

Согласие
на размещение текста выпускной квалификационной работы,
научного доклада об основных результатах подготовленной
научно-квалификационной работы
в ЭБС КГПУ им. В.П. АСТАФЬЕВА

Я. Чкушина Марина Владимировна
(фамилия, имя, отчество)

разрешаю КГПУ ИМ. В.П. Астафьева безвозмездно воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме и по частям написанную мною в рамках выполнения основной профессиональной образовательной программы выпускную квалификационную работу, научный доклад об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (далее ВКР/НКР)
(нужное подчеркнуть)

на тему: Психологическое консультирование матерей как средство снятия психосоматических проявлений у детей старшего дошкольного возраста.

(название работы) (далее - работа) в ЭБС КГПУ им. В.П.АСТАФЬЕВА, расположенном по адресу <http://elib.kspu.ru>, таким образом, чтобы любое лицо могло получить доступ к ВКР/НКР из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на работу.

Я подтверждаю, что работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает интеллектуальных прав иных лиц.

дата


подпись

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет Начальных классов
Выпускающая кафедра Педагогики и психологии начального образования

Чекушина Марина Владимировна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Психологическое консультирование матерей как средство снижения
психосоматических проявлений у детей старшего дошкольного возраста
Направление: 44.04.02. «Психолого-педагогическое образование»
Магистерская программа: «Мастерство психологического консультирования»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:
Заведующая кафедрой
к.п.с.н., доцент Мосина Н.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

26.11.2021
(дата, подпись)



Руководитель магистерской программы
к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

26.11.2021
(дата, подпись)



Научный руководитель
к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

26.11.2021
(дата, подпись)



Обучающийся: Чекушина М.В.
(фамилия, инициалы)

26.11.2021



Красноярск, 2021

Содержание

Реферат.....	3
Введение.....	12
Глава 1. Теоретические предпосылки к решению проблемы психосоматических расстройств детей старшего дошкольного возраста с высокой тревожностью в процессе консультирования их матерей.....	18
1.1. Психосоматические расстройства в детском возрасте: особенности проявлений, обуславливающие факторы.....	18
1.2. Родительское отношение как фактор формирования тревожности у ребенка старшего дошкольного возраста.....	45
1.3. Возможности психологического консультирования матерей для решения проблемы психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.....	64
Выводы по Главе 1.....	84
Глава 2. Экспериментальное исследование по применению приемов в процессе консультирования матерей как средства психологической помощи для снижения вероятности возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста	84
2.1. Методическая организация исследования.....	89
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	98
2.3. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	123
2.4. Анализ результатов формирующего эксперимента и их обсуждение...	124
Выводы по Главе 2.....	126
Заключение.....	139
Список использованных источников.....	141
Приложения.....	153

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки Психолого-педагогического образования «Психологическое консультирование матерей как средство снижения психосоматических проявлений у детей старшего дошкольного возраста».

Цель исследования: разработать и обосновать комплекс консультативных мер обеспечения помощи матерям для снижения вероятности возникновения психосоматических расстройств у их детей старшего дошкольного возраста.

Объект исследования: процесс профилактики психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: психологическое консультирование матерей как средство профилактики психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Гипотеза исследования: состоит в предположении о том, что комплекс консультативных мер для матерей будет являться эффективным средством профилактики психосоматических расстройств у их детей старшего дошкольного возраста, если:

1) в содержание индивидуального консультирования будут включены информирование матерей об особенностях ребенка, практические психотехники и упражнения, способствующие формированию активной позиции матери в принятии своего ребенка, техники, направленные на построение эффективного взаимодействия в диаде «мать – ребенок»;

2) психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на повышение психолого-педагогической грамотности матери, повышение ее родительской уверенности, оптимизации эмоционального материнско-детского взаимодействия;

3) в процесс консультирования будут включены приемы арт-терапии, игротерапии, рациональной терапии Эллиса, гипнотерапии, как

способствующие гармонизации взаимоотношений между матерью и ребенком.

Теоретико-методологические основания исследования:

Теоретико-методологическим основанием исследования явились следующие подходы и теоретические представления:

1. Положение Л.С. Выготского (1983) о социальной ситуации развития как важнейшем условии становления личности ребенка. Под социальной ситуацией развития понимается единственное и неповторимое, специфическое для данного возраста отношение между человеком и средой - для ребенка дошкольного возраста, прежде всего с семьей. Нарушение соматического статуса ребенка влечет за собой фрустрацию познавательной, социальной и двигательной активности, в том числе и игры - ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте. Кроме того, родительское отношение к психосоматическим детям особенное: нередко родители сами подкрепляют заболевание ребенка, создавая условия, в которых тот получает «психологические выгоды» от своей болезни. В результате создается особая социальная ситуация развития, существенно влияющая как на течение болезни, так и на повышение уровня тревожности ребенка старшего дошкольного возраста.

2. Психосоматический подход, подчеркивающий взаимозависимость и взаимообусловленность всех составляющих индивидуальности в условиях болезни человека (Бассин Ф.В., 1971; Березин Ф.Б., 1988; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Залевский Г.В., 2005). Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый механизм замкнутого круга: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере, вызывают изменения в психике, последние же, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений.

3. Принцип системной детерминации, согласно которому любое негативное явление (в т.ч. болезнь ребенка) рассматривается не

изолированно, а в системе, учитывая детерминанты, вызывающие, усиливающие или преодолевающие его (Роговин М.С., 1969; Ломов Б.Ф., 1984; Богданов А.А., 1998; Ключко В.Е., 1999). Семья – это система, в которой имеет место взаимосвязь и взаимообусловленность ее элементов (членов семьи). Болезнь ребенка существует не изолированно (только с ним), а находится под влиянием других элементов системы (родителей, сиблингов и пр.).

4. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с развитием тревожности у психосоматических детей старшего дошкольного возраста. (Спиваковская А.С., 1999; Варга А.И., 2001; Залевский Г.В., 2007). Фиксированные формы семейного поведения – это акты групповой системы (семьи), упорно повторяющиеся и / или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения / изменения, тем самым негативно влияющие на элементы данной системы – членов семьи (Залевский Г.В., 2007).

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с психосоматическими детьми и их родителями.

2. Эмпирические – тестирование, наблюдение; беседа; эксперимент (индивидуальное консультирование, групповое, игротерапия, арт-терапия, гипнотерапия).

3. Статистические – качественный, количественный анализ результатов исследования.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного консультирования. В нем принимали участие женщины в возрасте 25-45 лет, в количестве 5 человек.

Апробация результатов исследования происходила в ходе организации и проведения групповых и индивидуальных 28 консультаций.

Представленные в работе результаты нашли отражение в публикациях научных статей.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрены и обобщены причины психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста. Выявлены наиболее информативные факторы ПСР у детей и их взаимосвязь с компонентами материнского-детского эмоционального взаимодействия.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и описанию специфики программы индивидуального и группового психологического консультирования матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами. Результаты исследования могут быть использованы в индивидуальном и групповом консультировании. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов и педагогов детских садов.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста в процессе консультирования. Рассмотрены факторы, проявления, классификация психосоматических расстройств, материнское отношение как фактор формирования тревожности у детей старшего дошкольного возраста, способы работы с матерями, воспитывающими детей с психосоматическими расстройствами. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по

специфике работы психолога консультанта с женщинами, воспитывающими детей с психосоматическими расстройствами, в процессе психологического консультирования. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты обработки данных и протоколы проведения консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Abstract

Dissertation for a master's degree in the field of Psychological and pedagogical education "Psychological counseling of mothers as a means of reducing psychosomatic manifestations in older preschool children".

The purpose of the study: to develop and justify a set of advisory measures to provide assistance to mothers to reduce the likelihood of psychosomatic disorders in their older preschool children.

Object of research: the process of prevention of psychosomatic disorders in older preschool children.

Subject of research: psychological counseling of mothers as a means of preventing psychosomatic disorders in older preschool children.

The hypothesis of the study: consists in the assumption that a set of advisory measures for mothers will be an effective means of preventing psychosomatic disorders in their older preschool children, if:

1) the content of individual counseling will include informing mothers about the characteristics of the child, practical psychotechnics and exercises that

contribute to the formation of an active position of the mother in accepting her child, techniques aimed at building effective interaction in the mother–child dyad;

2) the psychological impact during the consultation will be aimed at improving the psychological and pedagogical literacy of the mother, increasing her parental confidence, optimizing emotional maternal-child interaction;

3) the counseling process will include techniques of art therapy, game therapy, Ellis rational therapy, hypnotherapy, as contributing to the harmonization of the relationship between mother and child.

Theoretical and methodological foundations of the study:

The theoretical and methodological bases of the study were the following approaches and theoretical concepts:

1. The position of L.S. Vygotsky (1983) on the social situation of development as the most important condition for the formation of a child's personality. The social situation of development is understood as a unique and unique, age-specific relationship between a person and the environment - for a preschool-age child, primarily with a family. Violation of the somatic status of the child entails frustration of cognitive, social and motor activity, including play - the leading type of activity in preschool age. In addition, the parental attitude towards psychosomatic children is special: often parents themselves reinforce the child's illness, creating conditions in which he receives "psychological benefits" from his illness. As a result, a special social situation of development is created, which significantly affects both the course of the disease and the increase in the level of anxiety of an older preschool child.

2. A psychosomatic approach emphasizing the interdependence and interdependence of all components of individuality in the conditions of human illness (Bassin F.V., 1971; Berezin F.B., 1988; Mendeleovich V.D., Solovyova S.L., 2002; Zalevsky G.V., 2005). The disease often develops and becomes fixed as a result of a special mechanism of the relationship between the psyche and the body – this is the so-called closed circle mechanism: disorders that initially occur, for

example, in the somatic sphere, cause changes in the psyche, the latter, in turn, cause further somatic disorders.

3. The principle of systemic determination, according to which any negative phenomenon (including a child's illness) is considered not in isolation, but in a system, taking into account the determinants that cause, strengthen or overcome it (Rogovin M.S., 1969; Lomov B.F., 1984; Bogdanov A.A., 1998; Klochko V.E., 1999). A family is a system in which there is a relationship and interdependence of its elements (family members). The child's illness does not exist in isolation (only with him), but is influenced by other elements of the system (parents, siblings, etc.).

4. Theoretical ideas about fixed forms of family behavior and their connection with the development of anxiety in psychosomatic children of senior preschool age. (Spivakovskaya A.S., 1999; Varga A.I., 2001; Zalevsky G.V., 2007). Fixed forms of family behavior are acts of a group system (family) that persistently repeat and/or continue in situations that objectively require their termination/change, thereby negatively affecting the elements of this system - family members (Zalevsky G.V., 2007).

Research methods:

1. Theoretical – analysis of psychological and pedagogical literature on the problem of research; generalization of practical experience in the work of psychologists with psychosomatic children and their parents.

2. Empirical – testing, observation; conversation; experiment (individual counseling, group, game therapy, art therapy, hypnotherapy).

3. Statistical – qualitative, quantitative analysis of research results.

Experimental basis of the study: the experiment was conducted through personal counseling. It was attended by women aged 25-45 years, in the number of 5 people.

The approbation of the results of the study took place during the organization and conduct of group and individual 28 consultations.

The theoretical significance of the study lies in the fact that the causes of psychosomatic disorders in older preschool children are considered and generalized. The most informative factors of PSR in children and their relationship with the components of maternal-child emotional interaction have been identified.

The practical significance of the study lies in the development and description of the specifics of the program of individual and group psychological counseling for mothers raising children with psychosomatic disorders. The results of the study can be used in individual and group counseling. The obtained theoretical and practical material can be used in the work of private psychologists, psychologists and kindergarten teachers.

The structure of the dissertation:

The description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references and appendices.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, the theoretical and practical significance of the dissertation, the provisions to be submitted for defense are formulated. The content of the dissertation is briefly presented.

Chapter 1 describes the theoretical foundations of the problem of psychosomatic disorders in older preschool children in the process of counseling. The factors, manifestations, classification of psychosomatic disorders, maternal attitude as a factor in the formation of anxiety in older preschool children, ways of working with mothers raising children with psychosomatic disorders are considered. Conclusions.

Chapter 2 presents an experimental study on the specifics of the work of a consultant psychologist with women raising children with psychosomatic disorders in the process of psychological counseling. The methodological organization of the study and discussion of the results of the ascertaining experiment, the organization and conduct of the formative experiment, the results of the formative experiment and their discussion are described. Conclusions are drawn.

In conclusion, the main results of the dissertation are formulated.

The appendices contain tables containing data on the results of the study, as well as the results of data processing and consultation protocols.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research tasks were solved, the goal was achieved.

