возраст соотносится с началом обучения в школе в 6 – 7 лет и продолжается до 10 – 11 лет. Новая социальная ситуация развития, смена ведущей деятельности с игровой на учебную, переживание ребенком кризиса семи лет, их самосознание меняется коренным образом, что приводит к переоценке ценностей [12, 28]. Для этого возрастного периода характерно интенсивное совершенствованием ВНД, развитием ВПФ. В это время психическое развитие ребенка осуществляется в процессе учебной деятельности. Результатом, которой, возникают такие психические

новообразования как произвольность психических процессов, личностная и интеллектуальная рефлексия, внутренний план действий.

Успехи в учебе обуславливают формирование адекватной самооценки школьника, неудачи в ней, напротив, часто влекут за собой формирование комплексов неполноценности или синдрома хронической неуспеваемости [12; 36].

Среди важнейших личностных характеристик этого возраста стоит отметить повышенную восприимчивость, доверчивое подчинение авторитету, послушание, конформизм, подражательность и наиболее благоприятные условия для формирования нравственных качеств и положительных черт личности, укрепляется новая внутренняя позиция [19;25].

Младший школьник ещё недостаточно способен к внутреннему наблюдению, недостаточно осознаёт свои мыслительные операции, но уже пытается оправдывать свое мнение перед другими, различать свои внутренние мотивы. Школьная адаптация требует от ребёнка множества усилий. Учеба, как ведущий тип деятельности, выдвигает ряд требований к младшему школьнику: происходит изменение режима дня, усвоение учебных умений и навыков. Также социальная ситуация развития младших школьников знаменует переход от наглядно-образного к словесно-логическому мышлению, мотивация достижения становится доминирующей, просматривается социальный смысл учения, происходит смена референтной группы, по сравнению с предыдущим возрастом, изменяется система взаимоотношений ребенка с окружающими людьми [23].

Положение В.В. Давыдов раскрывает влияние содержания и формы организации УД на проектирование определенного типа сознания и мышления школьника. Эмпирические понятия как содержание УД формируют эмпирическое мышления, а усвоение системы научных понятий - теоретическое отношение к действительности и на его основе теоретическое мышление [38].

Определяющей линией развития является интеллектуализация и формирование опосредствованности и произвольности всех психических процессов. Наблюдается трансформация всех познавательных процессов. Так, восприятие преобразуется в наблюдение, память в произвольное, смысловое запоминание и воспроизведение с опорой на мнемо средства, речевые высказывания осуществляется на основе цели и условий речевой коммуникации, внимание все больше становится произвольным, при преобладании все еще непроизвольного внимания.

На пике волевого усилия возникает произвольность познавательных процессов, так, под влиянием социальных требований ребенок уже может себя организовывать. Активизация внимания еще не стабильна, и обеспечивается за счет волевых усилий и выраженной мотивации [21].

Начало обучения в школе соотносится с сензитивным периодом для усвоения нравственно-моральных норм, с психологической готовностью к пониманию смысла правил и повседневному следованию им.

Бурное развитие самосознания, проявляется также и в становлении самооценки ребенка, обусловленной успеваемостью, спецификой общения учителя с учениками, стилем семейного воспитания, семейными ценностями. У учащихся с отличной и хорошей академической успеваемостью, как правило, самооценка завышена. Неуспевающие и слабо успевающие имеют проблемы с уверенностью в себе, своих способностях и возможностях, вариантом стабилизации СО является компенсаторная мотивация, побуждающая их утверждаться в других областях, например в спорте, музыке, танцах и т. д. [18].

Дружба младших школьников чаще всего складывается на основе общих внешних жизненных обстоятельств, случайных интересов, например, они сидят за одной партой, играют на одной детской площадке или в одинаковую онлайн игру на гаджете и т. д. Сформированность сознания в этом возрасте еще не дотягивает до уровня, когда обратная связь от сверстников может служить критерием истинной оценки самого себя.

Переживание своей уникальности, личностное осознание, стремление быть лучше отражается на всех сферах жизнедеятельности ребенка, включая сферу взаимоотношений со сверстниками. Ученики тренируют умения завязывать новые отношения, приобретать друзей и находить общий контент с разными людьми. Так, школьники ищут новые формы групповой активности, новые для себя занятия, первоначально ведут себя в соответствии с принятыми нормами и правилами данной группы, а далее, проявляются притязания на лидерство, стремление к превосходству среди сверстников. Дружеские отношения в этом возрасте можно охарактеризовать как интенсивные, но еще не прочные [29].

Интенсивное формирование личности в младшем школьном возрасте еще один из особенных аспектов СС развития. Если в первом классе От малой выраженности личностных качеств в начале обучения до более четкого проявления их в системе ценностей и отношений с окружающими к концу учебы в начальной школе. Расширение социальных связей и круга значимых отношений стимулирует формирование системы ценностей детей. Ключевую роль в возможных складывающихся вариантах личностного развития от социально нормативного, девиантного и до акцентуированного играет модальность отношения к школе и учебе. Наибольший вклад в девиантный вариант развития личности привносит неуспеваемость как интеллектуальная несостоятельность и школьная дезадаптация. Уже к окончанию первого года обучения у части обучающихся формируется негативное отношение к школе и учебной деятельности, они проявляют выраженные невротические и психосоматические реакции и черты, и это уже группа риска по девиантному развитию личности [6,18].

Всевозможные угрозы снижения самооценки, вызывающие негативные переживания, такие как низкая успеваемость, родительские наказания, неодобрение учителя провоцируют формирования системы психологической защиты [3, 27].

Исследования Ф. Крамера, представителя американской психоаналитической школы подтверждают возможную стимуляцию активации проекции, как типологически слабо детерминированного защитного механизма психологической защиты. Проекция, действующая бессознательно, приводит к разделению оценочных компонентов приобретенного опыта ребенком на позитивный и негативный. Последний компонент переносится на любого участника событий, и ему атрибутируется отрицательный компонент субъективного опыта личности. Положительный аспект события интегрируется в когнитивную структуру самосознания, что в конечном итоге приводит к блокировке развития необходимых качеств личности ребенка [3, 27]. Таких социально востребованных как ответственность и способность признавать свои ошибки, внешний локус контроля сосредоточен, как правило, на родителей, учителях, сверстниках виновных в неудачах ребенка. С одной стороны, проекция позволяет ученику с трудностями в обучении сохранить свою самооценку, не допуская до осознания, с другой - по факту тормозит личностное развитие.

Такой механизм психологической защиты как отрицание также выполняет охранительную функцию для детского Эго, путем искажения событийной информации избирательным блокированием опасной информации, угрожающей субъективному благополучию ребенка. На поведенческом уровне такой ребенок рассеян, невнимателен в ситуациях общения со взрослыми, особенно когда от него пытаются получить объяснения относительно его проступков. Соответственно, отрицание не позволяет ребенку иметь достоверную информацию о себе и о социальной реальности вокруг, что неадекватному завышению самооценки [7].

Огромное значение для психического развития младшего школьника играет общение со сверстниками, в нем совершенствуются важнейшие умения межличностного общения и нравственного поведения. Стремление общаться со сверстниками повышают ценность и привлекательность таких групп в глазах ребенка. В связи с этим резко возрастает сила воздействия со

стороны группы на ребенка. Он становится чувствительным к соблюдению групповых норм и правил поведения, чтобы завоевать одобрение сверстников и избежать действенных санкций, таких как издевательства, насмешки, побои, изгнание из группы со стороны ее [24].

В детском коллективе школьники наделяются определенным статусом, отражающим степень популярности в данной группе. по сте популярностью и не популярные дети. Причинами не популярности ребенка в классе может быть низкая успеваемость, нежелательные поведенческие реакции по отношению к окружающим, проявляемые в драках, оскорблениях, противопоставление себя учителю, особенности внешности, неопрятность, неаккуратность, непостоянство в дружбе, тесные отношения с нарушителями дисциплины, плаксивость, застенчивость, несостоятельность вносить свой вклад в коллективное дело [14, 28].

Популярность в среде сверстников, по мнению, Славиной соотносится с хорошей или отличной академической успеваемостью, общительностью, воспитанностью, эмоциональной устойчивостью.

От излишне агрессивного ребенка другие стараются дистанцироваться, что ведет к закреплению и усилению жестких агрессивных поведенческих стратегий, направленных на получение желаемого в ущерб стратегиям убеждениями. Напротив, застенчивый, тревожный ребенок имеет все шансы стать жертвой, не только агрессивных сверстников, но и нормативных детей. Робкие дети в первую очередь страдают от непризнания их сверстниками, переживая при этом одиночество и беспокоит их много больше, чем отвергаемых сверстниками агрессивных детей [11].

Соответствие стандартам группы сверстников является желательной формой поведения для младших школьников. Выраженность самоуважения определяет меру принятия ребенка сверстниками. Самоуважение младших школьников в значительной степени коррелирует с уверенностью в своих способностях к обучению. Достигая успеха в какой-либо деятельности,

растет уверенность в силах и способностях, что ведет к дальнейшему повышению самоуважения [4].

Общей приспособляемость ребенка определяет его статус в группе. Популярны дети чаще общительные, отзывчивые, жизнерадостные, склонные вкладываться в коллективные дела, с хорошим интеллектом и школьной успеваемостью, успехами в спорте. Ребенок с особенностями внешности или поведения часто оказывается не популярным в группе, что, может негативно отразиться на самоуважении. Тревожные дети с низкой самооценкой, постоянно контролирующее свое поведение являются более восприимчивыми к давлению группы сверстников [8].

Таким образом, динамика формирования личности в начальной школе в целом имеет позитивный характер. Младшие школьники это дети с невысоким уровнем произвольности поведения, достаточно импульсивны, в связи с чем, еще не обладающие способностью преодолевать даже незначительные трудности, в том числе в обучении [7, 14, 28, 32]. Бурное развитие самосознания, проявляется также и в становлении самооценки ребенка, обусловленной успеваемостью, спецификой общения учителя с учениками, стилем семейного воспитания, семейными ценностями. Выраженность самоуважения определяет меру принятия ребенка сверстниками. Самоуважение младших школьников в значительной степени коррелирует с уверенностью в своих способностях к обучению.

Огромное значение для психического развития младшего школьника играет общение со сверстниками, в нем совершенствуются важнейшие умения межличностного общения и нравственного поведения. Стремление общаться со сверстниками повышают ценность и привлекательность таких групп в глазах ребенка. В связи с этим резко возрастает сила воздействия со стороны группы на ребенка. Он становится чувствительным к соблюдению групповых норм и правил поведения, чтобы завоевать одобрение сверстников и избежать действенных санкций, таких как издевательства, насмешки, побои, изгнание из группы. Соответствие стандартам группы

сверстников является желательной формой поведения для младших школьников.

## **Выводы по главе I**

ЧБД – это наиболее тревожные дети с неэффективными копингами, с внешним локусом причинности расстройств, со сниженной степенью сопротивляемости стрессам, большой зависимостью от чужого мнения, общепринятых правил и порядков чаще подвержены ОРВИ. У них нарушена устойчивость перед внешними воздействиями, соответственно нарушен и иммунитет, организм не защищен от проникновения инфекции.