Введение

Диагностика и лечение психосоматических заболеваний остается одной из важнейших проблем психологии и медицины сегодня. Согласно современным данным, психосоматическая патология является причиной обращения за медицинской помощью в поликлинику детей в 8-40% случаев. Под влиянием психогенных факторов формируются угрожающие заболевания - бронхиальная астма, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка. При этом их диагностика относительно сложна. Следует учитывать не только клинические проявления, но и данные психологических исследований, а также семейные, культуральные и социальные факторы. На развитие психосоматических заболеваний влияют особенности личности (например, повышенный уровень тревожности), семейные особенности, а также патология перинатального периода. Выделяют три этапа развития психосоматического расстройства в детско-подростковом возрасте. Кратковременные эмоциональные нарушения и функциональные соматические расстройства называют психосоматическими реакциями. При их усилении они трансформируются в психосоматические заболевания, которые имеют органическую основу.

Соматический компонент психосоматической патологии у детей и подростков во многом зависит от возраста. Например, до 7 лет патология проявляется, в основном, в пищеварительной и кожной системах, с 8 лет – в двигательной сфере, с миалгиями и артралгиями, а также алгическими проявлениями, и с 10 лет – с нарушениями в эндокринной системе.

Наиболее широко применяются два направления лечения медикаментозная коррекция и психотерапия. Кроме фармакотерапии, лечение пациентов с психосоматическими расстройствами предполагает интегративный подход с использованием современных методов психотерапии: когнитивно-поведенческой, игровой, арттерапии. Лечение психосоматических заболеваний должно носить комплексный характер и

включать в себя психотерапевтическую коррекцию и рациональную фармакотерапию. При этом очень важным является оказание помощи, не только детям, но и их родителям. Очень часто именно от общей обстановки в семье зависит течение психосоматического заболевания и, следовательно, прогноз для ребенка.

Психосоматика — междисциплинарное направление, связывающее между собой множество отраслей научного знания: в рамках медицины, физиологии, клинической психологии, психотерапии, социальных наук. Об интегративности психосоматической медицины говорили и Р. Дойч, В. Вайцакер и В. Бройтигам.

Несмотря на то, что психосоматика давно признана одним из важнейших разделов клинической психологии, объект ее изучения, а именно психосоматическое расстройство и их профилактика остается одной из самых противоречивых и малоизученных категорий в медицинской и психологической науке, что и обусловило актуальность данного исследования.

Цель исследования: разработать и обосновать комплекс консультативных мер обеспечения помощи матерям для снижения вероятности возникновения психосоматических расстройств у их детей старшего дошкольного возраста.

Объект исследования – процесс профилактики психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования – психологическое консультирование матерей как средство профилактики психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Гипотеза состоит в предположении о том, что комплекс консультативных мер для матерей будет являться эффективным средством профилактики психосоматических расстройств у их детей старшего дошкольного возраста, если:

1) в содержание индивидуального консультирования будут включены информирование матерей об особенностях ребенка, практические психотехники и упражнения, способствующие формированию активной позиции матери в принятии своего ребенка, техники, направленные на построение эффективного взаимодействия в диаде «мать – ребенок»;

2) психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на повышение психолого-педагогической грамотности матери, повышение ее родительской уверенности, оптимизации эмоционального материнско-детского взаимодействия;

3) в процесс консультирования будут включены приемы арттерапии, игротерапии, рациональной терапии Эллиса, гипнотерапии, как способствующие гармонизации взаимоотношений между матерью и ребенком.

Теоретико-методологические основания исследования:

Теоретико-методологическим основанием исследования явились следующие подходы и теоретические представления:

1. Положение Л.С. Выготского (1983) о социальной ситуации развития как важнейшем условии становления личности ребенка. Под социальной ситуацией развития понимается единственное и неповторимое, специфическое для данного возраста отношение между человеком и средой - для ребенка дошкольного возраста, прежде всего с семьей. Нарушение соматического статуса ребенка влечет за собой фрустрацию познавательной, социальной и двигательной активности, в том числе и игры - ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте. Кроме того, родительское отношение к психосоматическим детям особенное: нередко родители сами подкрепляют заболевание ребенка, создавая условия, в которых тот получает «психологические выгоды» от своей болезни. В результате создается особая социальная ситуация развития, существенно влияющая как на течение болезни, так и на повышение уровня тревожности ребенка старшего дошкольного возраста.

2. Психосоматический подход, подчеркивающий взаимозависимость и взаимообусловленность всех составляющих индивидуальности в условиях болезни человека (Бассин Ф.В., 1971; Березин Ф.Б., 1988; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Залевский Г.В., 2005). Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый механизм замкнутого круга: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере, вызывают изменения в психике, последние же, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений.

3. Принцип системной детерминации, согласно которому любое негативное явление (в т.ч. болезнь ребенка) рассматривается не изолированно, а в системе, учитывая детерминанты, вызывающие, усиливающие или преодолевающие его (Роговин М.С., 1969; Ломов Б.Ф., 1984; Богданов А.А., 1998; Ключко В.Е., 1999). Семья – это система, в которой имеет место взаимосвязь и взаимообусловленность ее элементов (членов семьи). Болезнь ребенка существует не изолированно (только с ним), а находится под влиянием других элементов системы (родителей, сиблингов и пр.).

4. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с развитием тревожности у психосоматических детей старшего дошкольного возраста. (Спиваковская А.С., 1999; Варга А.И., 2001; Залевский Г.В., 2007). Фиксированные формы семейного поведения – это акты групповой системы (семьи), упорно повторяющиеся и / или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения / изменения, тем самым негативно влияющие на элементы данной системы – членов семьи (Залевский Г.В., 2007).

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с психосоматическими детьми и их родителями.

2. Эмпирические – тестирование, наблюдение; беседа; эксперимент (индивидуальное консультирование, групповое, игротерапия, арт-терапия, гипнотерапия).

3. Статистические – качественный, количественный анализ результатов исследования.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился посредством личного консультирования. В нем принимали участие женщины в возрасте 25-45 лет, в количестве 5 человек.

Апробация результатов исследования происходила в ходе организации и проведения групповых и индивидуальных 28 консультаций.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрены и обобщены причины психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста. Выявлены наиболее информативные факторы ПСР у детей и их взаимосвязь с компонентами материнского-детского эмоционального взаимодействия.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и описанию специфики программы индивидуального и группового психологического консультирования матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами. Результаты исследования могут быть использованы в индивидуальном и групповом консультировании. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов и педагогов детских садов.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста в процессе консультирования. Рассмотрены факторы, проявления, классификация психосоматических расстройств, материнское отношение как фактор формирования тревожности у детей старшего дошкольного возраста, способы работы с матерями, воспитывающими детей с психосоматическими расстройствами. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по специфике работы психолога консультанта с женщинами, воспитывающими детей с психосоматическими расстройствами, в процессе психологического консультирования. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты обработки данных и протоколы проведения консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Глава 1. Теоретические предпосылки к решению проблемы психосоматических расстройств детей старшего дошкольного возраста с высокой тревожностью в процессе консультирования их матерей

1.1. Психосоматические расстройства в детском возрасте: особенности проявлений, обуславливающие факторы

Распространенность психогенных соматических и соматогенных расстройств в детском возрасте не только значительна, но и постоянно увеличивается. Среди обращающихся за помощью в поликлинику 40—68% детей страдают именно этими расстройствами (Брызгунов И. П.). То есть, столько детей из всех наблюдающихся педиатрами, не имеют никаких органических изменений, хотя и страдают соматическими расстройствами.

Психосоматический контингент составляет значительное число больных детского общесоматического стационара и не только за счет детей, чьи соматические нарушения обусловлены психическими расстройствами, но и за счет больных, которые дают психогенные реакции с вегетативным оформлением на основное соматическое заболевание. Постоянно растущая распространенность психосоматических расстройств у детей: бронхиальной астмы, ожирения, эпизодически повторяющихся болевых синдромов, артериальной гипертензии, язвенной болезни, нарушений сердечного ритма и других, которые являются начальными этапами заболеваний у взрослых - требует поиска эффективных методов их предупреждения.

Среди детей с психосоматическими расстройствами соотношение мальчиков и девочек составляет 1:1,5. Наиболее часто психосоматические расстройства возникают в возрасте от 5 до 10 лет, средний возраст начала заболевания составляет 6 лет. Средняя продолжительность заболевания – 4 года. Средняя длительность обострения – 2 года.

Профилактика этих расстройств возможна лишь при максимально ранней их диагностике или выявлении группы повышенного риска. В этой

связи ставится задача разработки методов выявления психосоматически отягощенных детей.

Наряду с онтогенетическими факторами, наследственной предрасположенностью, наиболее распространенным в генезе психосоматических расстройств является признание роли психического стресса и его эмоциональных проявлений, прежде всего, тревоги и депрессии. (Дусказиева, 2009; Макаренко, 2011; Антропов, Шевченко, 2001)

По данным Ю.А. Ефимова, задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей обнаруживаются отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности. При этом, наряду с психическими признаками тревожности достоверно чаще, чем у детей с низким эмоциональным напряжением, наблюдается совокупность отдельных преневротических, вегетодистонических и соматических проявлений, что является ценным диагностическим признаком, позволяющим выявить детей, подверженных повышенному риску развития психосоматических расстройств.

Задолго до формирования выраженной клинической картины психосоматических расстройств под влиянием чрезвычайно неблагоприятных обстоятельств у детей могут внезапно появиться сердцебиения, боли в сердце, затруднения в дыхании или одышка, головные боли, головокружения, боли в животе, рвоты, поносы и другие расстройства. Эти остро развивающиеся эпизоды обычно кратковременны. Они прекращаются с выходом ребенка из трудной для него ситуации, однако могут повторяться в случае новой встречи со стрессовым фактором. Такие острые психосоматические расстройства - признак хронической тревожности ребенка и показатель его склонности к развитию стойкого психосоматического заболевания.

В детском возрасте психосоматические соотношения чрезвычайно динамичны и изменчивы, а потому сложны для диагностики и лечения. Строго говоря, в детском возрасте нет таких заболеваний, в этиопатогенезе

которых не участвовали бы психосоматические механизмы. Значение такого подхода усиливается тем, что чем менее зрел организм, тем более неспецифичны и диффузны его реакции.

Целый ряд отечественных исследователей (Морозов Г.В., Лебединский М.С., 1972; Бассин Ф.В., 1972; Николаева В.В., 1987; Шац И.К., 1990; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю.С., 1999; Исаев Д.Н., 2000; Гиндикин В.Я., 2000; Старшенбаум Г.В., 2005) указывают на единство психического и соматического.

Под психосоматическими расстройствами мы понимаем расстройства функций органов и систем, обусловленных психическими, в частности, аффективными, нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально неполноценных или поврежденных висцеральных системах (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю.С., 2001)

Психосоматические расстройства для детского возраста характерны в большей степени, чем для взрослого. Основой этого являются [3]:

- онтогенетически обусловленная незрелость головного мозга, в частности недостаточность регуляторной деятельности коры.
- недостаточная степень готовности к функционированию той или иной соматической системы.
- психологическая и биологическая защита у ребенка затруднены, что облегчает возникновение и утяжеляет течение соматических нарушений.
- возрастные особенности детей, проявляющиеся в большой эмоциональности, зависимости от взрослого, раздражительности, восприимчивости, уязвимости к психоэмоциональным стрессам, создают опасность закрепления и интеграции негативных проявлений; обуславливают задержки и негармоничность развития, неуспешность и непродуктивность деятельности, нарушения в процессах самоопределения, реализации личностного потенциала, психологическую уязвимость ребенка; требуют мобилизации внутренних ресурсов детского организма, в связи, с чем он

вынужден выдерживать колоссальные психоэмоциональные, физические, функциональные нагрузки.

В детской практике психосоматические расстройства преимущественно классифицируются в разделе F45. – Соматоформные расстройства МКБ-10. Главным признаком соматоформных расстройств (F45) являются повторяющиеся возникновения физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования [22]. F 45.1 – недифференцированное соматоформное расстройство; F 45.2 – ипохондрическое расстройство; F 45.3 – соматоформная вегетативная дисфункция; F 45.4 – хроническое соматоформное болевое расстройство; F 45.8 - другие соматоформные расстройства; F 45.9 – соматоформное расстройство, неутонченное. У детей и подростков клинически соматоформные расстройства чаще диагностируются как соматоформная вегетативная дисфункция F 45.3, которая проявляется в дисфункциях сердечно - сосудистой, желудочно - кишечной, дыхательной, мочеполовой и других систем органов, находящихся под влиянием вегетативной нервной системы. Гораздо реже психосоматические расстройства у детей могут выступать под шифром F 45.8 – Другие соматоформные расстройства. При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела (что отличает их от соматизированного и недифференцированного соматоформного расстройства). Повреждения тканей при этом не отмечены.

У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными симптомами в виде разнообразных психосоматических проявлений. Эти проявления порой неотличимы от невротических, обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей для ребенка ситуации.

Выраженным заболеваниям предшествуют предболезненные реакции и состояния, не достигающие степени болезни. Случаи предболезненных

состояний можно отнести к функциональной норме, отличая ее от идеальной, при которой невозможно даже обнаружить предрасположенность к какой-либо патологии.

Как было отмечено выше, задолго до возникновения психосоматических расстройств у детей можно обнаружить отдельные признаки стойкого эмоционального напряжения, а также такие проявления, которые условно можно разделить и обозначить как: преневротические, вегетодистонические, соматические и психические.

Преневротические проявления: нарушения сна (трудности с засыпанием, сноговорение, кошмары), тики, патологические привычки (сосание пальцев), навязчивости, трудности разговорной речи, беспричинный плач, депрессия с безучастностью, нежелание шутить, улыбаться, неспособность к коррекции поведения при постоянных уговорах, высокий уровень нерешительности, враждебное отношение к окружающему, непослушание, приставание к другим детям и стремление тиранить их, попытки привлечь к себе внимание, в том числе жалобами на других детей.

Вегетодистонические проявления: потливость, головокружения, головные боли (вследствие мышечного напряжения, стресса, мигрени, изменения погоды, голода), сердцебиение, одышка, обмороки, повторные боли в различных частях тела, гиперемия кожи при волнении, отрыжка воздухом, ощущение нехватки воздуха, боли в груди, сухость во рту, ком в горле, тремор, учащенное мочеиспускание.

Соматические проявления: жажда, нарушения аппетита, рвота после еды (может провоцироваться гневом или страхом, иногда наблюдается демонстративная рвота, возникающая как бы с целью привлечения внимания, может быть связана с наблюдением за извержением рвотных масс у другого человека, с рассказами об этом, с принудительным кормлением, с отвращением к пище; у некоторых детей рвоты могут быть повторными в течение продолжительного времени; периодически возникающая рвота обычно поддерживается переживаниями, сочетающимися с желудочно-

кишечными расстройствами), ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения (может быть следствием сосудистой дистонии), эпизодический кожный зуд, неоднократно повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе (могут быть вследствие пупочных колик).

Психические проявления: тревога, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, раздражительность, нетерпеливость, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, страх, паника;

Совокупность таких проявлений, связанных с постоянным тревожным эмоциональным напряжением — ценный диагностический признак, позволяющий выявить предболезненное состояние у детей, подверженных высокому риску развития психосоматических расстройств. При недостаточности анамнестических данных и клинического исследования для выявления степени риска возникновения психосоматического расстройства используют психологические методики, выявляющие тревожную напряженность.

Обобщая представления разных авторов о психосоматических расстройствах в детском возрасте можно выделить следующие признаки:

- Хроническое течение.
- Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания.
- Преморбидные характеристики личности, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.
- Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.
- Положительный эффект при применении психофармакотерапии и психотерапии.

Выраженные психосоматические расстройства могут поражать практически любые органы и системы. Для понимания генеза, более эффективной диагностики, лечения и профилактики психосоматические расстройства систематизируют, основываясь на разных принципах: патогенетическом, анатомо-физиологическом (локализованном), возрастном, синдромальном и т.д.

Большинство врачей группируют психосоматические расстройства по возрастному признаку. Связь психосоматических расстройств с определенным возрастом условна, так как многие из них встречаются и у дошкольников, и у подростков. Однако в раннем детском возрасте симптоматика лишена многообразия, стойкости, яркости и чаще всего является результатом не органических, а функциональных нарушений. В младенческом возрасте к этим расстройствам относятся колики третьего месяца, метеоризм, аэрофагия, срыгивания, анорексия грудного возраста, приступы нарушения дыхания, нарушения сна, запор, энкопрез и др. В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др. У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энкопрез, энурез, расстройства менструального цикла и др. [37].

В последние годы в детскую клиническую практику все шире внедряется классификация психосоматических расстройств, разработанная Ю.Ф. Антроповым с соавторами, и базирующаяся как на анатомо-физиологическом (локализационном), так и на патогенетическом принципах. В ней учитывается не только степень выраженности соматических нарушений, но и основной патогенетический фактор –

депрессивные расстройства. Положенный в основу типологии психосоматических расстройств у детей анатомо-физиологический принцип требует, наряду с локализацией, установления качественных и количественных особенностей психосоматических проявлений, их распространенности по органам и системам.

На основе анатомо-физиологического принципа следует выделять психосоматические расстройства:

- в пищеварительной системе: анорексия, тошнота, рвота, которая является соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо и часто отмечается при изменении стереотипа жизни, психогенные запоры и поносы, нарушения аппетита, аэрофагия, боли в животе, метеоризм;

- в кожных покровах: аллергические проявления в виде высыпаний, кожный зуд, выпадения волос;

- двигательной системе: тики, гиперкинезы, кривошея, псевдопарезы, нарушения походки, астазия-абазия, псевдоэпилептические проявления;

- эндокринной системе: нарушения углеводного обмена, изменение массы тела;

- респираторной системе: одышка, навязчивый кашель, затруднение вдоха;

- выделительной системе: энурез, энкопрез, обменная нефропатия;

- сердечно-сосудистой системе: тахикардия, боли в сердце, повышение или понижение артериального давления;

- нарушения терморегуляции: субфебрилитет, гипертермия, гипотермия;

- нарушения речи: запинки, заикание, более детская речь, трудности в разговоре;

- алгические: головные боли, боли в мышцах, суставах, мочевом пузыре и других органах;

По качественным и количественным особенностям патологических проявлений – психосоматические реакции, состояния и психосоматические

заболевания.

По распространенности – условно моносистемные и полисистемные психосоматические расстройства.

При резком и массивном воздействии вредоносного фактора психосоматические заболевания начинаются остро. В других случаях граница между психическим здоровьем и болезнью бывает настолько нечеткой, что при определении начала и продолжительности психосоматического заболевания возможны ошибки, исчисляемые годами. Такое незаметное, медленное начало характерно для хронически протекающих психопатологий. Вместе с тем нередко наблюдаются случаи, когда остро начавшееся заболевание в последующем переходит в хроническую форму и растягивается на многие годы или, наоборот, длительное, постепенное начало болезни вдруг прерывается резким обострением с быстрым усложнением симптоматики, а затем происходит переход в устойчивую ремиссию с возвращением человека к нормальному образу жизни. Кроме того, то, что принимается за острое начало, при внимательном изучении иногда оказывается уже манифестацией психопатологии, не распознанной на раннем этапе постепенного накопления болезненных изменений. Так, эпизодические, редкие, невыраженные функциональные нарушения на фоне незначительного, кратковременного эмоционального проявления являются адаптационной реакцией и не должны расцениваться как психосоматические расстройства. Учащение, фиксация при усилении как соматических, так и аффективных проявлений, свидетельствуют о наличии психосоматических реакций. Что касается психосоматических состояний и тем более заболеваний, то клинические проявления их с определенностью свидетельствуют о патологии.

При более глубоком эмоциональном воздействии, особенно продолжительном и подавляемом индивидуумом, психосоматические симптомы проявляются в форме функциональных расстройств, которые чаще всего диагностируются как «вегетативно-сосудистая дистония».

Можно выделить следующие этапы развития психовегетативных нарушений.

I этап квалифицируется как психосоматические реакции и характеризуется: эпизодичностью; незначительной степенью выраженности вегетососудистых проявлений; их кратковременностью (от нескольких минут до нескольких часов с критическим возникновением и возвращением к норме); вовлечением в процесс одного органа или системы, без признаков их органического поражения; отсутствием изменений со стороны пораженных органов или систем; возможностью спонтанной и тем более полной терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.

II этап (локализованное психосоматическое состояние) характеризуется большей, по сравнению с реакциями, частотой и выраженностью вегетососудистых проявлений; продолжительным временем существования (дни и даже месяцы); вовлечением в процесс одной или нескольких (две, три) систем; наличием некоторой клинической объективизации вегетососудистых нарушений, не соответствующей степени выраженности клинических проявлений; частичным нарушением функций «пораженных» органов и даже незначительными органическими изменениями в них; возможностью лишь терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.

III этап (психосоматическое заболевание), которому присущи выраженные и стойкие висцеральные проявления со стороны пораженного органа или системы; подтвержденная клиническими исследованиями их органическая измененность; продолжительность течения (годы) – частые (сезонные) обострения или декомпенсации – терапевтически достигнутые состояния компенсации или улучшения.

Уровень этих нарушений и особенности наблюдаемого здесь психического фона ставят психосоматические расстройства в связь с

неврозами (Исаев Д.Н., Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., Родцевич О.Г., Гулякевич А.Ф., Радюк О.М.).

Существует, однако, точка зрения, что между неврозами и психосоматическими расстройствами существуют большие различия. Больные неврозами обычно хорошо осознают свои психические конфликты и связанные с ними изменения психического состояния. Больные с психосоматическими расстройствами обычно считают себя только физически больными людьми. Физические расстройства могут действительно присутствовать, но они носят, как правило, функциональный характер и не объясняют природу и выраженность симптоматики. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны со стрессом, с внутриличностными конфликтами, больной (или в случае с маленькими детьми – его родитель) обычно сопротивляется попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Наконец, в тех случаях, когда существует выраженное длительное и постоянно подавляемое эмоциональное напряжение, внешним проявлением которого в части случаев являются стойкие расстройства настроения в форме субдепрессии, а также начинают акцентироваться и даже превалировать какие-то определенные характерологические черты, налицо условия для появления настоящей психосоматической болезни.

Выделяют основные и дополнительные критерии диагностики психосоматических расстройств у детей. К основным относятся:

1. Наличие функциональных нарушений и/или боли, не связанных с органическими изменениями со стороны органов и систем, подтвержденных параклинически и ориентированных на определенную висцеральную систему.
2. Связь функциональных нарушений и/или боли с эмоциональными (аффективными) факторами.

3. Функциональные нарушения и болевые проявления чаще всего не относятся к специфическим признакам психических заболеваний, а сопутствуют не резко выраженным аффективным (депрессивным) нарушениям, которые не замечаются больными и врачами или же им придается второстепенное значение.

4. Спонтанность возникновения и редукция психосоматических расстройств объяснимы действием психоэмоциональных факторов.

5. Выраженная эффективность терапии психотропными препаратами.

Дополнительные критерии:

1. Невозможность уложить соматическое проявление в симптоматику какого-либо соматического заболевания.

2. Полисистемность поражения (наличие функциональных нарушений или болевых проявлений в нескольких органах и системах).

3. Диссоциация между степенью выраженности функциональных нарушений (или болевых проявлений) и поведением больного или его родителя.

4. Связь отрицательных эмоций с личностными особенностями больных, колебание состояния под влиянием различных факторов (психогенных, психофизических, интоксикации, метео- и т.д.).

5. Доминирование долгосрочной памяти (нарушение временного восприятия и фиксация на прошлых переживаниях).

6. Отчетливые постоянные психологические характеристики пациентов.

7. Внешне гладкие и формальные социальные контакты [36].

Для установления диагноза психосоматического расстройства достаточно в некоторых случаях 2–3 основных и 3–4 дополнительных критериев.

Психосоматическое направление активно развивается в последние десятилетия в медицине и клинической психологии. Новую клиническую

гипотезу относительно механизмов формирования психосоматических расстройств выдвинули А.Б. Смулевич и соавторы. В соответствии с ней формирование системы психосоматических соотношений рассматривается не в аспекте однонаправленного влияния психических или соматических факторов, а с учетом их взаимодействия. При этом анализируются наиболее типичные варианты такого взаимодействия, реализующегося как на психологическом (внутренняя картина болезни), так и на клиническом уровне (нозогенные реакции - психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием, выступающие в качестве психотравмирующего события и относящиеся к группе реактивных состояний).

Существует огромное количество факторов, способных вызвать психосоматическое заболевание. При этом фактор может стать причиной только при определенных условиях, запускающих патогенетический механизм. Патогенетические механизмы наследственно детерминированы (физиологические, в том числе рефлекторные, биохимические, электрофизиологические, психические реакции и структурные изменения органов и тканей). Вследствие чего одна и та же причина может запускать разные программы.

Встреча с вредоносным фактором еще не означает фатальной неизбежности заболевания. Для того чтобы неблагоприятное воздействие вызвало заболевание, необходимо определенное состояние организма. Таким образом, причина болезни не может быть приравнена к самому этому неблагоприятному фактору. Это есть процесс взаимодействия болезнетворного влияния с организмом, способным соответствующим образом воспринять это влияние. Реализуется предрасположение в заболевание или нет — это в значительной степени зависит от условий той среды, в которой живет и работает человек. Изучение внешнесредовых воздействий, в связи с которыми начинается заболевание, чрезвычайно важно для целей психопрофилактики.

Важно подчеркнуть, что без наличия причины, только предрасполагающие к этому условия не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. На практике бывает крайне трудно, а порой и невозможно разделить причины и условия заболевания в каждом конкретном случае.

Причина заболевания может действовать одномоментно, но она приводит в движение большое число компенсаторных и приспособительных ответов, включающихся последовательно по типу цепной реакции. Одна и та же причина может вводить в действие разные программы, какую именно - зависит от дополнительных условий. Вместе с тем разные причины могут замыкаться на одну и ту же программу, иметь одинаковый патогенез.

Таким образом, патогенез определяет клинику заболевания, его симптоматику, направленность синдрообразования, форму течения патологического процесса, его исход. Но ни этиология, ни патогенез, взятые отдельно, не определяют собой существа нозологической формы. В нозологической форме этиология и патогенез выступают в единстве: к одной и той же нозологической форме относятся лишь случаи с одинаковыми этиологией и патогенезом.