Таким образом, к наиболее значимым социально-психологическим факторам, провоцирующим ОРВИ в семьях с ЧБР можно отнести:

- напряженную психологическую обстановку в семье, где ребёнок бессознательно выбирает болезнь как способ сохранения семьи, получаемый эффект недолговечный и вторичная выгода замыкает круг повторных заболеваний;
- сильное эмоциональное потрясение, бессознательное приписывание вины себе и невозможность справиться с переживаниями;
- появление сиблинга в семье, переживание ребенком покинутости, ненужности отвергнутости;
- гиперопека или гипоопека матери затрудняет простраивание границ личности ребенком;
- трудности с адаптацией в новых коллективах детского сада, школы, сложности в отношениях со сверстниками;
- чрезмерные требования, излишняя строгость и завышенные ожидания родителей задают слишком высокую планку поведения и у ребёнка формируется чувство несостоятельности, страх не соответствовать ожиданиям взрослых.

Во всех случаях ребенок реагирует на психологический дискомфорт не решением проблем, а непозволением себе выражать негативные переживания, их подавлением, что ведет к телесному дискомфорту органов верхних дыхательных путей. Это прямой путь к хроническому кашлю, насморку, ангине.

динамика формирования личности в начальной школе в целом имеет позитивный характер. Младшие школьники это дети с невысоким уровнем произвольности поведения, достаточно импульсивны, в связи с чем, еще не обладающие способностью преодолевать даже незначительные трудности, в том числе в обучении [7, 14, 28, 32]. Бурное развитие самосознания, проявляется также и в становлении самооценки ребенка, обусловленной успеваемостью, спецификой общения учителя с учениками, стилем семейного воспитания, семейными ценностями. Выраженность самоуважения определяет меру принятия ребенка сверстниками. Самоуважение младших школьников в значительной степени коррелирует с уверенностью в своих способностях к обучению.

Огромное значение для психического развития младшего школьника играет общение со сверстниками, в нем совершенствуются важнейшие умения межличностного общения и нравственного поведения. Стремление общаться со сверстниками повышают ценность и привлекательность таких групп в глазах ребенка. В связи с этим резко возрастает сила воздействия со стороны группы на ребенка. Он становится чувствительным к соблюдению групповых норм и правил поведения, чтобы завоевать одобрение сверстников и избежать действенных санкций, таких как издевательства, насмешки, побои, изгнание из группы. Соответствие стандартам группы сверстников является желательной формой поведения для младших школьников.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте**

### **2.1. Описание процедуры и методов исследования**

Для выявления социально-психологических факторов провоцирующих респираторные заболевания психосоматической природы у младших школьников было разработано эмпирическое исследование, по результатам эмпирического исследования были созданы рекомендаций по оптимизации межличностных отношений детей, склонных к респираторным заболеваниям.

В исследовании приняли участие 20 учеников начальных классов школы МБОУ СОШ № 74 города Пензы. Это обучающиеся 1-2 классов от 6 до 8 лет, из них - 8 мальчиков и 12 девочек.

Анализ медицинской документации для установления частоты заболеваний детей проводился на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника» номер 1. Были изучены истории болезни 128 детей младшего школьного возраста. Все испытуемые относились к одному из участков детской поликлиники номер 1, медицинским работником которой являлся исследователь и соответственно имел доступ к историям болезни пациентов.

Исследование проводилось в два этапа.

Первый этап состоял из анализа медицинской документации для установления частоты заболеваний детей ОРВИ.

По данным ВОЗ, термин часто болеющие дети (ЧБД) – объединяет детей с более высоким уровнем заболеваемости ОРВИ, чем для их сверстников. У ЧБД повторяющиеся ОРЗ возникают по эпидемиологическим причинам из-за функциональных нарушений в иммунной системе. Медики отмечают, что среди ЧБД подавляющее количество детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. По данным ВОЗ считается,

что ЧБД – это дети, болеющие ОРВИ 4 и более раз в год или болеющие одним ОРВИ длительно – более двух недель [4; 5; 7, 9, 10].

Термин ЧБР – это принадлежность к группе риска по простудным и хроническим заболеваниям и не является диагнозом. В тоже время этот термин следует уточнить с психологической точки зрения как понятие междисциплинарное. В психологической литературе приводятся некоторые данные, указывающие на индивидуально-психологические особенности ЧБД. Ковалевский В.А., Волкова О.В. отмечают неуверенность в себе, выраженную тревожность, боязливость, быструю утомляемость и зависимость от окружающих, в большей степени от матери у ЧБД [3; 4; 5].

В результате анализа медицинской документации были созданы две группы исследования: Гр. 1 – ЧБД, Гр. 2 – РБД (редко болеющие дети).

Второй этап заключался в выявлении социально-психологических факторов провоцирующих ОРВИ у испытуемых двух групп детей Гр. 1 – ЧБД, Гр. 2 – РБД исследовались родительские отношения к ребенку с помощью методики тест - опросник родительского отношения А.Я Варги, В.В. Столина, .

Обоснование выбора психодиагностических методик.

С целью выявления отношения родителей к ребенку был использован тест - опросник родительского отношения А.Я Варги, В.В. Столина. Опросник включает в себя 5 шкал соответствующих 5 стилям отношений: принятие/отвержение ребенка, кооперация, симбиоз, контроль, отношение к неудачам ребенка. Стили ДРО – это совокупность разнообразных чувств, по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков. РО представляет собой педагогическую социальную установку по отношению к детям, включающую рациональный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Все они в той или иной степени оцениваются при помощи опросника, составляющего основу данной методики.

Высокие баллы по шкале принятие—отвержение (24 до 33) — говорят о том, что характерно позитивное отношение к ребенку, уважение и признание индивидуальности, одобрение интересов и поддержка его планов. Взрослые готовы уделять своему чаду много времени и не относиться к этому, как к потере. В целом родители принимают ребенка таким, каким он является по факту. Низкие баллы по этой шкале (0 до 8) — говорят о том, что взрослые испытывают к ребенку в основном негативные чувства: раздражение, досаду, злость, ненависть. Такой взрослый считает ребенка неудачником, низко оценивает его способности и нередко третирует ребенка, не верит в его будущее. Взрослый, имеющий такие наклонности не может быть хорошим воспитателем.

Высокие баллы по шкале кооперация (7—8 баллов) — взрослый ориентирован на интересы ребенка, поощряет самостоятельность, инициативу и позитивно оценивает его способности, старается быть на равных с ребенком. Низкие баллы по данной шкале (1—2 балла) — говорят о том, что взрослый занимает по отношению к ребенку противоположную позицию и не может претендовать на роль хорошего педагога.

Высокие баллы по шкале симбиоз (6—7 баллов) — позволяют сделать вывод о том, что взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности по этой шкале (1—2 балла) — признак того, что взрослый, напротив, устанавливает значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало о нем заботится. Вряд ли такой взрослый может быть хорошим учителем и воспитателем для ребенка.

Высокие баллы по шкале контроль (6—7 баллов) — показывают, что взрослый ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая строгие дисциплинарные рамки. Почти во всем он навязывает ребенку свою волю. Такой взрослый человек далеко не всегда может быть хорошим воспитателем. Низкие баллы по этой шкале (1—2 балла) — свидетельствуют о том, что контроль над

действиями ребенка со стороны взрослого практически отсутствует. Это не очень хорошо для обучения и воспитания детей. Наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека по этой шкале являются средние оценки: от 3 до 5 баллов.

Высокие баллы по шкале отношение к неудачам ребенка (7—8 баллов) — свидетельствуют о том, что взрослые склонны видеть в нем «маленького неудачника», «несмышленика», не приспособленного к реальности и выполнять за него возможно уже посильную деятельность для ребенка, игнорируя, порой, интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка. Низкие баллы по этой же шкале (1—2 балла), напротив, свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Для выявления информации о субъективной семейной ситуации ребенка применялся тест "Кинетический рисунок семьи" (КРС) Р.Бернса и С.Кауфмана. КРС направлен на выявление взаимоотношений в семье, вызывающих тревогу ребенка, на восприятие других членов семьи и своего места среди них.

В системе количественной оценки КРС учитываются формальные и содержательные аспекты рисунка. Качество линии рисующего, положение объектов рисунка на бумаге, стирание отдельных частей рисунка или в целом, штрихование, затушевывание отдельных частей рисунка относятся к формальным презентациям изображения. С содержательными характеристиками рисунка соотносят отображенную на рисунке деятельность членов семьи, их взаимодействие, взаиморасположение, и соотношение людей и вещей. Количественные показатели формальных и содержательных аспектов изображения объединены в пять симптомокомплексов и рассчитывается для каждого из них. Эта информация представлена в таблице 1.

Таблица 1

## Симптомокомплексы детского рисунка семьи

|                                                                     |      |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| <b>1.Благоприятная семейная ситуация</b>                            | 12 б |
| 1. Общая деятельность всех членов семьи – 2б.                       |      |
| 2. Преобладание людей на рисунке – 1б.                              |      |
| 3. Изображение всех членов семьи – 2б.                              |      |
| 4. Отсутствие изолированных членов семьи – 2б.                      |      |
| 5. Отсутствие штриховки – 1б.                                       |      |
| 6. Хорошее качество линии – 1б.                                     |      |
| 7. Отсутствие показателей враждебности – 2б.                        |      |
| 8. Адекватное распределение людей на листе –1б.                     |      |
| <b>2.Тревожность у ребенка</b>                                      | 11 б |
| 1. Штриховка – 2б.                                                  |      |
| 2. Указана линия основания – 1б.                                    |      |
| 3. Линия над рисунком – 1б.                                         |      |
| 4. Линия с сильным нажимом – 1б.                                    |      |
| 5. Стирание – 2б.                                                   |      |
| 6. Преувеличенное внимания к деталям – 1б.                          |      |
| 7. Преобладание вещей – 1б.                                         |      |
| 8. Двойные или прерывистые линии – 1б.                              |      |
| 9. Подчеркивание отдельных деталей – 1б.                            |      |
| <b>3.Конфликтность в семье</b>                                      | 15 б |
| 1. Барьеры между фигурами – 2б.                                     |      |
| 2. Стирание отдельных фигур – 2б.                                   |      |
| 3. Отсутствие основных частей тела у некоторых фигур – 2 б.         |      |
| 4. Выделение отдельных фигур – 2б.                                  |      |
| 5. Изоляция отдельных фигур – 2б.                                   |      |
| 6. Неадекватная величина отдельных фигур – 2б.                      |      |
| 7. Член семьи, стоящий спиной – 1б.                                 |      |
| 8. Отсутствие на рисунке какого-то члена семьи – 2б.                |      |
| <b>4. Чувство неполноценности самого автора в семейной ситуации</b> | 11 б |
| 1. Автор рисунка непропорционально маленький – 2б.                  |      |
| 2. Расположение фигур на нижней части листа – 2б.                   |      |

|                                                                  |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3. Изоляция автора от других – 2б.                               |             |
| 4. Все фигуры маленькие – 1б.                                    |             |
| 5. Неподвижная по сравнению с другими фигура автора – 1б.        |             |
| 6. Отсутствие автора – 2б.                                       |             |
| 7. Автор стоит спиной – 1б.                                      |             |
| <b>5. Враждебность в семейной ситуации</b>                       | <b>10 б</b> |
| 1. Агрессивная позиция фигуры – 1б.                              |             |
| 2. Одна фигура на другом листе или на другой стороне листа – 2б. |             |
| 3. Зачеркнутая фигура – 2б.                                      |             |
| 4. Деформированная фигура – 2б.                                  |             |
| 5. Обратный профиль – 1б.                                        |             |
| 6. Руки раскинуты в стороны – 1б.                                |             |
| 7. Непропорционально большие кисти рук – 1б.                     |             |

Для изучения структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими, особенностей социальной приспособляемости ребенка и связанных с ней определенных черт и поведенческих характеристик личности применялась проективная методика «Фильм-тест» Р. Жилия [7]. Адаптированный русскоязычный вариант теста как визуально-вербальная полупроективная методика была представлена Н. Д. Игнатъевой и И. Н. Гильяшевой. Преимущество «Фильм-теста» относительно других подобных методик в том, что он является переходной формой психодиагностического инструмента между проективными техниками и анкетами, а также в возможности применения в исследованиях, требующих количественных измерений и статистической обработки. Возрастной диапазон применения методики от 4 до 12 лет.