То есть в реальной действительности болезнь поражает определенного человека и наделена индивидуальными особенностями реагирования именно данного конкретного субъекта. Эти особенности находятся в зависимости от исходного состояния организма, типа высшей нервной деятельности и характерологических черт, пола, возраста, наследственности, иммунологической реактивности, прошлого опыта, перенесенных заболеваний и других моментов, характеризующих конституцию больного.

Индивидуальное видоизменяет реагирование, способствует появлению отклонений в клинике болезни от ее усредненного профиля. Поскольку каждый человек представляет собой единственное и неповторимое явление природы, то атипичное в болезни более закономерно, чем типичное. Все этиологические факторы лишь относительно патогенны, а возникающие

патологические процессы в принципе неоднородны, потому что индивидуальны. Знание патогенеза способствует разработке так называемой патогенетической терапии, направленной на то, чтобы разорвать цепные реакции, являющиеся основанием для клинического выражения болезни.

Д.Н. Исаев указывает на чрезвычайную сложность патогенеза психосоматических расстройств [45].

В патогенезе психосоматических расстройств он выделяет неспецифическую наследственность и врожденную отягощенность соматическими нарушениями и дефектами; наследственную предрасположенность к психосоматическим расстройствам; нейродинамические сдвиги; личностные особенности; психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий; фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенностей психотравмирующих событий; нахождение в кризисном возрастном периоде.

Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают ребенка уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

Неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями могут вызваться хромосомными абберациями, возникшими под воздействиями неблагоприятных факторов или хронического стресса [10]. Наследственное предрасположение к психосоматическим расстройствам обнаружено у детей с артериальной гипертензией (22,7% - 62,5%), у 65,5% - 85% детей с бронхиальной астмой. Высока роль наследственности при нейродермите – 66%, экземе – 61%. Известна наследственная предрасположенность при других соматических расстройствах: язвенном колите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидном артрите, тиреотоксикозе и других заболеваниях.

Из церебрально-органических факторов очень часто выявляется патологически измененная «почва» в виде минимальной мозговой дисфункции, несколько реже нарушения беременности и родов, патология новорожденного, нарушения вскармливания, психопатологические проявления на первом году жизни, нарушения психомоторного развития, травмы, операции, интоксикации и тяжелые соматические заболевания. В среднем выявляется три церебрально-органических фактора.

Нейродинамические сдвиги первичные (в результате повреждения структур ЦНС) и вторичные (при функциональных расстройствах ЦНС) способствуют накоплению аффективного возбуждения и напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока, потоотделения и др. Эти сдвиги могут быть следствием усилившихся или болезненно изменившихся сигналов от внутренних органов и систем. Причиной подобных нейродинамических сдвигов становится стресс. При психосоматических заболеваниях происходит подавление саморегулирующихся механизмов соответствующей висцеральной системы, возникает относительная независимость от высшей нервной деятельности.

Из числа факторов риска обязательным для психосоматических расстройств детского возраста является фактор онтогенеза, который учитывает особенности периода развития индивидуума, морфофункциональные особенности организма и преимущественного нервно-психического реагирования, несформированность или нарушения адаптационных механизмов, особенно в периоды возрастных кризов. Онтогенетический характер формирования психосоматических расстройств у детей и подростков подтверждается возникновением этих расстройств в отдельных системах, созревающих в определенный период и соответственно испытывающих значительные функциональные перегрузки, а также частотой возникновения и степенью выраженности психосоматических расстройств в отдельные возрастные периоды. Существует лишь небольшое число психосоматических заболеваний, которые прямо или косвенно в своем

начале не привязаны к возрастному фактору. Резкие возрастные сдвиги (кризисы) с присущими организму в эти периоды трудностями адаптации и компенсации являются предрасполагающими к началу многих психосоматических патологий. Происходит возникновение или обострение аффективных нарушений с обязательной, нередко массивной, соматизацией. Именно в это время на развитие ребенка существенное влияние оказывают психогенные факторы, такие как срыв привычного стереотипа поведения (смена обстановки или круга общения); неправильное построение режима дня ребенка; неправильные воспитательные приемы; отсутствие необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности; создание односторонней аффективной привязанности; отсутствие единого подхода к ребенку; неблагоприятная домашняя обстановка, травмирующие события, адаптация к детскому саду, болезни [3].

Из генетических факторов риска наиболее значимы личностные особенности – акцентуированные черты характера (эмоционально-лабильный, истерический и лабильно-истерический типы), которые отмечаются в более чем 90% случаев, несколько реже выявляются патологические особенности личности у родителей, причем у матерей отклонения в характере отмечаются в два раза чаще, чем у отцов.

Особенности психотравмирующих событий, способные вызвать заболевание, разнообразны. Они возникают из-за чрезмерного напряжения при той или иной активности, переживания оценок или рассогласования деятельности, при воздействии физических и природных факторов. Восприимчивость к стрессорам у детей различна и зависит от их психологической значимости. При этом дети разных возрастов неодинаково относятся к таким изменениям в жизни, как отрыв от семьи, непринятие детским коллективом, конфликт с воспитателем и т. д.

Существуют также ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению у детей реакций дезадаптации.

Общей чертой кризисных реакций является утрата или снижение чувства защищенности. Особо тяжелая ситуация складывается у дошкольников с недостаточно сформированным или ранее утраченным этим чувством. Чаще всего это происходит в семьях, где преобладает напряженная, угнетающая и тревожная обстановка, например, из-за наличия у родителей психопатических черт или невротичности. Невозможность установления ровных, взаимоуважительных отношений между родителями, постоянные несогласия, ссоры и даже физическая агрессия лишают ребенка уверенности в своей безопасности.

Существуют также характерологические и патохарактерологические реакции, как предрасполагающий к психосоматическим расстройствам фактор. Реакция оппозиции или протеста встречается у детей довольно часто. В дошкольном возрасте она возникает при ограничении психомоторной активности ребенка, при чрезмерном, обильном или насильственном кормлении, при преждевременном или неумеренно строгом приучении к опрятности, чрезмерные требования, непосильная нагрузка, утрата или недостаток внимания, несправедливые или обидные и жестокие наказания. Первоначально реакция протеста возникает в трудной для ребенка ситуации и направлена на того, кого он считает своим обидчиком и виновником переживаний. Характерологические и даже патохарактерологические реакции принципиально обратимы. Но их повторение может привести к упрочению аномального поведения и создать основу для патологического формирования личности. Отсюда понятна необходимость ранней диагностики нарушений поведения с целью принятия мер против фиксации патологических личностных реакций.

К психологическим качествам и особенностям личности, обуславливающим формирование психосоматических расстройств в детском возрасте, можно отнести: психофизический инфантилизм, когнитивно - эмоциональный дисбаланс, эгоцентризм (преимущественно вследствие воспитания по типу «кумир семьи»), перфекционизм,

сниженный импульс-контроль (непереносимость отсрочки удовлетворения потребностей), тревожность, «выученную беспомощность». В монографии Д.Н. Исаева «Психосоматические расстройства у детей» (2005) имеются описания личностных особенностей наиболее часто встречающихся при ПСР. Автор считает, что у детей ответственными за высокий риск психосоматического расстройства являются в первую очередь такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. В монографии также подчеркивается, что у детей удастся найти такие личностные особенности, которые наиболее часто в разных сочетаниях встречаются практически при всех психосоматических расстройствах. К ним относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижение высоких результатов.

Психосоциальные факторы риска наиболее представлены нарушением системы мать-дитя, наличием братьев и сестер, посещением детских учреждений, менее значимы психоэмоциональные перегрузки, неполная семья, алкоголизация родителей, конфликты в семье, смерть родителей или родственников, болезнь близких, изменение стереотипа общения.

У ребенка настолько тесная связь с родителями, что практически все важные изменения в их жизни ставят его на грань риска возникновения заболеваний. Ребенок является «симптомом своих родителей», а болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации. Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. Особенно чувствительны к нарушениям

взаимоотношений младенцы. На расстройства гармоничного контакта с матерью из-за ее психологических отклонений дети могут реагировать даже остановкой развития. В то же время прочная социальная поддержка повышает сопротивляемость к заболеваниям. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, увеличивают риск развития психосоматических расстройств. Психосоциальные факторы в виде нарушения системы мать-дитя и патологии воспитания наиболее представлены при психосоматических расстройствах пищеварительной системы (71%), сердечно-сосудистой (65%), кожной (63%), нарушении терморегуляции (77%), респираторной системе (67%), выделительной (59%), эндокринной (57,8%), двигательной (23%) и речевой (51%).

У психосоматических больных имеет место в жизни психологический стресс, которые каким-то образом связаны с психосоматическим расстройством. Глубина осознания стрессовых событий, а также личностные особенности, от которых она зависит, определяют, станет событие стрессовым для конкретной личности или нет. Психический дизонтогенез может усугубить возрастную незрелость защитных механизмов личности, что повышает ее ранимость как в отношении собственно психотравмирующих воздействий, так и в отношении обычных жизненных ситуаций в периоды естественных возрастных кризисов развития.

Значительное влияние на развитие мозга в дошкольном периоде оказывает эмоциональная сфера ребенка, которая отличается высокой нестабильностью и интенсивностью. Лимбическая система производит эмоции, которые, в свою очередь, либо усиливают, либо ослабляют иммунную систему. Характер и степень чувствований, эмоциональное восприятие явлений, событий зависят как от типа высшей нервной деятельности, так и от образования и воспитания, влияния семьи, общества и традиций. Эмоции оказывают значительное влияние на здоровье человека,

как отрицательное, так и положительное. Положительные эмоции не ведут к срыву высшей нервной деятельности, а, наоборот, способствуют укреплению здоровья, преодолению заболеваний.

Бесспорным является факт, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, и неотделимы от них. Физиологические системы организма включаются автоматически, помимо воли человека. Это включение осуществляется как безусловный рефлекс, выработавшийся еще в доисторический период жизни человека. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать защитные реакции, теперь чаще подавляются, а со временем извращаются и могут стать причиной разрушительных процессов в организме. Из-за подавления эмоций у детей возникает риск появления тревожности [4].

Тревога является одной из причин психосоматических заболеваний. Психосоматические дети особенно часто переживают тревогу, что поддерживает их заболевание. Существует такой защитный механизм, как соматизация тревоги, когда тревога переходит в соматический симптом, который проходит с ее исчезновением. Соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я» ребенка как механизм психологической защиты (от ответственности, от необходимости проявить инициативу, самостоятельность, соблюдать «неудобные правила» и пр.).

Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко отмечают, что отрицательные эмоции у детей всегда имеют вегетативное оформление. Так, исследователи экспериментально подтвердили, что при преобладании тревожности чаще отмечается респираторная заболеваемость с температурными размахами и несоответствием некоторых клинических проявлений общим представлением о респираторной инфекции [3].

Повышенная тревожность оказывает негативное влияние на поведение и деятельность ребенка, тем самым препятствуя его гармоничному развитию

(Спилбергер Ч., 1990; Габдреева Г.Ш., Захаров А.И, 2000; Астапов В.М., 2004 и др.). Особенно это значимо для детей 5–7 лет, в возрасте наибольшей выраженности тревожности, что обусловлено как интенсивным эмоциональным развитием, так и когнитивным - возросшим пониманием опасности (Прихожан А.М., Спиваковская А.С., 2000; Костина Л.И., 2003 и др.).

Подавляющее большинство исследователей (Прихожан А.М., 1996; Лукасик А.В., 2000; Астапов В.М., 2004; Козловская Н.В., Дубовик Е.Ю., 2005; Менделевич О.В., 2007, Дусказиева Ж.Г., 2009 и др.) указывают на роль семьи в генезе и закреплении детской тревожности. В качестве центральной, «базовой» причины тревожности детей выделяют неэффективное родительское отношение, прежде всего, в диаде «мать – ребенок».

Дошкольное детство – особо ответственный период в развитии ребенка, период, когда закладываются основные личностные механизмы, когда у ребенка возникает первая модель мира – система представлений об окружающей действительности, о своих возможностях и отношениях с окружающими людьми. Когда речь идет о ребенке с психосоматическим расстройством, можно говорить об измененной модели мира (Выготский Л.С., 1983), так как телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но и, прежде всего, сказывается на отношении с людьми.

Как отмечалось выше, в детском возрасте нет таких заболеваний, в этиопатогенезе которых не участвовали бы психосоматические механизмы. Как показывает практика, чисто медикаментозное лечение психосоматических детей не дает устойчивых позитивных результатов: едва выздоровев, они тут же заболевают вновь и вынуждены находиться дома. В результате дети лишаются нормального общения со сверстниками, их жизнь замыкается внутри семьи [3; 45; 46]. Болезнь сужает пространство возможной активности ребенка, создает особые условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к

появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым изменить жизненный опыт человека (Николаева В.В., 1987; Исаев Д.Н., 1996; Зейгарник Б.Ф., 2006).