Данный вариант методики включают 42 задания. Каждый эпизод условно описывает тип взаимодействия между ребенком и объектами на рисунке, либо это отношения со взрослым окружением, либо со сверстниками, либо и с первыми и со вторыми. О положительной

эмоциональной реакции на личность указанной персоны указывает непосредственная близость к взрослому или сверстнику.

Предлагается 13 показателей и соответствующее количество шкал: «отношение к матери»; «отношение к отцу»; «отношение к обоим родителям», «Родители как чета»; «отношение к братьям и сёстрам»; «отношение к бабушке и другим родственникам»; «отношение к другу»; «отношение к учителю»; «любопытность»; «стремление к доминированию»; «стремление к общению в больших группах детей»; «конфликтность, агрессивность»; «реакция на фрустрацию», «социальная адекватность поведения»; «стремление к уединению, отгороженность».

Возможны три варианта реакций на фрустрацию. Во-первых, демонстративно-агрессивная, направленная вовне и проявляющаяся в активном протесте, раздражительности, враждебности, гневе, злобе, крике, физическом и психологическом насилии, оскорблении и сарказме и т. д. Во-вторых, скрыто-страдальческая реакция, выражаемая обидой, отчуждённостью, плачем. В третьих, спокойно-адекватная реакция, отражающая нейтральную, уравновешенную, умиротворённую линию поведения.

В ходе анализа результатов методики, возможно, рассчитать уровень социальной адекватности поведения ребёнка, а также аспекты, искажающие эту адекватность. В соответствии с мнением И. Н. Гильяшевой и Н. Д. Игнатьевой, ребёнок является социально адаптированным и умеющим сдерживать и контролировать негативные эмоциональные реакции, если он демонстрирует уравновешенную, либо нейтральную реакции на состояние фрустрации ( ).

Полученные данные можно ранжировать в соответствии с процентными показателями по 3 уровням сформированности отношений или личностных черт:

0—30% - низкий уровень;

30—60% - средний уровень;

60—100% - высокий уровень.

Информация о максимально возможных количественных показателях конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими и его социальной приспособляемости представлена в таблице 2

Таблица 2

Показатели конкретно-личностных отношений ребенка с  
окружающими и его социальной приспособляемости

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Отношение к матери                                                                            | 20 |
| Отношение к отцу                                                                              | 20 |
| Отношение к матери и отцу вместе, воспринимаемыми ребенком как родительская чета («родители») | 12 |
| Отношение к братьям и сестрам                                                                 | 18 |
| Отношение к бабушке, дедушке и другим близким родственникам                                   | 16 |
| Отношение к другу, подруге                                                                    | 14 |
| Отношение к учителю, воспитателю                                                              | 12 |
| Любознательность                                                                              | 6  |
| Стремление к общению в больших группах детей («общительность в группе детей»)                 | 8  |
| Стремление к доминированию или лидерству в группе детей                                       | 6  |
| Конфликтность, агрессивность                                                                  | 9  |
| Реакция на фрустрацию                                                                         | 7  |
| Стремление к уединению, отгороженность                                                        | 18 |

## **2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний**

Первый этап состоял из анализа медицинской документации на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника» номер 1 для установления частоты заболеваний детей ОРВИ. Было изучено 128 историй болезней младших школьников, прикрепленных к данному участку.

По данным ВОЗ, термин часто болеющие дети (ЧБД) – объединяет детей с более высоким уровнем заболеваемости ОРВИ, чем для их

сверстников. У ЧБД повторяющиеся ОРЗ возникают по эпидемиологическим причинам из-за функциональных нарушений в иммунной системе. По данным ВОЗ считается, что ЧБД – это дети, болеющие ОРВИ 4 и более раз в год или болеющие одним ОРВИ длительно – более двух недель. [4; 5; 7, 9, 10]. Полученные результаты представлены в таблице 3 и приложении 1.

Таблица 3

Испытуемые с разной частотой заболевания ОРВИ

| Группа 1 ЧБД      | Группа 2 РБД      |
|-------------------|-------------------|
| более 4 раз в год | менее 2 раз в год |
| 92 реб. / 72 %    | 36 реб / 28 %     |

Первая группа ЧБД – это большинство (72 %) детей с высокой частотой заболеваний ОРВИ более 4 раз в год. Вторую группу РБД составила неполная треть всей выборки (28 %) редко болеющих детей менее 2 раз в год. Полученные данные свидетельствуют о достоверно ( $\varphi^*_{эмп} = 4.168^{**}$ ) высоком проценте часто болеющих младших школьников 6-8 лет относительно их редко болеющих сверстников.

Михайлова Н.В., Михеева А.А. отмечают, что многочисленность ЧБД обуславливается возрастным феноменом дошкольного и началом школьного возрастов, уже после девяти лет их количество резко уменьшается. К сожалению, не потому, что дети перестают болеть, а по причине приобретения хронических заболеваний и перехода в иную нозологическую группу.

Изучение медицинских карт детей позволило отметить, что в структуре острых респираторных инфекций ведущее место занимают вирусы, в меж эпидемический период преобладают заболевания не гриппозной этиологии. Медицинские записи в картах ЧБД указывали на сопутствующие психологические проявления, такие как эмоциональная неустойчивость, быстрая утомляемость, физическая и психологическая истощаемость, гиперреактивность или заторможенность, неуправляемость поведения.

ЧБД оказываются лишенными активных занятий физической культурой, как следствие малоподвижность, а длительном течении – гиподинамия с целым рядом негативных последствий, таких как нарушение баланса процессов возбуждения – торможения в ЦНС, нарушение нейрогуморальной регуляции, ритмики процессов внутренних органов, обмена веществ.

При допустимой же частоте респираторных заболеваний, у детей происходит формирование адаптивного иммунитета. Но слишком частые ОРВИ ведут к манифестированию хронических заболеваний бронхов и легких, гайморита, тонзиллита, отита, предрасполагают к формированию аутоиммунных нарушений, задержке психомоторного и физического развития.

В результате анализа медицинской документации были созданы две группы исследования: Гр. 1 – ЧБД (часто болеющие дети), Гр. 2 – РБД (редко болеющие дети). В каждую группу вошли по десять испытуемых, все они (20 чел.) являлись учениками начальных классов школы МБОУ СОШ № 74 города Пензы. Это обучающиеся 1-2 классов от 6 до 8 лет, из них - 8 мальчиков и 12 девочек.

Далее для выявления социально-психологических факторов провоцирующих ОРВИ у испытуемых двух групп детей Гр. 1 – ЧБД, Гр. 2 – РБД исследовались родительские отношения к ребенку с помощью методики тест - опросник родительского отношения А.Я Варги, В.В. Столина. Полученные результаты выраженности и распределения показателей пяти стилей ДРО (принятие/отвержение ребенка, кооперация, симбиоз, контроль, отношение к неудачам ребенка) представлены в приложении 2 и таблицах 4-5.

Выраженность стилей семейного воспитания у родителей  
младших школьников

| ССВ                          | Семьи с ЧБ ребенком | Семьи с РБ ребенком |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| Принятие—отвержение ребенка  | 25,3                | 24,07               |
| Кооперация                   | 5,7                 | 6,2                 |
| Симбиоз                      | 6,04                | 4,6                 |
| Контроль                     | 4,8                 | 4,1                 |
| Отношение к неудачам ребенка | 5,4                 | 3,5                 |

Для двух групп семей характерно позитивное отношение к ребенку, уважение и признание индивидуальности, одобрение интересов и поддержка его планов. Взрослые готовы уделять своему чаду много времени и не относиться к этому, как к потере. В целом родители принимают ребенка таким, каким он является по факту.

Также объединяет эти семьи ДРО должный вклад в кооперацию с ребенком. Средние баллы в обеих группах стремятся к верхнему пределу среднего арифметического показателя (5,7 и 6,2), что позволяет охарактеризовать их отношения с ребенком в большей степени на равных, ориентированных на интересы ребенка, поощряющих самостоятельность, инициативу и больше позитивно оценивающих его способности.

Показатели контроля во всех семьях также соответствуют средним, т. е. оптимальной его выраженности. Но значение в семьях с ЧБ ребенком, выше, что может характеризовать их воздействие как более авторитарное, задающее более жесткие дисциплинарные рамки.

Явные расхождения ДРО в двух группах семей обнаружены по двум шкалам – «симбиоз» (6,04 и 4,6) и «отношение к неудачам ребенка» (5,4 и 3,5) на высоком уровне достоверности  $p \geq 0,01$ , при  $t=3,04$  («симбиоз»),  $t=2,92$  («маленький неудачник»). Достоверно более высокие значения по первой шкале в группе с ЧБ ребенком позволяют заключить, что мать затрудняется в установлении психологической дистанции с воспитанником, старается всегда

быть рядом и удовлетворять его разумные потребности по сравнению с материнским отношением в семьях с РБР, где преобладает оптимальная психологическая дистанция с ребенком, что характеризует зрелость родительской позиции, соответствие ее биологическому возрасту ребенка. Такой взрослый является хорошим воспитателем и учителем ребенку. Он склонен чаще акцентировать свое внимание на позитивных аспектах поведения ребенка и чаще приписывать его неудачам случайный характер.

Взрослые с ЧБ ребенком, напротив склонны чаще видеть в нем «маленького неудачника», «несмышленика», не приспособленного к реальности и выполнять за него возможно уже посильную деятельность для ребенка, игнорируя, порой, интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка.

Таблица 5

Семьи (%) с разной выраженностью стилей семейного воспитания

| ССВ                          | Семьи с ЧБ ребенком |               |              | Семьи с РБ ребенком |               |               |
|------------------------------|---------------------|---------------|--------------|---------------------|---------------|---------------|
|                              | Высокие баллы       | Средние баллы | Низкие баллы | Высокие баллы       | Средние баллы | Высокие баллы |
| Принятие—отвержение ребенка  | 50                  | 50            | -            | 60                  | 40            | -             |
| Кооперация                   | 50                  | 50            | -            | 60                  | 40            | -             |
| Симбиоз                      | 80                  | 20            | -            | 10                  | 90            | -             |
| Контроль                     | 40                  | 60            | -            | 20                  | 80            | -             |
| Отношение к неудачам ребенка | 70                  | 30            | -            | 10                  | 90            | -             |

Представленные результаты демонстрируют ориентацию всех родителей (100 %) на стиль «Принятие», раскрывающего позитивность отношения к ребенку, готовность принимать его таким, каков он есть, проявлять уважение и симпатию к индивидуальности ребенка. Семей с негативным восприятием своего ребенка испытывающих к нему не доверие, раздражение, досаду, злость, обиду, выявлено не было.