Познавательная деятельность психосоматических детей характеризуется повышенной истощаемостью, трудностями переключения внимания и снижением его продуктивности, меньшим объемом произвольной зрительной памяти; большей эмоциональностью, выразительностью монологической речи, но меньшей ее самостоятельностью, полнотой и логической последовательностью.

В межличностном взаимодействии следует отметить, что круг общения психосоматического ребенка ограничен до минимума, присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь. Преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающее-подавляющий стили родительского отношения к ребенку. Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения. Такие дети быстрее, чем здоровые, перенимают от своих родителей тревожно-мнительный тип реагирования.

Наблюдаются скованность, замкнутость у часто болеющих детей; они менее общительны, чем здоровые. Утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства. Игровая деятельность и, как следствие, двигательная потребность данной категории детей ограничены [13; 18; 19].

Фрустрация познавательной активности ребенка, ограниченность его общения со сверстниками, сокращение двигательной активности существенно меняют социальную ситуацию развития дошкольника, страдающего психосоматическим расстройством, инфантилизируя его. Наблюдается своеобразная «изоляция» болеющих дошкольников, которая, по-видимому, искажает представление ребенка о расстройстве и усугубляет

его переживания по данному поводу.

Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый механизм замкнутого круга: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере, вызывают изменения в психике, последние, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений. Например, перестройка отношения родителя к ребенку (больше внимания, меньше требований, сиюминутное удовлетворение потребностей) в ситуации болезни последнего может вызвать изменение в психической сфере ребенка (его восприятие болезни, эмоциональное состояние, мотивацию на выздоровление и пр.), что, в свою очередь, отразится на течении заболевания. Так, по замкнутому кругу, и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания [3; 26; 28; 59; 119].

Развитие ребенка в условиях частых заболеваний значительно влияет на формирование его личности. Некоторые исследования показывают, что болезнь «выгодна», потому что дает ребенку приблизиться к матери, получить эмоциональную поддержку в виде повышенной заботы и внимания. С одной стороны, на сознательном уровне, ребенок понимает, что болезнь мешает ему (нельзя ходить на улицу, есть мороженное, необходимо принимать горькие лекарства и пр.) и хочет перестать болеть, но с другой стороны, на бессознательном уровне, он получает психологическую выгоду от заболевания (внимание, забота). Например, ребенок, однажды заболев, получил положительное подкрепление в виде возможности не посещать детский сад - соответственно, не соблюдать «неприятный режим дня» - и возможности дольше поспать, повышенного внимания матери и т.д. Таким образом, отношение психосоматического ребенка к своему заболеванию имеет амбивалентный характер. Вероятно, что в семьях с психосоматическими детьми родители также получают косвенное подкрепление действующему деструктивному поведению. Болезнь ребенка может «примирить» родителей после ссоры, тем самым результат

«примирения» с супругом, являясь положительным подкреплением, может впоследствии «провоцировать» болезнь ребенка снова и снова [33; 34]. Нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом. Так, например, мать с помощью болезни сына может удерживать отца ребенка в семье, бессознательно подкрепляя психологическую выгоду от болезни ребенка. В этом случае, например, боль в животе у ребенка может остановить на время конфликт между супругами и сфокусировать их внимание на болезни сына.

Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, нередко воспринимают заболевание как наказание за плохое поведение. Осознание своей болезни, ее тяжести и последствий для дошкольников еще недоступно, так как в силу возрастных особенностей у них нет ясного отношения к ситуации и к самому себе. Вследствие этого болезнь воспринимается ребенком и как ограничение привычной жизни [47; 60].

Исследования внутренней картины болезни дошкольника показали, что заболевание начинает осознаваться старшим дошкольником через разрушение основной деятельности – игры, в которой реализуется двигательная потребность ребенка. А ведь известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Говоря о формировании внутренней картины болезни у детей, Д.Н. Исаев (2001) подчеркивает, что отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением о болезни родителей и других членов семьи, родительским отношением в ситуации болезни ребенка.

Таким образом, анализ факторов риска возникновения психосоматических расстройств у детей позволяет отметить их высокую частоту при значительном преобладании биологических факторов. Важно

подчеркнуть, что без наличия причины, только предрасполагающие к этому условия (биологические факторы) не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. Их необходимо учитывать при разработке патогенетической терапии, направленной на то, чтобы разорвать цепные реакции, являющиеся основанием для клинического выражения болезни.

В ходе теоретического анализа мы выявили, что у детей старшего дошкольного возраста, наиболее информативными факторами, детерминирующими психосоматические расстройства, являются повышенная тревожность и материнско-детские отношения. Помимо этого, риск возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста обусловлен наличием психологических выгод, как у матери, так и у ребенка, подкрепляемых матерью. Кроме того, болезнь ставит ребенка в особую социальную ситуацию развития, пусковыми механизмами которой являются противоречия между стремлением ребенка осуществить важную для него деятельность и возникающими преградами, определяемыми ситуацией болезни [57; 59; 90]. В таких семьях создается особая социальная ситуация развития, характеризующаяся своей дефицитарностью для развития личности ребенка (ограничение двигательной активности, круга общения, фрустрация познавательной функции, разрушение игровой деятельности).

Ниже приведены факторы условия, способствующие возникновению аффективных расстройств и их соматизации за счет нарушения функционирования отдельных органов и систем.

1. Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам (дисфункция вегетативной нервной системы)
2. Нейродинамические сдвиги, способствующие накоплению эмоционального напряжения.
3. Особенности личности (характерологические особенности - тревожность, меланхоличность, гиперчувствительность к раздражителям, склонность к фиксации на негативном аффекте и др.)

4. Психическое и физическое состояние в момент действия стрессора, благоприятствующее его патогенному воздействию, и большая субъективная значимость стрессора.
5. Особенности психотравмирующих событий.

1.2. Родительское отношение как фактор формирования тревожности у ребенка старшего дошкольного возраста

В ходе теоретического анализа факторов риска возникновения психосоматических расстройств, мы выявили, что у детей старшего дошкольного возраста, наиболее информативным фактором, детерминирующим данные расстройства, является повышенная тревожность.

Психическое развитие ребенка определяется его эмоциональным контактом и особенностями взаимодействия с родителями, особенно с матерью, что подтверждается результатами исследовательских работ по проблеме влияния родительского отношения на эмоциональное развитие ребенка (Варга А.Я., 1983; Спиваковская А.С., 1988; Архиреева Т.В., 1989; Авдеева Н.Н., 1994; Ковалевский В.А., 1997; Эйдемиллер Э.Г., 1999; Захаров А.И., 2000; Котова Е.В., 2003, Дусказиева Ж.Г., 2009 и др.).

Тревожность, пониженное настроение, особенно переживаемые длительно, «заразны» и всегда у детей ведут, в силу повышенной внушаемости, к появлению у них различных психосоматических проявлений (снижение аппетита, рвота, повышенное газообразование и т. п.).

В современной психологии наиболее распространен социальный подход (Березин Ф.Б., Захаров А.И., Спиваковская А.С.) в рамках которого причины тревожности обуславливаются процессом социализации.

В нашем исследовании тревога - это эмоциональное состояние, а тревожность – свойство личности, имеющее когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспект. Личностная тревожность – устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая «предрасположенность

субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие». Для каждого человека существует свой неповторимый набор ситуаций, способных спровоцировать состояние тревожности» [13]. Уровень личностной тревожности, как правило, не соотносится с настоящей объективно наблюдаемой опасностью.

Ситуативная тревожность – «эмоциональное состояние, характеризующее субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий» [13]. Ситуативная тревожность появляется в ответ на реальную угрозу и длится так долго, как того требует ситуация. Чем выше личностная тревожность, тем чаще и сильнее человек ощущает ситуативную тревожность. Дети с высоким уровнем тревожности характеризуются возбудимостью, высокой эмоциональностью, стремлением избегать неудач, неуверенностью в отношении новых видов деятельности. Они чрезвычайно чувствительны и впечатлительны, причем чаще в отношении того, что только предположительно может случиться или произойти. На физиологическом уровне состояние тревоги и у взрослых, и у детей выражается в учащенном сердцебиении, сухости во рту, ощущении кома в горле и т. д.

Патологическая тревога непропорциональна реальной угрозе или даже не связана с ней, она неадекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности [35]. При высоком уровне тревожности, ее невротическом характере возникает состояние психического напряжения, скованности, аффективно заостренного стремления к поиску опоры, чрезмерной зависимости от «внешнего поля». Поведение становится все более пассивным, атрофируются любопытство, любознательность, человек стремится избегать любого риска, всего нового. Вместо непосредственности и открытости у ребенка развиваются настороженность и аффективная замкнутость (отгороженность), уход в себя и свои проблемы. Усиливается несвойственная детям ориентация на травмирующее прошлое, которая все более предопределяет настоящее,

исключает из психического репертуара положительные эмоции, оптимизм и жизнеутверждающую активность. В состоянии сильной тревоги мышление становится все более быстрым, хаотичным, теряет гибкость, сковывается бесконечными опасениями, предчувствиями и сомнениями.

Во всех вышеперечисленных случаях тревога теряет свои адаптивные функции, указывая на неспособность справиться с угрозой, переживание бессилия, потерю веры в себя, свои силы и возможности.

В качестве центральной причины тревожности детей выделяют неэффективное родительское взаимодействие, прежде всего, в диаде «мать – ребенок» (Прихожан А.М., 1996; Лукасик А.В., 2000; Астапов В.М., 2004; Н.В.Козловская, Дубовик Е.Ю., 2005; Менделевич О.В., 2007).

Детско-родительские отношения, с одной стороны, выступают в качестве регуляторов поведения их участников, а с другой - опосредуют развитие личности ребенка. Эти отношения проявляются в системе разнообразных чувств, переживаний, стиле общения родителей и детей, поведенческих стереотипах, практикуемых в этом общении.

В качестве компонентов детско-родительских отношений выступают отношение родителя к ребенку и отношение ребенка к родителю. Бесспорно, эти два компонента тесным образом связаны друг с другом, но неравнозначны. Специфику детско-родительских отношений определяют отношение родителя к ребенку. Это объясняется тем, что ребенок не является субъектом тех процессов, которые приводят в действие детерминанты родительского отношения.

На формирование родительского отношения к ребенку оказывают влияние личность самого родителя, психологические особенности ребенка, а также особенности семейных взаимоотношений и социокультурные факторы.

Отношение к родителю определяется внутренней активностью ребенка, его восприятием, осмысливанием семьи и своего места в ней, переживаниями, связанными с семейными отношениями (Г.Т. Хоментаскас, 1984).

Отношения, сформированные в период раннего детства, отличаются прочностью и устойчивостью, так как они являются сильно эмоционально окрашенными, связанными со сферой инстинктов и безусловных рефлексов. Большая часть отношений, закладывающихся в период раннего онтогенеза, в последующие годы развивается, совершенствуется, получает словесную квалификацию и становится сознательной.

Как уже было отмечено выше, специфику детско-родительских отношений определяют отношение родителя к ребенку. На формирование родительского отношения к ребенку оказывает влияние, прежде всего, личность самого родителя.

Рассмотрим, что представляет собой современное материнство, каковы социальные тенденции и психологические особенности современных матерей.

В своей статье «Современное родительство как предмет исследования» К.Н. Поливанова констатирует, что современное родительство как социальная позиция претерпевает существенные изменения. Стремление к равенству гендерных ролей, уменьшения состава семьи, рост числа одиноких матерей, тенденции к повышению возраста первого ребенка, рост образования и возможностей карьерного продвижения, развитие экономики – все это ведет к тому, что ценность родительства начинает конкурировать с ценностью профессиональной и жизненной успешности. Само решение о рождении ребенка в такой ситуации становится следствием осознанного выбора.

Анализ ценностной сферы современных женщин репродуктивного возраста, проведенный Е.И. Захаровой показал, что наибольшей значимостью для них обладают отношения с партнером (22%), работа (19%), получение удовольствия (17%) и собственное Я (14%) от общей доли жизненных ценностей). Таким образом, сегодня приоритет воспитания среди других жизненных ценностей подвергается сомнению.

То есть, современные матери склонны стремиться к реализации себя абсолютно во всех сферах (карьера, семья, брак, ведение домашнего быта, саморазвитие) [17], что, очевидно, подразумевает высокие требования к себе. Поскольку матерям в реальности не удастся реализовать себя во всех сферах, они часто испытывают недовольство собой, что входит в конфликт с понятием «good enough mother» Д.В. Винникотта [2], которое подразумевает нормальность «неидеальности» матери, по определению, и ее право на ошибки. В результате чего у женщины формируется внутриличностный конфликт между необходимостью быть в отношениях с партнером, развиваться профессионально и быть идеальной матерью. Что в свою очередь приводит к нарастанию личностной и ситуативной тревожности, которой мать «заражает» и своего ребенка.

Кроме того, сегодня появляются и развиваются устойчивые целостные модели воспитания детей – естественное родительство, альфа-родительство, интенсивное родительство (“intensive parenting”). Это последнее направление включает в себя различные практики, которые связываются с идеей максимально способствовать развитию мозговых структур ребенка через соответствующую стимуляцию [7]. Матерям, придерживающимся модели интенсивного родительства, присущи:

- утомляемость: по результатам исследований Дален, Фаулер и Шмид [9], у матерей, следующих модели интенсивного родительства, выявляются высокие показатели усталости и стресса, что ведет к эмоциональному выгоранию.
- тревожность: по мнению Дэвис [10], в модели интенсивного родительства, как матери, так и отцы, более склонны к неврозам, тревожным и тревожно-депрессивным расстройствам, причем спектр тем, о которых родители склонны тревожиться, крайне широк — от грудного вскармливания и детского сна до образования ребенка и его карьеры в будущем.
- детоцентрированность: родители, относящие себя к интенсивному родительству, склонны ставить ребенка и его интересы во главе иерархии

своих ценностей и соответственно распределять свои ресурсы (финансовые, временные, эмоциональные) именно таким образом, чтобы основная их часть тратилась на ребенка [7; 16].

- низкая самооценка и склонность к самокритике (современные матери склонны стремиться к реализации себя абсолютно во всех сферах (карьера, семья, брак, ведение домашнего быта, саморазвитие) [17], что, очевидно, подразумевает высокие требования к себе. Поскольку матерям в реальности не удается реализовать себя во всех сферах, они часто испытывают недовольство собой, что входит в конфликт с понятием «good enough mother» Д.В. Винникотта [2], которое подразумевает нормальность «неидеальности» матери, по определению, и ее право на ошибки).

- зависимость от мнения детских специалистов.
- высокий уровень образования: матерям часто приходится анализировать различные источники информации и консультироваться со специалистами, им бывает необходимо получать новые знания и совершенствовать себя в образовательной сфере.

Такой возврат к родительству в современном обществе на фоне снижения устойчивости семьи и уровня рождаемости может казаться странным и неожиданным [6]. Однако психологически он вполне понятен: принятие физически и эмоционально затратных форм поведения в родительстве снимает внутреннюю обязанность принимать собственные решения. Следовать понятным научным предписаниям и объяснениям образованным матерям психологически проще, поскольку такое следование задает ясные ориентиры и, в известной мере, возвращает чувство безопасности [11].

Таким образом, очевидно, что для того, чтобы у матери и ребенка были эмоционально близкие отношения, обеспечивающие ему чувство безопасности, снижающие уровень тревоги и способствующие эффективному противодействию трудностям, современная мать приходит к необходимости поиска своей собственной модели материнства. Эта модель основывается на

осознании матерью собственных нужд, знании возрастно-психологических закономерностей развития ребенка, своих возрастных закономерностей, и реализуется через систематическое обращение к экспертному сообществу, в частности за психолого-педагогической помощью.

Родительское отношение по своей природе амбивалентно, противоречиво и включает два противоположных начала: 1) безусловное, или личностное, которое содержит такие факторы, как принятие, любовь, сопереживание и т. д.; 2) условное, или предметное, включающее объективную оценку, контроль, направленность на воспитание определенных качеств (О.Е. Смирнова, 2000). Относительная выраженность и содержание этих начал меняется с возрастом ребенка: по мере его взросления от двух до восьми лет преобладание личностного начала сменяется доминированием предметного. В безусловном, или личностном начале выделяется эмоциональный компонент родительского отношения, в условном, или предметном, - поведенческий. Таким образом, эти два аспекта являются неотъемлемыми чертами любого родительского отношения.

Старший дошкольный возраст сам по себе является возрастом наибольшей выраженности тревожности, что связано с началом развития абстрактного мышления, интенсивным развитием эмоциональной сферы и началом становления гендерной идентичности.

Развитие способности к регуляции эмоций в семье происходит через усвоение ребенком убеждений родителей в отношении эмоций, а также формирование представлений о том, как управляют эмоциями родители [8, 20]. Здесь исследователи выделяют два крайних варианта, которые являются преимущественно дисфункциональными. Один из них — родительский запрет на выражение негативных эмоций и тогда у ребенка формируется убеждение о том, что свою злость и печаль не следует выражать [12]. Такие убеждения ведут, как известно, к подавлению эмоций и утрате контакта с ними и, вторично, к психосоматическим и депрессивным расстройствам. Другой вариант — открытое поощрение выражения гнева и других

отрицательных чувств, что затрудняет формирование представлений о том, что эмоции нужно регулировать. Наиболее эффективным для развития ребенка является нейтральное, спокойное отношение родителя к выражению негативных эмоций ребенком без специального их поощрения [21].

Еще один механизм касается так называемого «заражения эмоциями»: тяжелая эмоциональная атмосфера в семье (например, состояние постоянного конфликта между родителями или тревожности одного из членов семьи) вызывает негативные эмоциональные состояния, тревожность у ребенка. Если такие состояния затягиваются, то ребенок привыкает к негативным эмоциям как к некой норме. В этой точке проблемы эмоциональной безопасности ребенка в семье и регуляции эмоций имеют свое пересечение.

Недостаток эмоциональной безопасности может проявляться в высокой тревожности, эмоциональной гиперреактивности, дисфункциональном совладании с ситуацией потенциальной угрозы (в виде сверхвключенности или избегания) и искаженных внутренних убеждениях о степени потенциальной угрозы и собственной уязвимости.

Безусловное принятие ребенка матерью, чувствительность матери к эмоциональному состоянию ребенка тесно связаны с развитием базового доверия у ребенка. Повышение социального благополучия и просоциальности в поведении согласуется с данными о том, что базовое доверие выступает важным фактором психологического благополучия и развития социальных отношений в детстве. Показано, что дистанция в общении с матерью, недостаточная внимательность и эмоциональная вовлеченность матери, восприятие матери как ненадежного источника помощи вносят вклад в развитие эмоциональных расстройств и отклонений в поведении. Данные согласуются с результатами исследований в области здоровья детей.

По данным исследований (Куфтяк Е.В., Задорова Ю.А., 2021г.), нарушение привязанности является фактором риска развития

психосоматических расстройств у детей и нарушений адаптации к социальной среде [6; 21]. Отметим, что в российских исследованиях, в сравнении с американскими и западногерманскими, чаще фигурируют дети с ненадежной амбивалентной привязанностью [2; 5; 7]. Возможно, это связано с выявленными у российских матерей особенностями эмоционального взаимодействия с ребенком. При выраженной способности воспринимать состояние ребенка, наши матери меньше стремятся проявлять отзывчивость и сопереживание, не считают нужным учитывать эмоциональное состояние ребенка в реальном взаимодействии. Гораздо чаще они ориентируются на собственные планы, собственное настроение или социальные требования [2].

В отечественной литературе под родительским отношением понимается система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков (Варга А.Я., Столин В.В., 2001).

Согласно концепции отношений В.Н. Мясищева, в структуре собственно родительского отношения можно выделить три компонента, с помощью которых психологические отношения описываются: эмоциональный, когнитивный и поведенческий. Эмоциональный компонент родительского отношения - совокупность переживаний, связанных с ребенком; когнитивный - представление родителя о характере, потребностях, интересах и ценностях своего ребенка; поведенческий — стиль обращения с ребенком. Каждый из этих трех элементов, в свою очередь, имеет сложную структуру.

Отечественные и зарубежные исследователи (Берн Э., Баумрид Д., Крайг Г., Захаров А.И., Гарбузов В.И., Меньшикова Е.С., Соколова О.М. и др.) отмечают, что такие параметры взаимодействия родителей с детьми, как родительский контроль и родительская теплота, оказывают решающее влияние на возникновение тревожности ребенка.

Неэффективные, дисгармоничные типы родительского отношения

могут привести к развитию у ребенка высокой агрессии, тревожности, психосоматических реакций, неврозов.

Е. Волкова, Н. Мишина (2005) указывают на определяющую роль в формировании тревожности у ребенка следующих стилей воспитания: формального, авторитарного, гиперопекающего.

При формальном стиле воспитания родители ограничиваются только обеспечением витальных (жизненно необходимых) потребностей ребенка: в пище, тепле и т.п. Эмоционального контакта с ребенком нет, он не доставляет родителям радости. Отсутствие эмоционального контакта с матерью приводит к постоянному стрессу у ребенка. Его стремление получить у матери поддержку неизбежно наталкивается на ее холодность, и ребенок не получает эмоциональной помощи, дающей ему уверенность в том, что он все делает правильно, что он хороший, что его любят. Это крайне неблагоприятная ситуация для развития ребенка: он рано начинает чувствовать свою ненужность, у него формируется низкая самооценка, растет внутренняя напряженность. Сильные дети становятся агрессивными или демонстративными, стараясь любыми средствами привлечь к себе внимание окружающих; остальные (а их гораздо больше) становятся все более тревожными, замкнутыми, неуверенными, пассивными (поскольку опасаются сделать что-нибудь не так), неохотно идут на контакт с другими детьми и взрослыми (плохо развиты коммуникативные навыки). Вслед за этим могут появиться неврологические нарушения: тики, бессонница, энурез, заикание и т.п.

При авторитарном стиле воспитания в семье мать и остальные взрослые тоже эмоционально отдалены от ребенка. Они организуют жизнь в соответствии с твердыми нормами и правилами, без учета индивидуальных особенностей и возможностей ребенка. Он воспитывается в обстановке многочисленных запретов, обязан точно и немедленно выполнять приказы взрослых. Не поощряется никакая инициатива, почти отсутствуют похвалы, зато часто применяются наказания. Не чувствуя от матери поддержки и

одобрения, ребенок теряет уверенность в собственных силах и становится либо агрессивным негативистом (реже), либо тревожным, неуверенным в себе.

Гиперопекающий стиль воспитания обычно объясняется крайне неуверенным, тревожным характером матери. Именно она определяет микроклимат в семье, проецируя свои личностные особенности на ребенка. Это очень частый источник появления тревожности у дошкольника: он просто копирует поведение и отношение к жизни самого близкого человека - матери. Гиперопекающая мать постоянно тревожится за ребенка, пытается оградить от всех, даже минимальных, трудностей и вполне посильных задач, резко ограничивает круг его общения из-за собственных, часто преувеличенных страхов (вдруг ее ребенок заразится от сверстников, его обидят, отнимут игрушку и т.д.). В отличие от «формальных» и авторитарных матерей гиперопекающая мать непрерывно находится в теснейшем контакте с ребенком, воспринимает малейшие оттенки его настроения и одновременно постоянно заражает его своими тревогами. Пытаясь все сделать за него, она мешает развитию самостоятельности ребенка, у которого со временем формируется устойчивое убеждение в том, что без мамы он совершенно беспомощен, ничего не может сделать сам, без нее ему постоянно что-то угрожает. В результате у таких детей формируется высокий уровень тревожности [11].

Детская тревожность может быть следствием личностной тревожности матери, имеющей симбиотические отношения с ребенком. При этом мать, ощущая себя единым целым с ребенком, пытается оградить его от трудностей и жизненных неприятностей, тем самым «привязывая» его к себе, предохраняя от не существующих, но воображаемых, соответственно ее тревожности, опасностей. Каналом передачи беспокойства служит такая забота матери о ребенке, которая состоит из одних предчувствий, опасений и тревог. Здесь не обязательно идет речь о чрезмерном уровне заботы, обозначаемом как гиперопека. Это может быть и средний уровень заботы,

которая носит несколько формальный, излишне правильный и обезличенный характер. В результате ребенок испытывает беспокойство, когда остается без матери, легко теряется, волнуется и боится. Вместо активности и самостоятельности развиваются пассивность и зависимость. Кроме того, тревожный характер привязанности часто провоцируется как самой матерью, чрезмерно опекающей ребенка, так и другими взрослыми, заменяющими ему сверстников и всегда ограничивающими в чем-то его активность и самостоятельность.

Ряд исследований позволяет судить о неоднозначности когнитивного компонента родительского отношения. Выделяются его четыре варианта: адекватное (наиболее полное и объективное знание психических и характерологических особенностей ребенка, его интересов, увлечений, склонностей, учет индивидуального своеобразия развития ребенка); неадекватное представление (навязывание ребенку представления о его беспомощности и зависимости, невозможности существования без родителей); искаженное представление о ребенке, вызванное недооценкой психофизических данных, приписывание ему болезненности; высокая моральная требовательность (Э.Г. Эйдемиллер), тревога о будущем ребенка, приписывание социальной неуспешности, роли «маленького и плохого» (Е.Т. Соколова), неверие в благополучие ребенка (В.И. Гарбузов) определяются как социальная инвалидизация.

Представления о ребенке и отношение к нему родителя являются внутренней основой типа воспитания, реализуемого через воспитательное воздействие и формы общения с ребенком.

Анализ литературных источников демонстрирует, что, несмотря на обилие исследований родительских отношений и их влияния на различные стороны развития ребенка, пока не существует единого понимания нормы родительского отношения. Однако вполне возможным кажется нам выделение некоторых наиболее существенных характеристик гармоничных, или «здоровых», детско-родительских отношений:

1. Удовлетворение в системе детско-родительских отношений базовых потребностей ребенка, таких как потребности в безопасности и аффилиации, а также потребностей, возникающих в процессе детско-родительского взаимодействия (безусловном принятии, индивидуальной адекватной заботе и любви, признании индивидуальности ребенка и сохранении автономии «Я», эмоциональном и двигательном самовыражении).