Подобным образом дело обстоит и со стилем ДРО «Кооперация» и «Контроль». Все семьи демонстрируют социально желательный образ отношения родителей к ребенку, т. е. заинтересованность его планами и делами, готовность помогать, сочувствовать, равноправие членов семьи.

Большинство родителей с ЧБР (70 %) стремятся инфантилизировать своего ребенка, подчеркивают его личную и социальную несостоятельность, воспринимают «маленького неудачника» младше фактического возраста, представляя его неуспешным, неприспособленным, податливым для дурных влияний и как следствие пытаются оградить ребенка, минимизировав различные его контакты с социальной средой, контролируя каждый его шаг. И только 10 % семей с РБР практикуют подобный стиль отношений.

Похожее соотношение наблюдается и в распределении родителей выбравших симбиотические отношения с ребенком, соответственно большинство (80 %) в Гр 1- ЧБР и меньшинство (10 %) в Гр 2- РБР. Эти родители выставляют минимальную межличностную дистанцию в общении с ребенком, считая себя неотъемлемой его частью, стремятся удовлетворять потребности ребенка, ограждая его от жизненных проблем.

Для выявления информации о субъективной семейной ситуации ребенка применялся тест "Кинетический рисунок семьи" (КРС) Р.Бернса и С.Кауфмана. КРС направлен на выявление взаимоотношений в семье, вызывающих тревогу ребенка, на восприятие других членов семьи и своего места среди них. Полученные результаты представлены в таблице 6 - 11.

Таблица 6

Выраженность симптомокомплексов у младших школьников ЧБ и РБ  
(по м-ке "Кинетический рисунок семьи" (КРС) Р.Бернса и С.Кауфмана)

| Симптомокомплексы                                         | Гр. 1 - ЧБР | Гр. 2 - РБР |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Благоприятная семейная ситуация                           | 5,5         | 7,8         |
| Тревожность у ребенка                                     | 5,3         | 3,2         |
| Конфликтность в семье                                     | 1,6         | 1,2         |
| Чувство неполноценности самого автора в семейной ситуации | 0,63        | 0,47        |
| Враждебность в семейной ситуации                          | 0,6         | 0,7         |

Младшие школьники (%) с симптомокомплексом «благоприятная семейная ситуация»

| Симптомы                                | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|-----------------------------------------|------------|------------|
| Изображение всех членов семьи           | 100        | 100        |
| Изображение первыми людей               | 100        | 100        |
| Общая деятельность всех членов          | 0          | 0          |
| Отсутствие изолированных членов         | 80         | 90         |
| Хорошее качество линий                  | 80         | 100        |
| Адекватное распределение людей на листе | 40         | 90         |

Данные таблицы 6 свидетельствуют о достаточно благоприятной семейной ситуации в восприятии как часто, так и редко болеющих детей. Интересным представляется тот факт, что рисунков, отображающих общую совместную деятельность членов семьи обнаружено не было. Чаще встречались ситуации независимой персональной деятельности: дети с гаджетами, мама – на кухне, либо на работе, папа – на работе, либо отдыхает пассивно дома. В 30 % изображений ЧБД, присутствовала ситуация совместной занятости диады матери с ребенком – «учим уроки», «мама меня лечит», и диады бабушки с внуком – «бабушка со мной сидит».

Все дети первыми изображали членов семьи, а не предметы, что говорит об отсутствии у них эмоциональной озабоченности семейной ситуацией.

В двух рисунках ЧБД встречаются линии со слабым нажимом, что можно связать с астенизацией авторов.

Среди отгороженных членов нуклеарной семьи в двух работах ЧБД нарисован отец, что можно связать с дефицитностью его психологического участия в воспитании, его роли наблюдателя, а не деятеля, возможно вызванных традиционной экспансией материнской ответственности в ходе частых болезней ребенка.

Неадекватное распределение персонажей на листе у 60 % ЧБ испытуемых связано со сверхтесными контактами тех или иных членов

семьи, что графически отражено их пространственной близостью и контактом рук. В пяти рисунках ЧБД наиболее тесный контакт автора прорисован с мамой и в одном бабушкой. В одном из рисунков другую тесную пару составляют родители, а в двух папа нарисован на удалении от других персонажей. По-видимому, общение в родительской диаде явно преобладает над их общением с дочерью (по крайней мере, в ее восприятии). Наличие симбиотических внутрисемейных отношений способствуют ослаблению внешних связей членов семьи с социальной реальностью. Это нежелательно в младшем школьном возрасте и особенно в подростковом, так как позитивный опыт общения со сверстниками является базой благополучного развития личности ребенка.

Таким образом, значимо меньше ( $t_{\text{эмп}}=2,204^*$ , при  $p<0,05$ ) графических презентаций, свидетельствующих о благоприятной семейной ситуации просматриваются в рисунках ЧБД (5,5) относительно работ РБД (7,8), различия преимущественно кроются в преобладании симбиотических отношений в семьях с часто болеющим ребенком.

Таблица 8

Младшие школьники (%) с симптомокомплексом «тревожность»

| Симптомы                          | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Наличие штриховки                 | 30         | 20         |
| Линия основания                   | 10         | 10         |
| Линия с сильным нажимом           | 20         | 10         |
| Преувеличенное внимание к деталям | 0          | 0          |
| Стирание                          | 40         | 30         |

В рисунках большинства ЧБД встречается штриховка (30 %) и стирание (40 %). В трех рисунках ЧБД обнаружена длинная линия, состоящая из отдельных мелких штришков, так называемая специфическая "линия тревоги". В четырех работах ЧБД также присутствует явный признак страха - подчеркнутая прорисовка глаз, причем со следами стирания и перерисовки, что может говорить о попытках справиться со своим страхом,

возможного несоответствия субъективно жестким требованиям родителей к ним.

РБД реже прибегают к штрихованию (20 %), а стиранием активно пользуется 40 % из них. Чаще подвергались стиранию образ автора в зоне глаз, рта, плечей и кистей, образы сиблингов и родительские образы, что указывает на скрытые конфликтные отношения и самоотношения.

Также стоит отметить, что трое ЧБД во время рисования, обращались к экспериментатору за одобрением, уточняя, правильно ли они все делают, что говорит об их неуверенности в своих действиях, привычке сверяться с родительской оценкой.

Таким образом, значимо больше ( $t_{\text{эмп}}=2,187^*$ , при  $p<0,05$ ) симптомов тревожности просматриваются в рисунках ЧБД (5,3) относительно работ РБД (3,2), что свидетельствует о большем эмоциональном напряжении и тревоги первых, преимущественно связанных с преобладанием симбиотических, эмоционально зависимых отношений в семье, ослабляющих общение ребенка со сверстниками.

Таблица 9

Младшие школьники (%) с симптомокомплексом «конфликтность»

| Симптомы                          | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Барьеры между фигурами            | 10         | 10         |
| Выделение отдельных фигур         | 0          | 0          |
| Изоляция отдельных фигур          | 10         | 10         |
| Преобладание вещей                | 0          | 0          |
| Отсутствие некоторых членов семьи | 0          | 0          |

Следует отметить низкую конфликтность во всех семьях испытуемых, что говорит о позитивном отношении и отсутствии у детей чрезмерного эмоционального напряжения в семейной ситуации с тенденцией к вытеснению этих ощущений. Об этом свидетельствует изначальное согласие и желание всех детей выполнить задание – нарисовать себя и своих близких, отсутствие не нарисованных членов нуклеарной семьи и выделение графическими средствами отдельных персонажей на рисунке. В трех работах

ЧБР и РБР были представлены по изолированному члену семьи. Двое ЧБР изобразили на значительном удалении отца на фоне сверхтесного контакта себя и матери, что можно связать с дефицитностью его психологического участия в воспитании, отведении ему роли наблюдателя, а не деятеля, возможной традиционной экспансией материнской ответственности в ходе частых болезней ребенка. Один РБР на значительном удалении от адекватного изображения себя в окружении родителей, нарисовал старшую сестру, у которой живет отдельно в другом городе.

В одном рисунке ЧБР присутствовало изображение редуцированных кистей рук, что возможно указывает эмоциональную напряженность в социальных контактах, сниженную практику общения. 20 % ЧБД изобразили свой образ с непропорционально длинными руками, но с отсутствием кистей, что может объясняться выраженной потребностью детей к самостоятельности, автономности, особенно включенных в сверхтесные семейные отношения.

Таблица 10

Младшие школьники (%) с симптомокомплексом «враждебность в семейной ситуации»

| Симптомы                          | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Агрессивная позиция фигур         | 0          | 0          |
| Деформированная (нечеткая) фигура | 0          | 0          |
| Руки раскинуты в стороны          | 10         | 10         |
| Пальчики в виде длинных палочек   | 0          | 0          |

На ряду, с не выраженностью конфликтности, симптомокомплекс враждебности в семейной ситуации также практически не проявляется в рисунках детей, вне зависимости от частотности у них ОРВИ. Об этом свидетельствует отсутствие персонажей с деформированной фигурой и или агрессивной позицией, с пальцами на руках в виде длинных палочек, символически отображающими признаки агрессивности в семейной ситуации.

Обращают на себя внимание работы двух детей из разных групп Гр-1 ЧБР и Гр-2 РБР, в которых обнаружены противоположные графические презентации, отражающие отношения между сиблингами. В рисунке ЧБР фигура автора частично наложена на материнскую фигуру с рядом стоящим отцом, а старший брат (13 лет) нарисован на небольшом удалении от большей по размеру фигуры часто болеющего брата, причем оба сиблинга представлены с раскинутыми в стороны руками. Таким образом, враждебность связана с отношениями сиблингов, где ЧБР подчеркивает свою близость к родителям, свое исключительное положение и нейтрализует брата в конкурентной борьбе за родительское внимание. Возможно, болезнь приобретает в этой ситуации функцию вторичной выгоды, обеспечивающую перераспределение родительского внимания в пользу автора.

Иная ситуация представлена на рисунке РБР, где на фоне приближенной младшей сестры к группе родителей, ребенок рисует себя на незначительной удалении с раскинутыми в стороны руками, декларируя исключительность сестры в конкурентных отношениях и враждебность по отношению к ней.

Таблица 10

Младшие школьники (%) с симптомокомплексом «чувство неполноценности в семейной ситуации»

| Симптомы                                 | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|------------------------------------------|------------|------------|
| Отсутствие автора                        | 0          | 0          |
| Изображение себя последним               | 0          | 0          |
| Изоляция автора от других                | 0          | 10         |
| Маленькие фигуры                         | 10         | 0          |
| Расположение фигур на нижней части листа | 10         | 10         |

В работах большинства детей отсутствуют графические признаки их чувства неполноценности в семейной ситуации, что позволяет нам заключить, что дети переживают эмоциональную вовлеченность в отношения с близкими, авторитетность и значимость рядом с родителями. Об этом

«заявили» по 90 % испытуемых из каждой группы, они более детально изобразили себя и использовали те же цвета для изображения себя и своих близких, что является показателем слитности со всеми членами семьи.

Лишь в работах двух детей ЧБР и РБР рисунок семьи оказался меньше  $\frac{1}{4}$  площади листа и располагался ближе к нижней границы листа, что может свидетельствовать о сниженном настроении ребенка, его чувстве неполноценности в семейной ситуации.

Для исследования структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими, особенностей социальной приспособляемости ребенка и связанных с ней определенных черт и поведенческих характеристик личности применялась проективная методика «Фильм-тест» Р. Жия. Полученные результаты представлены в приложении 3 и таблице 11 и рисунке 1.

Таблица 11

Показатели социальной приспособляемости и связанных с ней определенных черт и поведенческих характеристик личности ЧБД и РБД

|                                                                                               |    | Гр 1 – ЧБД | Гр 2 - РБД |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|------------|
| Отношение к матери                                                                            | 20 | 18,34      | 15,16      |
| Отношение к отцу                                                                              | 20 | 13,47      | 14,71      |
| Отношение к матери и отцу вместе, воспринимаемыми ребенком как родительская чета («родители») | 12 | 8,64       | 7,34       |
| Отношение к братьям и сестрам                                                                 | 18 | 8,64       | 12,36      |
| Отношение к бабушке, дедушке и другим близким родственникам                                   | 16 | 11,31      | 9,18       |
| Отношение к другу, подруге                                                                    | 14 | 6,72       | 9,13       |
| Отношение к учителю, воспитателю                                                              | 12 | 5,46       | 8,02       |
| Любознательность                                                                              | 6  | 4,84       | 4,015      |
| Стремление к общению в больших группах детей («общительность в группе детей»)                 | 8  | 6,94       | 5,25       |
| Стремление к доминированию или лидерству в группе детей                                       | 6  | 2,37       | 4,62       |
| Конфликтность, агрессивность                                                                  | 9  | 5,98       | 5,14       |
| Реакция на фрустрацию                                                                         | 7  | 6,61       | 3,41       |
| Стремление к уединению, отгороженность                                                        | 18 | 12,6       | 6,91       |

Результаты, отраженные в таблице 11, свидетельствуют о положительном характере эмоциональных связей испытуемых двух групп к родителям, сиблингам, прародителям, близким родственникам. Стоит отметить, что ЧБД выбирали наиболее короткую и близкую дистанцию с матерью (18,34) отражающую сильную привязанность к ней. Менее выраженная эмоциональная связь в этой группе просматривается по отношению к отцу (13,47). РБД приблизительно в равной степени близки к обоим родителям, при незначительном приоритете матери (15,16 и 14,17).

Несколько более позитивное отношение к братьям и сестрам отражено в работах РБД (12,36) относительно ЧБД (8,64), но различия не достигают уровня значимых.

Дети двух групп социально ориентированы (5,46 и 8,02), любознательны (4,84 и 4,01). Но, ЧБД выставляют достоверно большую дистанцию в отношении к учителю (5,46) по сравнению с РБД (8,02), ( $t_{\text{мпп}}=2,137^*$ , при  $p<0,05$ ). Возможно, это связано с переносом на образ учителя выраженной привязанности часто болеющего ребенка к матери и выстраивания отношений в классе по подобию семейной модели. Но не всегда учитель готов к таким «особым» тесным отношениям с учеником, при этом ребенок часто не получая ожидаемой обратной связи от учителя, переживает дискомфорт, перенося ответственность на взрослого, что приводит к эмоциональному дистанцированию с ним.

У ЧБД наблюдается яркая тенденция к изоляции от сверстников (шкала «Отгороженность») - 12,6, на фоне более включенных в детское общение РБД (6,91), ( $t_{\text{мпп}}=2,193^*$ , при  $p<0,05$ ). Причем просматривается выраженное стремление к общению в больших детских группах у испытуемых независимо от их склонности к заболеванию ОРВИ (6,94 и 5,25), на фоне достоверно эмоционально прохладных отношений к друзьям со стороны ЧБД (6,72) в сравнении с РБД (9,13), ( $t_{\text{мпп}}=2,241^*$ , при  $p<0,05$ ). Также стоит отметить отсутствие амбиций к доминированию и лидерству в детских группах у ЧБД (2,37) относительно РБД (4,62), ( $t_{\text{мпп}}=2,307^*$ , при  $p<0,05$ ).

Все это может свидетельствовать о том, что сфера взаимодействия «ребенок – ребенок» для ЧБД является проблемной. В основе этой проблемы, вероятно, лежит противоречие между «я» и «мы», когда ребенок хочет, но не может войти в референтную группу сверстников, даже не претендуя при этом на лидерство. Таким образом, у ЧБД наблюдается стремление к взаимодействию с другими детьми, желание утвердиться в их глазах, но в реальности наблюдается неумение выстраивать свое поведение соответственно нормам.

Показатели детей обеих групп по шкале конфликтности, агрессивности являются нормативными (5,93 и 5,34), но у ЧБД обнаружены значимо более выраженные реакции на фрустрацию у ЧБД (6,25), чем у их редко болеющих сверстников (3,41), ( $t_{\text{мп}}=2,163^*$ , при  $p<0,05$ ).

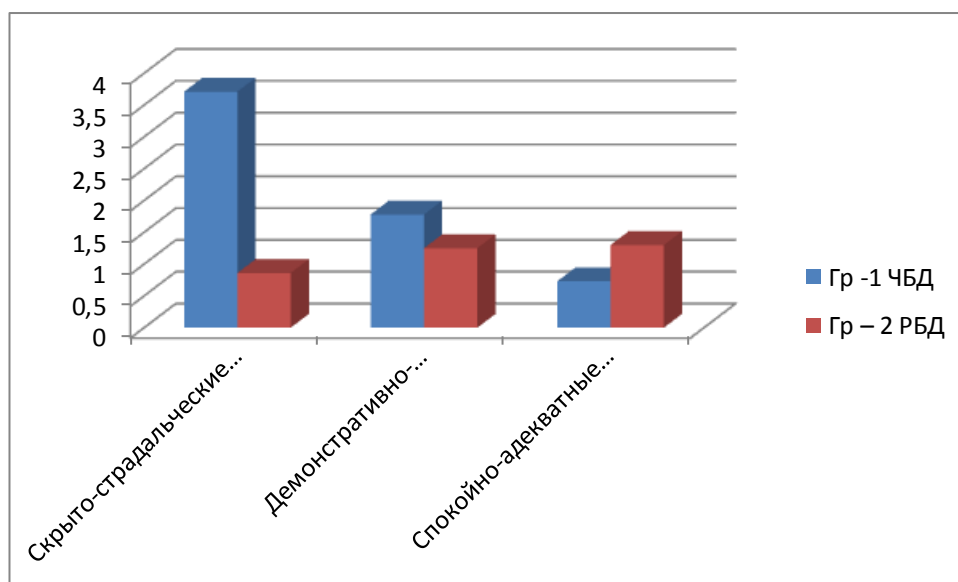


Рис. 1. Соотношение типов реакций на фрустрацию у часто и редко болеющих ОРВИ младших школьников

Среди поведенческих реакций (шкала «Реакция на фрустрацию») у ЧБД значимо преобладающими оказались скрыто-страдальческие реакции (3,71), по сравнению с РБД (0,86), ( $t_{\text{мп}}=2,2301^*$ , при  $p<0,05$ ). Тенденция к пассивному реагированию на состояние фрустрации создает повышенный фон эмоционального напряжения, возможно компенсируемый уже на психосоматическом уровне, что объясняет склонность детей этой группы к

частым ОРВИ. В поведенческом репертуаре ЧБД также присутствуют и два других типа реагирования на фрустрацию, причем конструктивные реакции занимают последнее место (0,73) относительно даже демонстративно-агрессивных (1,78). Соответственно, уровень социальной адекватности поведения ЧБД ниже нормы. Им сложно сдерживать и контролировать негативные эмоциональные реакции, которые они скрыто-страдальчески переживают либо реже демонстративно-агрессивно выплескивают вовне.

РБД предпочитают реагировать в ситуациях фрустрации приблизительно с одинаковой вероятностью либо спокойно-адекватной реакцией, отражающей нейтральную, уравновешенную, умиротворённую линию поведения (1,3), либо демонстративно-агрессивной (1,25), направленной вовне и проявляющейся в активном протесте, раздражительности, враждебности, гневе, злобе, крике, физическом и психологическом насилии, оскорблении и сарказме и т. д.. Соответственно, РБД являются более социально адаптированными, чем их ЧБ сверстники и умеющими сдерживать и контролировать негативные эмоциональные реакции, так как чаще демонстрируют уравновешенную, либо нейтральную реакции на состояние фрустрации.

Далее выявлялись корреляционные связи между переменными, включенными в обследование посредством коэффициентов корреляции Пирсона. Полученные результаты отражены в корреляционной матрицы в таблице 12.

Таблица 12

Корреляционная матрица социально-психологических показателей  
испытуемых и частоты заболеваемости ОРВИ

|                      | Частота заболеваемости |
|----------------------|------------------------|
| Принятие—отвержение  | 0,106                  |
| Кооперация           | 0,0467                 |
| Симбиоз              | 0,898**                |
| Контроль             | 0,378                  |
| Отношение к неудачам | 0,582**                |
| Отношение к матери   | 0,686**                |

|                                                         |          |
|---------------------------------------------------------|----------|
| Отношение к отцу                                        | 0,317    |
| Отношение к другу, подруге                              | 0,428    |
| Отношение к учителю                                     | 0,349    |
| Стремление к общению в больших группах детей            | 0,492*   |
| Стремление к доминированию или лидерству в группе детей | -0,575** |
| Конфликтность, агрессивность                            | 0,236    |
| Реакция на фрустрацию                                   | 0,622**  |
| Стремление к уединению, отгороженность                  | 0,364    |

$K=18$ ,  $*r_{\text{крит.}} = 0,44$  при 0,05 уровне значимости;  $**r_{\text{крит.}} = 0,56$  при 0,01 уровне значимости.

Выявлена корреляционная связь между частотой заболеваемости ОРВИ младших школьников и их социально-психологическими показателями. Так, чем сильнее симбиотическая связь матери с ребенком и эмоциональная привязанность ребенка к матери, чем больше родители стремятся инфантилизировать своего ребенка, относясь к нему как к маленькому неудачнику, чем выше стремление ребенка к общению в больших детских группах и ниже амбиции к доминированию в них, и чем выше фрустрация ребенка, тем выше вероятность возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте.

### **2.3. Рекомендации по оптимизации межличностных отношений психосоматически ослабленных детей**

В ходе проведенного исследования были выявлены корреляционные связи между сверхтесными детско-родительскими контактами в семье и адекватными реакциями ребенка на фрустрацию. В обоих случаях родителям, педагогу-психологу в образовательной среде необходим инструмент для разрешения подобных трудностей. Достаточно часто именно симбиотические отношения становятся причиной повышенной склонности к простудным заболеваниям младших школьников. Прежде всего, для оказания помощи в оптимизации детско-родительских отношений, следует знать, что взаимозависимость - это латентный неявный слой отношений и он не декларируется участниками открыто. На социальном уровне роли отношений

«родитель – ребёнок» явно маскируются. Нет речи ни о контракте, ни о явном договоре.