2. Достаточный уровень рефлексии родителей относительно индивидуальных особенностей ребенка, а именно понимание их социально-психологической природы.

3. Сознательная организация родителями конструктивного стиля взаимодействия с ребенком, адекватного его индивидуальным особенностям.

В результате проведенных психологических исследований А.И. Захаров (2000) выявил, что особенностями структуры семьи с тревожным ребенком являются: недостаточная эмоциональная отзывчивость и эмпатичность матери, сочетающиеся с ее требовательностью и категоричностью, и мягкость, ранимость, мнительность отца, его неспособность управлять ситуацией в семье. Таким образом, можно наблюдать ролевую структуру семьи, в которой мать излишне «мужественна», а отец – «женственен». Очевидно, что родители с подобными характерологическими особенностями представляют ребенку искаженные образы для гендерной идентификации и усвоения гендерных ролей, что ведет к повышению уровня тревожности ребенка. Оба родителя обладают сходной структурой неудовлетворенных потребностей – в основном, это фрустрация потребности в эмоциональной близости, заостренное желание независимости, сочетающееся со страхом перемен, чувство внутреннего дискомфорта, недовольство собой. Однако душевная усталость, неэффективные способы самоутверждения не позволяют родителям адекватно увидеть и принять себя такими, какие они есть, искать конструктивные пути разрешения собственных конфликтов. Ребенок в таких

семьях является субъектом, принимающим на себя проекции родительских конфликтов, а его тревожность становится отражением личностных проблем родителей.

А.М. Прихожан (2000) утверждает, что возникновению и накоплению тревожности способствует, с одной стороны, все, что нарушает чувство защищенности ребенка в семье, а с другой стороны, все, что ограничивает социальный опыт ребенка, заставляя его всецело ориентироваться на семью. Тревожные дети чувствуют себя в семье значительно менее уверенно, чем не тревожные, семья не дает им переживания межличностной надежности, защищенности [98].

Для семей с тревожными детьми характерна низкая эмоциональная связь, а также стремление «инфантилизировать» ребенка, неверие в его силы и возможности (Козловская Н.В., 2005). Дети с высоким уровнем тревожности воспринимают свою мать как доминирующую, властную, подавляющую, пресекающую любое проявление самостоятельности; при этом они испытывают чувство собственной беспомощности. Родители детей с высоким уровнем тревожности имеют противоречивые родительские установки («подавление воли ребенка», «избегание общения с ребенком», «оберегание ребенка от трудностей»), в отличие от родителей детей со средним уровнем тревожности, склонных придерживаться последовательной линии поведения в отношениях с детьми [62].

Существует зависимость между количеством страхов у детей и родителей, особенно матерей. В большинстве случаев страхи, испытываемые детьми, были присущи матерям в детстве или проявляются сейчас. В статье «Влияние стиля детско-родительских отношений на возникновение страхов у детей» Н.Н. Авдеева, Ю.А. Кочетова выявили, что наиболее часто встречающимися страхами в дошкольном возрасте являются страх смерти, страх сказочных персонажей, страх психологического одиночества, страхи нападения и страх войны. Был выделен также ранее не упоминаемый при исследовании детей дошкольного возраста страх – страх терроризма. Мать,

находящаяся в состоянии тревоги, непроизвольно старается оберегать психику ребенка от событий, так или иначе напоминающих о ее страхах. Также каналом передачи беспокойства служит забота матери о ребенке, состоящая из одних предчувствий, опасений и тревог (Захаров А.И., 1997).

Усилению в ребенке тревожности могут способствовать такие факторы, как завышенные требования со стороны матери, так как они вызывают ситуацию хронической неуспешности. Сталкиваясь с постоянными расхождениями между своими реальными возможностями и тем высоким уровнем достижений, которого ждут от него взрослые, ребенок испытывает беспокойство, которое легко перерастает в тревожность. Еще один фактор, способствующий формированию тревожности, – частые упреки, вызывающие чувство вины («Ты так плохо вел себя, что у мамы заболела голова», «Из-за твоего поведения мы с мамой часто ссоримся»). В этом случае ребенок постоянно боится оказаться виноватым перед родителями.

Так как, строго говоря, в детском возрасте нет таких заболеваний, в этиопатогенезе которых не участвовали бы психосоматические механизмы, то данные по особенностям структуры семьи с часто болеющим ребенком на наш взгляд являются релевантными. В связи с этим, анализ результатов ряда исследований (Варга А.Я., Котова Е.В., Лифинцева А.А., Писаренко Н.А., Романова О.Л., Урядницкая Н.А., Дубовик Е.Ю.) родительского отношения к детям с хроническими соматическими заболеваниями позволил выделить некоторые общие характеристики детско-родительских отношений в таких семьях. Родительское отношение к соматически больным детям характеризуется следующими особенностями: стремлением к симбиотическим отношениям с ребенком, страхом потери ребенка, гиперпротекцией, недостаточностью (или полным отсутствием) требований - обязанностей, имеющих у ребенка в семье, чрезмерностью требований-запретов, расширением сферы родительских чувств, игнорированием потребностей, авторитаризмом, неустойчивостью стиля воспитания и стремлением инфантилизировать часто болеющего ребенка, приписывая ему

личную и социальную несостоятельность. Данная категория родителей к чертам характера и недостаткам своего ребенка чаще относится как к трудноизменяемым, способность видеть переживания ребенка у них выражена незначительно [12; 23; 39; 44; 46].

Ряд авторов (Арина Г.А., Коваленко Н.А., 1995; Михеева А.А., 1999) выявили специфику материнского отношения к часто болеющему ребенку. По их мнению, таким матерям свойственно «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение. Матери эмоционально отвергают ребенка (что часто ими не осознается), низко оценивают его возможности в сравнении со сверстниками, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, стремятся контролировать каждый его шаг. Наряду с инфантилизацией, авторитарной гиперпротекцией и, как следствие, психологической инвалидизацией ребенка нередко наблюдается внешне парадоксальное явление: с одной стороны, матери эмоционально не принимают больного ребенка, но в то же время они стремятся к симбиотическим отношениям с ним. Многим матерям свойственен гипертрофированный страх одиночества. Болезнь ребенка часто служит способом поддержания тесного симбиоза в диаде «мать – ребенок», что позволяет несколько снизить страх матери [44; 93].

Ряд авторов отмечают значимую роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности ребенка фиксированных форм семейного поведения (Сатир В., 1992; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2001; Залевский Г.В., 2007). Под фиксированными формами семейного поведения понимают формы поведения семейной системы, «упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменения». Семья – это система, которая постоянно пытается сохранить равновесие. Для стабилизации этого состояния семья должна быть способна адаптироваться к изменениям. Необходимость изменения отдельных членов семьи и семейной системы в целом обусловлена, прежде всего, индивидуальными процессами роста, развития,

созревания, что делает необходимым и постоянное развитие семейной системы как целого. Данные изменения происходят на индивидуальном уровне (мать, ребенок, отец), интерперсональном (диады, триады) и на уровне семьи в целом (семейная структура с ее правилами, иерархией, ценностями, поведенческими паттернами и пр.). Семья как система нередко демонстрирует фиксированные формы поведения, которые не способствуют продуктивным переменам и адаптации к ним, а напротив, нередко препятствуют развитию отдельных ее членов и семейной системы в целом. Например, с развитием и ростом ребенка мать не увеличивает необходимую дистанцию между ним и собою, не меняет восприятие ребенка, продолжает использовать «устаревшие» методы, средства воспитания, инфантилизируя его, что может привести к негативным последствиям в развитии личности последнего. Данное явление нередко наблюдается в семьях с психосоматическими детьми.

В целом, анализ литературы по данной проблеме позволил выявить основные причины, порождающие тревогу у ребенка: «привязывание» ребенка к себе, в том числе к своему настроению, чувствам, переживаниям; «эмоциональное заражение» ребенка беспокойством, тревогой; отсутствие у матери эмоционального контакта с ребенком или чрезмерная его интенсивность (гиперопека); отсутствие безусловного принятия ребенка; неверие в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, ответственным (инфантилизация); предъявление ребенку завышенных требований без учета его реальных возможностей; усвоение ребенком семейных паттернов тревоги, повышенная личностная тревожность и опасения матери в отношении ребенка; неравномерность отношения родителей в различные годы жизни ребенка; непоследовательность в воспитании; несогласованность между родителями в воспитании ребенка, предъявление к нему разных требований; аффективность - избыток родительского раздражения, недовольства или беспокойства, тревоги и страха; доминантность в отношениях с ребенком, категоричность;

гиперсоциальность – особенность воспитания, когда оно имеет слишком правильный, без учета индивидуальности ребенка характер, формальность в отношениях с ребенком; повышенная принципиальность, навязывание ребенку большого количества правил и условностей, иногда непосильных для него; неполная семья или семья с негармоничными взаимоотношениями (мать берет на себя роль отца в семье и т.д.) (Захаров А.И., Костина Л., Кузьмина М., Спиваковская А.С., Имедадзе Н.В., Божович Л.И., Прихожан А.М.);

Таким образом, анализ литературы по проблеме детской тревожности показал, что большинство причин детской тревожности связаны с нарушением материнско-детского эмоционального взаимодействия, как правило, вследствие повышенной личностной тревожности матери. В связи с этим решение проблемы детской тревожности является одной из актуальных задач психологии и ставит нас перед необходимостью как можно более ранней ее диагностики и коррекции. Своевременная диагностика и коррекция уровня тревожности детей помогает избежать возникновения психосоматических расстройств у детей.

В связи с этим решение проблемы возникновения и развития психосоматических расстройств у детей является одной из актуальных задач психологии и ставит нас перед необходимостью как можно более ранней диагностики психосоматически отягощенных детей, проявляющих высокую тревожность, с целью постановки задач и дальнейшей разработки психокоррекционных мероприятий, предотвращения развития психосоматических расстройств и обеспечения психологического благополучия детей. Существенную роль при этом может сыграть оптимизация отношений в системе «мать и дитя».

1.3. Возможности психологического консультирования матерей для решения проблемы психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста

В детском возрасте психосоматические соотношения чрезвычайно динамичны и изменчивы, а потому сложны для диагностики и лечения. Строго говоря, в детском возрасте нет таких заболеваний, в этиопатогенезе которых не участвовали бы психосоматические механизмы. Значение такого подхода усиливается тем, что чем менее зрел организм, тем более неспецифичны и диффузны его реакции.

Поэтому в процессе психологического консультирования матерей детей с психосоматическими расстройствами необходимо учитывать сложную структуру расстройств, специфичность развития, характер сочетания биологических и социальных факторов развития, степень выраженности изменений личности в связи с расстройством, особенности межличностного общения в семье и в социуме.

Теоретический анализ литературы показал, что в группе высокого риска по психосоматическим расстройствам находятся дети с повышенным уровнем тревожности, обусловленным наличием высокого уровня личностной тревожности у их матерей, наличием психологической выгоды у матери и ребенка, особой ситуацией развития таких детей, характером эмоционального взаимодействия с матерью, фиксированными формами семейного поведения, особенностями личности ребенка (заниженная самооценка, неуверенность в себе, замкнутость и др.).

В связи с вышеизложенным, для снижения вероятности возникновения психосоматического расстройства у ребенка важна, прежде всего, каузальная коррекция - снижение личностной и ситуативной тревожности матерей, а также оптимизация эмоционального взаимодействия в диаде «мать – дитя», и затем симптоматическая коррекция тревожности и психосоматических проявлений у детей.

При этом необходимо учитывать основные принципы терапии психосоматических расстройств (Д.Н. Исаев, 2000):

1. Индивидуализации (болезнь каждого больного уникальна).

2. Опосредованности (действие любого из средств терапии несвободно от аффектов опосредования, прежде всего, психического). Лечение может быть опосредовано установками ребенка, страхом перед лечением, установками родителей, врача, внешними характеристиками медикаментов и способами их введения.

3. Отношений (любая терапия – это не воздействие на болезнь или больного, а процесс взаимоотношений врача или психолога и больного). Применительно к детству – также отношений врача или психолога и семьи, причем мотивация отношений слишком часто неосознаваема.

4. Среды (среда – одушевленная и неодушевленная – включена в систему психотерапевтических отношений и является их существенным элементом).

5. Гуманизма (психотерапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности и ее развития).

6. Системности (комплексности): психотерапия, психокоррекция должна осуществляться с обязательным участием специалистов различного профиля (педиатра, психолога, психиатра, психотерапевта, невролога и, при необходимости, других узких специалистов).

7. Приоритетность психологического сопровождения над медикаментозным лечением (за исключением случаев критического состояния и обострения заболевания).

8. Преемственности (этапности) психотерапевтических мероприятий, производимых специалистами различного профиля.