Важно помнить, что каждый участник воспроизводит свой уже использованный, опробованный способ поведения из предыдущих ситуаций, чаще всего из детства, а значит, находится не в «здесь и сейчас».

Симбиоз – это плацдарм для демонстрации рэкетных, суррогатных чувств, значит, а это способ паразитировать за счёт других, использовать манипуляции.

Один из участников взаимозависимости может приглашать к спасательству или преследованию, значит будут разворачиваться игровые отношения, описанные с помощью драматического треугольника Карпмана.

Так же для решения последствий симбиотических отношений следует помнить о теории переносных или трансферных отношений.

Родителям следует учитывать, что такие проблемы как алкоголизм и наркомания – это последствия неполноценно прожитых симбиотических отношений с матерью на ранних стадиях развития.

Психологу необходимо помнить о том, что он сам, при решении ситуации, легко может быть вовлечён в симбиотические отношения тех, кто обратился за помощью. Анализируя происходящее, можно получить ценную информацию о вкладе каждого в проблему.

Родителям следует придерживаться следующих рекомендаций, направленных на оптимизацию родительско-детских отношений.

Дайте понять вашему ребенку, что вы его принимаете таким, какой он есть. Старайтесь употреблять такие выражения как: "Ты самый любимый", "Я тебя люблю любого", "Какое счастье, что ты у нас есть".

Помните, что каждое ваше слово, мимика, жесты, интонация, громкость голоса несут ребенку сообщение о его самооценности. Стремитесь создать у вашего ребенка высокую самооценку, подкрепляя это словами: "Я радуюсь твоим успехам", "Ты очень многое можешь".

Обратите свое внимание родителей на то, чтобы их слова не расходились с делом, иначе со временем это приведет к неуважению со стороны детей.

Прежде чем начать общаться с вашим ребенком, установите контакт с ребенком «глаза в глаза».

Ослабьте категоричность в отношении ребенка, вместо слово "нельзя", используйте едва заметный жест, взгляд или мимику. Постарайтесь проявлять свое отношение к поведению ребенка без лишних объяснений и нравоучений.

Стремитесь проявлять заинтересованность к ребенку во взаимодействии с ним. Вы можете акцентировать это кивком, восклицанием. Представляйте ребенку время для формулирования высказывания, не торопите его и не демонстрируйте всем своим видом, что ваш интерес в другом месте.

Не внушайте своему ребенку того, чего бы вы ему на самом деле не желаете. Множество неосознанных установок, которые дети получают от родителей, в дальнейшем детерминируют их поведение.

Советуйтесь с ребенком, не принимайте решение единолично, ребенок имеет право голоса в решении какой-либо проблемы.

Соблюдайте принципы общения на равных с детьми, равенства и сотрудничества.

Оказывайте поддержку ребенку в его: "Я вижу, что тебя что-то беспокоит", " Я вижу, что тебя кто-то огорчил", " Расскажи мне, что с тобой".

Используйте вербальные формулы прощания, приветствия, благодарности при контакте с детьми. Произносите слова с улыбкой, доброжелательно, сопровождайте вербальные сообщения тактильным прикосновением. За любое, даже маленькое достижение ребенка или услугу, благодарите его.

Важно адекватно реагировать на поступки детей, для этого необходимо: выяснить побудительный мотив действий; проявить эмпатию; оценивать не личность, а действие совершенное ребенком; дать понять

ребенку, что независимо от поступка, вы относитесь положительно к нему; не сравнивайте ребенка с другими детьми.

Не употребляйте в обращении к ребенку фразы, которые надолго остаются в сознании ребенка: "Сколько раз я тебе говорила!", "Что бы ты без меня делал".

Для правильной организации взаимоотношений с детьми необходимо преодолевать барьеры занятости, взрослости (не чувствуете переживания ребенка, не понимаете его потребности), "воспитательных традиций" (не учитываете динамику ситуации воспитания и уровень развития ребенка, пытаетесь дублировать педагогические воздействия своих родителей), «дидактизма» (вы постоянно пытаетесь поучать детей).

Совершенствуйте коммуникативные умения ваших детей:

- для развития умения внимательно слушать, не перебивать собеседника, напоминайте ему: "Сначала послушай, что говорят другие, а потом говори сам";
- если ребенок забывает говорить речевые этикетные формулы (приветствия, прощания, благодарности), то косвенно напомните ему об этом;
- для развития умения устанавливать контакт с собеседником предложите детям игровую ситуацию: "Давайте говорить друг другу комплименты";
- для развития умения общаться без слов предложите им игры "Через стекло", "Иностранец", "Расскажи стихи руками". Попробуйте 15 минут общаться при помощи мимики и жестов;
- для развития умения понимать настроение и чувства другого предложите ребенку понаблюдать за кем-либо из родственников. Предложите детям игры "На что похоже настроение?", "Нарисуй свой страх и победи его";
- для развития у детей чувства эмпатии (сопереживания) используйте сюжеты сказок. Попытайтесь узнать у детей: сказка - это хорошо или плохо? Что хорошего в сказке? Есть ли хорошие герои? Назови. Есть ли плохие? Кто они? А почему они плохие? Что хорошего может произойти

со сказочными героями? А что плохого? Старайтесь читать и всегда обсуждать сказки.

Вышеуказанные рекомендации помогут в оптимизации межличностных отношений в семье, а также грамотно организовать профилактическую работу с семьей в образовательных учреждениях и таким образом, снизить частоту заболеваемости детей ОРВИ.

## Выводы

Анализ историй болезни пациентов младшего школьного возраста прикрепленных к ГБУЗ «Городская детская поликлиника» № 1 показал, что из 128 детей, большинство (72 %) составили дети с высокой частотой заболеваний ОРВИ более 4 раз в год, и только менее трети всей выборки – 28 % оказались редко болеющие дети менее 2 раз в год. Полученные данные свидетельствуют о достоверно ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 4.168^{**}$ ) высоком проценте часто болеющих младших школьников 6-8 лет относительно их редко болеющих сверстников.

Исследование детско-родительских отношений выявило их сходство в семьях с часто и редко болеющими детьми. В семьях принято позитивное отношение к ребенку, уважение и признание индивидуальности, одобрение интересов и поддержка его планов.

Оптимальный родительский контроль доминирует в семьях с редко болеющим ребенком. В семьях с ЧБР задаются несколько более жесткие дисциплинарные рамки.

Явные расхождения ДРО в двух группах семей обнаружены по двум шкалам – «симбиоз» (6,04 и 4,6) и «отношение к неудачам ребенка» (5,4 и 3,5) на высоком уровне достоверности  $p \geq 0,01$ , при  $t=3,04$  («симбиоз»),  $t=2,92$  («маленький неудачник»). Достоверно более высокие значения по первой шкале в группе с ЧБ ребенком позволяют заключить, что мать затрудняется в установлении психологической дистанции с воспитанником, старается всегда быть рядом и удовлетворять его разумные потребности по сравнению с материнским отношением в семьях с РБР, где преобладает оптимальная психологическая дистанция с ребенком, что характеризует зрелость родительской позиции, соответствие ее биологическому возрасту ребенка.

Неадекватное распределение персонажей на рисунке «Кинетического изображения семьи» у 60 % ЧБ испытуемых связано со сверхтесными контактами тех или иных членов семьи, что графически отражено их

пространственной близостью и контактом рук. Наличие симбиотических внутрисемейных отношений способствуют ослаблению внешних связей членов семьи с социальной реальностью. Это нежелательно в младшем школьном возрасте и особенно в подростковом, так как позитивный опыт общения со сверстниками является базой благополучного развития личности ребенка.

Исследование структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими, особенностей его социальной приспособляемости методикой «Фильм-тест» Р. Жилия выявило, положительный характер эмоциональных связей испытуемых двух групп к родителям, сиблингам, прародителям, близким родственникам. Стоит отметить, что ЧБД выбирали наиболее короткую и близкую дистанцию с матерью (18,34) отражающую сильную привязанность к ней. Менее выраженная эмоциональная связь в этой группе просматривается по отношению к отцу (13,47).

Дети двух групп социально ориентированы (5,46 и 8,02), любознательны (4,84 и 4,01). Но, ЧБД выставляют достоверно большую дистанцию в отношении к учителю (5,46) по сравнению с РБД (8,02), ( $t_{\text{мnp}}=2,137^*$ , при  $p<0,05$ ). Возможно, это связано с переносом на образ учителя выраженной привязанности часто болеющего ребенка к матери и выстраивания отношений в классе по подобию семейной модели. Но не всегда учитель готов к таким «особым» тесным отношениям с учеником, при этом ребенок часто не получая ожидаемой обратной связи от учителя, переживает дискомфорт, перенося ответственность на взрослого, что приводит к эмоциональному дистанцированию с ним.

У ЧБД наблюдается яркая тенденция к изоляции от сверстников (шкала «Отгороженность») - 12,6, на фоне более включенных в детское общение РБД (6,91), ( $t_{\text{мnp}}=2,193^*$ , при  $p<0,05$ ). Причем просматривается выраженное стремление к общению в больших детских группах у испытуемых не зависимо от их склонности к заболеванию ОРВИ (6,94 и 5,25), на фоне достоверно эмоционально прохладных отношений к друзьям со стороны ЧБД

(6,72) в сравнении с РБД (9,13), ( $t_{\text{мп}}=2,241^*$ , при  $p<0,05$ ). Также стоит отметить отсутствие амбиций к доминированию и лидерству в детских группах у ЧБД (2,37) относительно РБД (4,62), ( $t_{\text{мп}}=2,307^*$ , при  $p<0,05$ ). Все это может свидетельствовать о том, что сфера взаимодействия «ребенок – ребенок» для ЧБД является проблемной. В основе этой проблемы, вероятно, лежит противоречие между «я» и «мы», когда ребенок хочет, но не может войти в референтную группу сверстников, даже не претендуя при этом на лидерство. Таким образом, у ЧБД наблюдается стремление к взаимодействию с другими детьми, желание утвердиться в их глазах, но в реальности наблюдается неумение выстраивать свое поведение соответственно нормам.

Показатели детей обеих групп по шкале конфликтности, агрессивности являются нормативными (5,93 и 5,34), но у ЧБД обнаружены значимо более выраженные реакции на фрустрацию у ЧБД (6,25), чем у их редко болеющих сверстников (3,41), ( $t_{\text{мп}}=2,163^*$ , при  $p<0,05$ ).

Среди поведенческих реакций (шкала «Реакция на фрустрацию») у ЧБД значимо преобладающими оказались скрыто-страдальческие реакции (3,71), по сравнению с РБД (0,86), ( $t_{\text{мп}}=2,2301^*$ , при  $p<0,05$ ). Тенденция к пассивному реагированию на состояние фрустрации создает повышенный фон эмоционального напряжения, возможно компенсируемый уже на психосоматическом уровне, что объясняет склонность детей этой группы к частым ОРВИ. В поведенческом репертуаре ЧБД также присутствуют и два других типа реагирования на фрустрацию, причем конструктивные реакции занимают последнее место (0,73) относительно даже демонстративно-агрессивных (1,78). Соответственно, уровень социальной адекватности поведения ЧБД ниже нормы. Им сложно сдерживать и контролировать негативные эмоциональные реакции, которые они скрыто-страдальчески переживают либо реже демонстративно-агрессивно выплескивают вовне.

РБД предпочитают реагировать в ситуациях фрустрации приблизительно с одинаковой вероятностью либо спокойно-адекватной

реакцией, отражающей нейтральную, уравновешенную, умиротворённую линию поведения (1,3), либо демонстративно-агрессивной (1,25), направленной вовне и проявляющейся в активном протесте, раздражительности, враждебности, гневе, злобе, крике, физическом и психологическом насилии, оскорблении и сарказме и т. д.. Соответственно, РБД являются более социально адаптированными, чем их ЧБ сверстники и умеющими сдерживать и контролировать негативные эмоциональные реакции, так как чаще демонстрируют уравновешенную, либо нейтральную реакции на состояние фрустрации.

Выявлена корреляционная связь между частотой заболеваемости ОРВИ младших школьников и их социально-психологическими показателями. Так, чем сильнее симбиотическая связь матери с ребенком и эмоциональная привязанность ребенка к матери, чем больше родители стремятся инфантилизировать своего ребенка, относясь к нему как к маленькому неудачнику, чем выше стремление ребенка к общению в больших детских группах и ниже амбиции к доминированию в них, и чем выше фрустрация ребенка, тем выше вероятность возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте.

## **Заключение**

Данная работа посвящена рассмотрению социально-психологических факторов в возникновении ОРВИ в детском возрасте. Важнейшим социально-психологическим условием здоровья детей является их успешное вхождения в мир социальных отношений. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в настоящий момент являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Социально-психологические факторы оказывают решающее влияние на течение и преодоление болезни. Медицинская статистика отражает связь между психическими факторами, развитием и протеканием инфекционных заболеваний.

Теоретическое исследование проблемы социально-психологических факторов возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте включало в себя рассмотрение вопросов о психосоматическом аспекте респираторных заболеваний, анализ роли социально-психологических факторов в возникновении ОРВИ и социально-психологических особенностей младшего школьного возраста.

Теоретический анализ проблемы исследования позволил сформулировать гипотезу исследования на основании ряда наиболее значимых социально-психологических факторов, провоцирующих частые заболевания детей, описанных учеными. Это напряженная психологическая обстановка в семье, где ребёнок бессознательно выбирает болезнь как способ сохранения семьи; сильное эмоциональное потрясение, бессознательное приписывание вины себе и невозможность справиться с переживаниями; появление сиблинга в семье, переживание ребенком покинутости, ненужности отвергнутости; гиперопека или гипоопека матери затрудняет простраивание границ личности ребенком; трудности с адаптацией в новых коллективах детского сада, школы, сложности в отношениях со сверстниками; чрезмерные требования, излишняя строгость и завышенные ожидания родителей задают слишком высокую планку поведения и у ребёнка

формируется чувство несостоятельности, страх не соответствовать ожиданиям взрослых.

Эмпирическое исследование проводилось в два этапа. Первый этап состоял из анализа медицинской документации для установления частоты заболеваний детей ОРВИ. Полученные данные свидетельствуют о высоком проценте часто болеющих младших школьников 6-8 лет относительно их редко болеющих сверстников. В результате анализа медицинской документации были созданы две группы исследования часто и редко болеющие дети.

Второй этап заключался в выявлении социально-психологических факторов провоцирующих ОРВИ у испытуемых двух групп часто и редко болеющих детей. Корреляционный анализ позволил выявить, чем сильнее симбиотическая связь матери с ребенком и эмоциональная привязанность ребенка к матери, чем больше родители стремятся инфантилизировать своего ребенка, относясь к нему как к маленькому неудачнику, чем выше стремление ребенка к общению в больших детских группах и ниже амбиции к доминированию в них, и чем выше фрустрация ребенка, тем выше вероятность возникновения респираторных заболеваний в детском возрасте.

Таким образом, гипотеза исследования полностью подтвердилась. Действительно существует связь между частотой заболеваемости ОРВИ и социально-психологическими характеристиками младших школьников, так, повышению частоты заболевания ОРВИ способствуют симбиотические отношения в семье, тенденция родителей инфантилизировать своего ребенка, тревожность в семье, скрытая реакция на фрустрацию, отсутствие к доминированию в группе детей.

На основании полученных результатов разработаны рекомендации по оптимизации межличностных отношений психосоматически ослабленных детей. С результатами исследования ознакомлена администрация и учителя начальных классов школы МБОУ СОШ № 74 города Пензы.

Возможные перспективы дальнейшей работы представляются связанными с более углубленным изучением факторов возникновения респираторных заболеваний у детей.

## Список используемых источников

1. Абрамова Г.С., Юдиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 2008. – 457 с.
2. Аитов К. А. К вопросу о клинике, диагностике и лечении гриппа и ОРВИ / К. А. Аитов // Медицинский совет. - 2015. - N2. - С. 33-36.
3. Айзенк Г., Айзенк М. Исследования человеческой психики. – М.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 2001. – 480 с.
4. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект-Пресс, 2000. – 770 с.
5. Анискин Д.Б. Психологический стресс и соматические расстройства / Д.Б. Анискин // Лечащий врач. – 1998. – №1. – с. 54-56.
6. Бакирова З.А., Мочалов С.М., Куксо П.А. Последствия нарушения психоэмоциональной сферы человека // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010. Т. 12. № 3-2. С. 382-385.
7. Белинская Е.П. Социальная психология. Хрестоматия. М.: Аспект-Пресс, 2003. – 730 с.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М.: Просвещение, 2010. – 459 с.
9. Бернс Р. С., Кауфман С. Х. Кинетический рисунок семьи: введение в понимание детей через кинетические рисунки М: Смысл, 2000. — 146 с.
10. Валлон А. Ландшафт детской души: Юнгианское консультирование в школах и клиниках М.: ПЕР СЭ, 2006. - 217 с.
11. Велиева, С. В. Взаимосвязь психосоматического здоровья и психических состояний // Реалии и перспективы образования детей в 21 веке: материалы Международной научно-практической конференции. -Ульяновск, 2005. С. 74-79.
12. Гигнгер С., Гингер А. Практическое пособие для психотерапевтов. - М.: Академический проект, 2014. - 240 с.

13. Голенищева, Е. Л. Социально-психологические факторы агрессивности младших школьников: автореферат дисканд. психологических наук. —1. СПб., 2005.- 20 с.
14. Голованова, Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка / Н. Ф. Голованова. — СПб.: Речь, 2004.-272 с.
15. Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 45–60.
16. Егорова Э. Н. Психология развития/ Э. Н. Егорова. - Харьков, 2003. — 421 с.
17. Зайцева О. В. Пути профилактики острых респираторных заболеваний / О. В. Зайцева // Фарматека. - 2014. - N15. - С. 84-87.
18. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний.- СПб, Гиппократ 2000. – 433с.
19. Комяк Я. Ф. Острые респираторные вирусные инфекции у детей / Я. Ф. Комяк // Мир медицины. - 2015. - N1. - С. 12-14
20. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка - пациента соматической клиники. Практикум. - Красноярск-Ярославль, 2006. - 87 с.
21. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. — Спб.: Питер, 2009–320 с.
22. Люшер М. Цвет вашего характера. - М.: Вече, Персей, АСТ, 2016. – 147с.
23. Минигалиева М.Р. Психологическое консультирование: теория и практика. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 603 с.
24. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. - Красноярск, 2007. - 144 с.
25. Мясичев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Актуальные вопросы медицинской психологии. Л.: Медицина, 2014. – 360 с.

26. Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. Учебник. – М.: ПЕРСЭ; Логос, 2003. – 544 с.
27. Ральникова И.А. Психосоматическая интерпретация заболевания острой респираторной вирусной инфекции. // Педагогика и психология. №11. 2010. - С. 63- 76.
28. Семаго Н.Я, Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб. : Речь, 2005. – 384с.
29. Социально-психологические проблемы образования: вопросы теории и практики : сб. науч. тр. / Моск. гор. психол.-пед. ун-т. Фак. социал. психологии ; под ред. М.Ю. Кондратьева, О.Б. Крушельницкой. - М. : МГППУ, 2010. - 159 с.
30. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. - М.: Институт психологии РАН, 2011. - 512 с.
31. Терещук Е.И. Единство души и тела // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 1. С. 147-153.
32. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология: Учебник для вузов. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004
33. Федотова М.А., Беляева Н.С. Гармонизация личности: инновационный подход // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 11. С. 135-141.
34. Фрейд З. О психоанализе // Фрейд З. Психоаналитические этюды / Составление Д.И.Донского, В.Ф.Круглянского. – М.: ООО «Попурри», 2008. – 608 с.
35. Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура // Московский психотерапевтический журнал, 1999, №2. – с. 61-90. – цит. по: Библиотека фонда содействия развитию психической культуры ([www.psylib.kiev.ua](http://www.psylib.kiev.ua)).

36. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. - М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2012. - 288 с.
37. Чаева С.И., Боков С.Н., Мягков И.Ф. Медицинская психология: пропедевтический курс. М.: Логос, 2002. – 480 с.
38. Шанина Г.Е. Психогигиена и психопрофилактика. - М.: Логос, 2013. - 148 с.
39. Юденкова И. В., Воронцова Н. И. Влияние внутрисемейных отношений на личностное развитие ребенка.- Материалы Международной научно-практической конференции. — Пенза: Социосфера, 2011. — С. 135–138.

## Приложение 1

Частота заболеваемости ОРВИ за последний год пациентов ГБУЗ «Городская детская поликлиника» № 1

| № п/п | ЧЗ | № п/п | ЧЗ | № п/п | ЧЗ | № п/п | ЧЗ |
|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|
| 1     | 4  | 33    | 6  | 65    | 4  | 97    | 7  |
| 2     | 1  | 34    | 5  | 66    | 4  | 98    | 2  |
| 3     | 5  | 35    | 4  | 67    | 5  | 99    | 3  |
| 4     | 1  | 36    | 3  | 68    | 1  | 100   | 7  |
| 5     | 5  | 37    | 5  | 69    | 3  | 101   | 4  |
| 6     | 1  | 38    | 4  | 70    | 3  | 102   | 6  |
| 7     | 2  | 39    | 4  | 71    | 6  | 103   | 1  |
| 8     | 2  | 40    | 4  | 72    | 5  | 104   | 1  |
| 9     | 3  | 41    | 5  | 73    | 4  | 105   | 6  |
| 10    | 7  | 42    | 1  | 74    | 3  | 106   | 6  |
| 11    | 6  | 43    | 3  | 75    | 5  | 107   | 8  |
| 12    | 2  | 44    | 3  | 76    | 3  | 108   | 4  |
| 13    | 1  | 45    | 6  | 77    | 4  | 109   | 3  |
| 14    | 5  | 46    | 5  | 78    | 4  | 110   | 4  |
| 15    | 1  | 47    | 4  | 79    | 6  | 111   | 5  |
| 16    | 1  | 48    | 3  | 80    | 5  | 112   | 8  |
| 17    | 5  | 49    | 5  | 81    | 3  | 113   | 3  |
| 18    | 4  | 50    | 3  | 82    | 7  | 114   | 5  |
| 19    | 6  | 51    | 2  | 83    | 6  | 115   | 4  |
| 20    | 4  | 52    | 7  | 84    | 3  | 116   | 4  |
| 21    | 5  | 53    | 3  | 85    | 5  | 117   | 5  |
| 22    | 1  | 54    | 2  | 86    | 3  | 118   | 1  |
| 23    | 3  | 55    | 5  | 87    | 7  | 119   | 3  |
| 24    | 3  | 56    | 4  | 88    | 6  | 120   | 3  |
| 25    | 6  | 57    | 1  | 89    | 2  | 121   | 6  |
| 26    | 5  | 58    | 6  | 90    | 1  | 122   | 5  |
| 27    | 3  | 59    | 6  | 91    | 5  | 123   | 4  |
| 28    | 3  | 60    | 5  | 92    | 5  | 124   | 3  |
| 29    | 4  | 61    | 4  | 93    | 4  | 125   | 5  |
| 30    | 4  | 62    | 2  | 94    | 7  | 126   | 3  |
| 31    | 5  | 63    | 3  | 95    | 6  | 227   | 2  |
| 32    | 3  | 64    | 7  | 96    | 3  | 228   | 7  |

Частота заболеваемости ОРВИ за последний год младших школьников МБОУ СОШ № 74

| № п/п | Редко болеющие дети (РБД) | № п/п | Часто болеющие дети ЧБД |
|-------|---------------------------|-------|-------------------------|
| 1     | 1                         | 1     | 6                       |
| 2     | 1                         | 2     | 5                       |
| 3     | 1                         | 3     | 6                       |
| 4     | 2                         | 4     | 4                       |
| 5     | 2                         | 5     | 7                       |
| 6     | 2                         | 6     | 7                       |
| 7     | 1                         | 7     | 8                       |
| 8     | 1                         | 8     | 5                       |
| 9     | 2                         | 9     | 5                       |
| 10    | 2                         | 10    | 6                       |

## Приложение 2

Выраженность стилей ДРО в семьях с ЧБР и РБР (по опроснику  
родительского отношения А.Я Варги, В.В. Столина)

| № п/п | Принятие | Кооперация | Симбиоз | Контроль | Отношение к неудачам ребенка |
|-------|----------|------------|---------|----------|------------------------------|
| 1     | 26       | 7          | 6       | 4        | 6                            |
| 2     | 24       | 5          | 7       | 6        | 4                            |
| 3     | 27       | 8          | 5       | 3        | 8                            |
| 4     | 27       | 7          | 7       | 3        | 5                            |
| 5     | 23       | 8          | 6       | 6        | 7                            |
| 6     | 19       | 7          | 7       | 6        | 7                            |
| 7     | 14       | 4          | 6       | 4        | 6                            |
| 8     | 12       | 7          | 4       | 7        | 8                            |
| 9     | 25       | 5          | 6       | 7        | 7                            |
| 10    | 22       | 7          | 7       | 5        | 7                            |
| 11    | 26       | 7          | 6       | 5        | 7                            |
| 12    | 17       | 8          | 4       | 4        | 3                            |
| 13    | 21       | 7          | 3       | 3        | 5                            |
| 14    | 22       | 5          | 2       | 4        | 3                            |
| 15    | 22       | 6          | 3       | 3        | 5                            |
| 16    | 24       | 7          | 5       | 6        | 4                            |
| 17    | 18       | 4          | 4       | 5        | 3                            |
| 18    | 16       | 3          | 4       | 5        | 4                            |
| 19    | 24       | 4          | 4       | 3        | 4                            |
| 20    | 15       | 5          | 5       | 4        | 5                            |

### Приложение 3

Выраженность симптомокомплексов у младших школьников ЧБ и РБ

(по м-ке "Кинетический рисунок семьи" (КРС) Р.Бернса и С.Кауфмана)

| № п/п                                            | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7 | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|--------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <b>1.Благоприятная семейная ситуация</b>         | 10 | 10 | 12 | 10 | 11 | 11 | 9 | 12 | 10 | 12 | 12 | 8  | 9  | 12 | 6  | 10 | 11 | 10 | 10 | 12 |
| 1. Общая деятельность всех членов семьи – 2б.    | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 2  | 0 | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  |
| 2. Преобладание людей на рисунке – 1б.           | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |
| 3. Изображение всех членов семьи – 2б.           | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 4. Отсутствие изолированных членов семьи – 2б.   | 0  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 0 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 0  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 5. Отсутствие штриховки – 1б.                    | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  |
| 6. Хорошее качество линии – 1б.                  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  |
| 7. Отсутствие показателей враждебности – 2б.     | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 0  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 8. Адекватное распределение людей на листе – 1б. | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0 | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  |
| <b>2.Тревожность у ребенка</b>                   | 7  | 8  | 5  | 6  | 6  | 6  | 0 | 7  | 6  | 7  | 5  | 6  | 5  | 3  | 3  | 4  | 5  | 0  | 3  | 5  |
| 1. Штриховка – 2б.                               | 2  | 2  | 0  | 2  | 2  | 2  | 0 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 0  | 2  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 2  |
| 2. Указана линия основания – 1б.                 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 3. Линия над рисунком – 1б.                      | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 4. Линия с сильным нажимом – 1б.                 | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1 | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 5. Стирание – 2б.                                | 2  | 0  | 0  | 2  | 0  | 2  | 0 | 2  | 2  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 2  |
| 6. Преувеличенное внимание к деталям – 1б.       | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 0 | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |

| № п/п                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18     | 19 | 20 |
|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|----|
| 7. Преобладание вещей – 1б.                                           | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0      | 0  | 0  |
| 8. Двойные или прерывистые линии – 1б.                                | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0      | 0  | 1  |
| 9. Подчеркивание отдельных деталей – 1б.                              | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0      | 0  | 0  |
| <b>3. Конфликтность в семье</b>                                       | 6 | 3 | 4 | 9 | 4 | 4 | 2 | 4 | 6 | 4  | 6  | 4  | 2  | 5  | 4  | 8  | 2  | 1<br>1 | 2  | 4  |
| 1. Барьеры между фигурами – 2б.                                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2      | 0  | 0  |
| 2. Стирание отдельных фигур – 2б.                                     | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 2      | 0  | 2  |
| 3. Отсутствие основных частей тела у некоторых фигур – 2 б.           | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0      | 0  | 0  |
| 4. Выделение отдельных фигур – 2б.                                    | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 0      | 0  | 0  |
| 5. Изоляция отдельных фигур – 2б.                                     | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2      | 0  | 0  |
| 6. Неадекватная величина отдельных фигур – 2б.                        | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2  | 2  | 2      | 0  | 0  |
| 7. Член семьи, стоящий спиной – 1б.                                   | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1      | 0  | 0  |
| 8. Отсутствие на рисунке какого-то члена семьи – 2б.                  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0      | 0  | 0  |
| <b>4. Чувство неполноценности и самого автора в семейной ситуации</b> | 2 | 6 | 4 | 6 | 4 | 0 | 7 | 5 | 3 | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 4  | 0  | 6  | 4      | 6  | 2  |
| 1. Автор рисунка непропорционально маленький – 2б.                    | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2  | 0      | 0  | 0  |
| 2. Расположение фигур на нижней части листа – 2б.                     | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0      | 2  | 0  |
| 3. Изоляция автора от других – 2б.                                    | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 2      | 0  | 0  |
| 4. Все фигуры маленькие – 1б.                                         | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0      | 0  | 0  |

| № п/п                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |   |
|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |   |
| 5. Неподвижная по сравнению с другими фигура автора – 1б.        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 6. Отсутствие автора – 2б.                                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 7. Автор стоит спиной – 1б.                                      | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 5. Враждебность в семейной ситуации                              | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                  |   | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 1. Агрессивная позиция фигуры – 1б.                              | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |   |
| 2. Одна фигура на другом листе или на другой стороне листа – 2б. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 3. Зачеркнутая фигура – 2б.                                      | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 4. Деформированная фигура – 2б.                                  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 5. Обратный профиль – 1б.                                        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| 6. Руки раскинуты в стороны – 1б.                                | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |   |
| 7. Непропорционально большие кисти рук – 1б.                     | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |   |

## Приложение 4

Показатели конкретно-личностных отношений младших школьников

ЧБ и РБ с окружающими и их социальной приспособляемости

| № п/п                                                       | м<br>а<br>х | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|-------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Отношение к матери                                          | 20          | 19 | 20 | 18 | 17 | 17 | 19 | 15 | 18 | 20 | 18 | 16 | 14 | 13 | 17 | 10 | 12 | 15 | 17 | 15 | 16 |
| Отношение к отцу                                            | 20          | 17 | 14 | 9  | 11 | 12 | 9  | 14 | 17 | 13 | 13 | 17 | 16 | 13 | 14 | 12 | 18 | 9  | 17 | 12 | 13 |
| Отношение к «родителями»                                    | 12          | 8  | 11 | 9  | 11 | 10 | 11 | 8  | 9  | 7  | 8  | 7  | 6  | 9  | 5  | 8  | 7  | 6  | 7  | 5  | 6  |
| Отношение к братьям и сестрам                               | 18          | 8  | 15 | 16 | 4  | 6  | 7  | 9  | 10 | 8  | 9  | 13 | 10 | 11 | 14 | 16 | 0  | 9  | 8  | 12 | 10 |
| Отношение к бабушке, дедушке и другим близким родственникам | 16          | 11 | 14 | 11 | 15 | 9  | 9  | 10 | 13 | 14 | 13 | 6  | 8  | 13 | 12 | 8  | 10 | 11 | 7  | 7  | 9  |
| Отношение к другу, подруге                                  | 14          | 5  | 4  | 7  | 8  | 4  | 10 | 8  | 11 | 6  | 5  | 10 | 9  | 11 | 9  | 8  | 12 | 13 | 8  | 9  | 9  |
| Отношение к учителю, воспитателю                            | 12          | 5  | 4  | 7  | 8  | 4  | 3  | 7  | 7  | 6  | 4  | 8  | 9  | 11 | 9  | 9  | 10 | 11 | 8  | 8  | 10 |
| Любознательность                                            | 6           | 5  | 3  | 4  | 2  | 3  | 3  | 5  | 4  | 5  | 5  | 4  | 3  | 5  | 6  | 4  | 5  | 5  | 4  | 5  | 5  |
| «Общительность в группе детей»                              | 8           | 3  | 4  | 2  | 4  | 3  | 6  | 3  | 4  | 5  | 4  | 6  | 5  | 8  | 6  | 5  | 6  | 7  | 7  | 6  | 7  |
| Стремление к доминированию или лидерству в группе детей     | 6           | 2  | 4  | 1  | 0  | 1  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 5  | 4  | 6  | 6  | 4  | 5  | 4  | 5  | 4  | 4  |
| Конфликтность, агрессивность                                | 9           | 4  | 4  | 5  | 4  | 6  | 5  | 6  | 5  | 7  | 6  | 4  | 4  | 5  | 5  | 4  | 3  | 7  | 4  | 5  | 4  |
| Реакция на фрустрацию                                       | 7           | 6  | 5  | 5  | 7  | 4  | 5  | 7  | 6  | 6  | 6  | 4  | 4  | 3  | 4  | 2  | 3  | 3  | 4  | 3  | 2  |
| Стремление к уединению, отгороженность                      | 18          | 12 | 11 | 11 | 12 | 4  | 9  | 9  | 10 | 9  | 10 | 6  | 5  | 6  | 8  | 8  | 6  | 7  | 4  | 9  | 4  |