При работе с психосоматическими детьми необходимо учитывать ряд особенностей. Дети – не упрощенная копия взрослых с ограниченными способностями, наивностью, внушаемостью и беспечностью. Конечно, у них не так тонко развита интеллектуальная сфера, но они крайне чувствительны к обстоятельствам жизни, разумность их переживаний соответствует развитию. Трудности детей, как правило, обусловлены не их внушаемостью, а неправильным пониманием происходящего с ними или вокруг них. От

ребенка невозможно скрыть враждебное или пренебрежительное отношение к нему членов семьи, спрятать от него истинное положение. Ребенок чаще всего правильно оценивает создавшуюся дома ситуацию. Если в беседе не удастся определить истинное положение ребенка в семье, его можно обнаружить с помощью психологических методик.

Особенность детей заключается также в том, что они находятся в полной зависимости от родителей, которые удовлетворяют все их потребности. Когда родители оказываются не способными удовлетворить появляющиеся с возрастом нужды, между ними и детьми возникает тревожное напряжение. При этом ребенок может связывать возникшие в семье трудности с собственными провинностями, отчего будет постоянно испытывать чувство вины и тревоги.

При психокоррекции детей с психосоматическими расстройствами желательно иметь в виду несколько положений:

1. Симптомы этих расстройств не подвластны сознанию ребенка, они не являются ни плодом симуляции, ни игрой капризного ребенка. Возникающая боль и нарушения функций реальны.

2. До начала коррекции необходимо объяснить родителям роль отрицательных эмоций в происхождении обнаруженных нарушений.

4. Как правило, дети нуждаются в психотерапии, которая должна проводиться одновременно с медикаментозным и другим лечением.

5. Семье и ребенку следует помогать жить нормальной жизнью и защищаться от психотравмирующих ситуаций.

6. Приходится учитывать возможность связи психосоматических расстройств родителей с болезнью ребенка.

Психокоррекция психосоматических расстройств у детей является сложной задачей в связи с комплексным патогенезом. Он определяется этиологией, характером симптомов, особенностями психики ребенка, эмоциональным состоянием родителей и общей ситуацией в семье. Таким

образом, консультативную и коррекционно-развивающую работу необходимо реализовывать по следующим направлениям:

- матери детей (групповая консультация);
- мать (индивидуальная консультация);
- ребенок (индивидуальная консультация);
- мать – ребенок (семейная консультация);
- дети (групповая);
- матери-дети (групповая семейная).

Такое сочетание направлений консультативной и коррекционно-развивающей работы позволяет, прежде всего, создать оптимальные условия (социальную ситуацию развития) для преодоления детьми психосоматического расстройства. Коррекционно-развивающая работа должна быть направлена, в первую очередь, на мать и затем на ребенка, чтобы тенденция системной семейной группы к сохранению собственного постоянства не подавила позитивных сдвигов в одном из ее компонентов (в ребенке).

В работе с экспериментальными диадами «мать-ребенок» мы опирались на следующие принципы коррекционно-развивающей работы:

1. Принцип учета возрастных и индивидуальных психологических особенностей ребенка и его соматического статуса. Принцип согласовывал требования соответствия хода психического и личностного развития ребенка нормативному развитию, с одной стороны, и признание факта уникальности и неповторимости конкретного пути развития каждой личности - с другой.

2. Единство диагностики и коррекции развития. Перед реализацией психокоррекционной работы была проведена диагностика, позволяющая конкретизировать «мишень» для коррекционно-развивающего воздействия в каждом конкретном случае. Кроме того, элементы психокоррекционной программы обладают и диагностической функцией, что позволяет отследить

динамику тех или иных психических состояний субъекта в процессе психокоррекционной работы.

3. Деятельностный принцип осуществления коррекции: психолого-педагогическая работа проводилась через организацию игрового вида деятельности (ведущий вид деятельности дошкольника).

4. Учет эмоциональной сложности материала. Материал психокоррекционной программы должен создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий с психосоматическими детьми, т. к. эти дети ограничены в эмоциональных контактах с окружающими, испытывают недостаток положительных эмоций в связи с частыми заболеваниями, тревожны. Необходимо стремиться к целесообразному распределению эмоциональной нагрузки во время проведения психокоррекционных занятий.

5. Учет психогигиенического направления в работе с больным ребенком, который предполагает дозирование нагрузки, чередование видов деятельности и проведение релаксационных пауз.

6. Учет гендерных особенностей развития личности, предполагающий организацию коррекционно-развивающих мероприятий с опорой на знания о биологических и социальных детерминантах развития мальчиков и девочек.

7. Взаимодействие с семьей как с системой, имеющей свою структуру и динамику, взаимовлияние элементов. Коррекционно-развивающая работа должна быть направлена не только на ребенка, но и на его мать, которой также необходимы изменения, чтобы тенденция системной семейной группы к сохранению собственного постоянства не подавила позитивных сдвигов в одном из ее компонентов (Варга А.Я.).

8. Принцип отношений, учитывающий осознаваемые и неосознаваемые цели, ожидания, мотивации всех участников коррекционно-развивающей работы (Каган В.Е., Исаев Д.Н.).

9. Принцип опосредованности, предполагающий учет собственных установок ребенка и установок его родителей (Каган В.Е., Исаев Д.Н.).

Теоретический анализ позволил выявить терапевтические мишени в работе с матерями психосоматических детей и направления психологической коррекции:

- информирование матерей о психологических особенностях детей с психосоматическими расстройствами старшего дошкольного возраста, о причинах возникновения повышенной тревожности у детей и необходимых условиях для ее преодоления, о причинах и механизмах возникновения психосоматических расстройств у детей;

- информирование о связи психологических причин с психосоматическими расстройствами, выявления вторичных выгод у детей и их матерей;

- формирование эффективного эмоционального взаимодействия между матерью и ребенком; преодоления фиксированных форм семейного поведения.

- обучение матери и ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;

- развитие навыков владения собой в тревожащих мать и ребенка ситуациях;

- развитие способности матерей и детей конструктивно выражать собственные эмоции;

Психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной — это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно, интегративно.

В основу тренинга для матерей были положены теоретические и практические разработки А. Эллиса [17; 132]. Разработанная им рационально-эмотивная терапия (РЭТ) широко используется в современной практической психологии, психотерапии и успешно зарекомендовала себя в работе с тревожными взрослыми (Эллис А., Драйден У., 2002).

Детско-родительские тренинги помогают оптимизировать родительское отношение к ребенку, осознать психологические выгоды от болезни и механизмы их формирования, что положительно сказывается на психосоматическом статусе ребенка.

Нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом. Так, например, мать с помощью болезни сына может удерживать отца ребенка в семье, бессознательно подкрепляя психологическую выгоду от болезни ребенка. В этом случае, например, боль в животе у ребенка может остановить на время конфликт между супругами и сфокусировать их внимание на болезни сына.

Легче поддаются психокоррекции и психотерапии те психосоматические расстройства, которые нашли положительное подкрепление со стороны родителей в процессе семейного воспитания, однако это возможно только при условии способности родителей к осознанию психологических выгод от болезни ребенка и механизма их формирования, гибкости семейной системы и личности каждого из членов семьи, а также высокой мотивации для изменения ситуации. При наличии же ригидности семейной системы и членов семьи, наличии у них фиксированных форм семейного поведения, невозможности осознать психологические выгоды от болезни ребенка в результате бессознательного сопротивления эффективность от психологического вмешательства будет низкой. В данном случае возможна каузальная психокоррекция, т.е. направленная на устранение причин психосоматических расстройств у ребенка. Так, например, осознавая, что своей гиперопекой мама формирует в ребенке инфантильность, что препятствует его адаптации в коллективе сверстников и провоцирует психосоматические реакции (психологическая выгода в этом случае проявляется в том, чтобы не ходить в детский сад, а оставаться с ней дома), она может изменить родительское отношение к ребенку, увеличив дистанцию между ними и постепенно приучая его к

самостоятельности и ответственности за себя, тем самым забирая психологические выгоды от болезни и предотвращая ее рецидивы.

В случае, когда психосоматические расстройства являются наследственными, психокоррекция и психотерапия могут иметь недостаточную эффективность. Так, например, высокая тревожность и мнительность у ребенка, провоцирующие психосоматику, унаследованные от родителя, могут быть устойчивы к психокоррекции. В этом случае можно говорить о возможности снижения (но не устранения) тех или иных личностных особенностей за счет саморегуляции, что имеет место быть не раньше школьного возраста и при условии высокого уровня развития воли. В остальных же случаях специалисты нередко используют медикаментозную терапию (антидепрессанты, транквилизаторы и др.), что является лишь симптоматической коррекцией. Каузальная психокоррекция и психотерапия не всегда возможны при наследственном характере психосоматической патологии, так как осознания причин своих психосоматических реакций, состояний, заболеваний не всегда достаточно для того, чтобы научиться их контролировать. Каузальная коррекция возможна в тех случаях, когда ребенок осознает причины своего внутриличностного конфликта и может его снизить или устранить за счет сублимации неудовлетворенных инстинктов (например, скопившуюся злость выплеснуть в спорте) или неудовлетворенную потребность в признании скомпенсировать за счет достижений в определенной сфере. Там же, где речь идет об индивидуально-типологических особенностях вроде экстра- и интраверсии, скорости процессов возбуждения и торможения в головном мозге, особенностей памяти и т.д., которыми нельзя управлять, каузальная коррекция оказывается бессильной. Можно лишь скомпенсировать характерологические особенности, которые оказались «слабым звеном» и предрасполагают к возникновению психосоматических расстройств путем создания необходимых условий жизни для ребенка. Так, если ребенок флегматик и торможение у него преобладает над

возбуждением, его нельзя торопить, требовать быстрых реакций и ответов, отвлекать во время выполнения одного задания, необходимо заранее предупреждать его о смене деятельности и не включать в соревнования с другими детьми, где есть задания на скорость. Создание подобных условий с учетом его флегматичного темперамента поможет ребенку адаптироваться к детскому саду или школе и быть успешным в обучении.

В основу коррекционной работы по снижению уровня тревожности психосоматических детей были положены теоретические и практические разработки психологов Е.К. Лютовой и Г.Б. Мониной (2004). Данные авторы предлагают коррекционную работу с тревожными детьми проводить в 3-х основных направлениях: во-первых, по повышению самооценки ребенка; во-вторых, по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения; и в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Использовались также теоретические и практические разработки в области работы с психосоматически больными детьми и их родителями Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко (2002).

Коррекционно-развивающая работа в процессе консультирования проводилась с использованием элементов игротерапии (подвижные игры, сюжетно-ролевые, игры-драматизации, разыгрывание реальных историй из жизни ребенка), арттерапии (рисование, пескотерапия, сказкатерапия, библиотерапия, музыкотерапия), рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, метафорических ассоциативных карт (тренинг для матерей).

В отечественной современной психологии одним из средств коррекции детских страхов является игра. В психокоррекционных целях игру использовали многие психологи, психотерапевты: А.С. Спиваковская, Л.М. Костина, А.И.Захаров, Г.Л. Лендрет и др. [36; 51; 68; 69; 71; 73; 76; 80; 91; 109; 123; 126; 127]. В работах А.М. Вейна, А.И. Захарова, О.А. Колосова, А.Д. Соловьева отмечается возможность восстановления активности правого

полушария, способствующего общему оживлению эмоциональной активности, путем игротерапии.

Игра, по мнению Д.Б. Эльконина, являясь ведущим видом деятельности дошкольника, предоставляет ему возможность эмоционального и моторного самовыражения, т.е. удовлетворяет его жизненно важные потребности в движении, активности и общении со сверстниками.

Согласно психоаналитической теории (Фрейд З.), в игре ребенка жизненные обстоятельства переживаются в условном, а значит, в ослабленном виде, и, кроме того, происходит их эмоциональное отреагирование (катарсис), а также проекция чувств, личностных особенностей и отношения ребенка к миру [36; 37]. Пользуясь игровыми персонажами или иными предметами, дети переносят в игру (на объекты игры) свои чувства и представления, что создает у них ощущение безопасности.

Подвижные игры, используемые в психокоррекционной работе, направлены, прежде всего, на обеспечение эмоциональной разрядки, снятие накопившегося напряжения, уменьшение торможения и страха при внезапном воздействии, уменьшение скованности в неожиданных новых ситуациях. Следует также учитывать роль двигательной экспрессии во время игры, позволяющей снять некоторые мышечные зажимы, характерные для тревожных детей.

Реальные истории, используемые в коррекционной работе с детьми, для игры всегда актуальны, так как затрагивают жизненные стороны отношений детей. Когда в процессе психокоррекционных занятий ребенок оказывается в стрессогенных ситуациях (травмирующий жизненный опыт, фобии), то воссоздание травмирующего события позволяет ему освободиться от страха и напряжения, вызванных этим событием (метод освобождающей игровой терапии Леви Д.). Цель игр, основанных на реальных историях, – отреагирование стрессовых, травмирующих ситуаций предшествующей жизни детей (например, укус собаки). Прежние эмоции страха переживаются

уже в условном виде, причем прежние реакции страха могут замещаться на положительные эмоции, т.к. ситуация доводится до абсурда, гротеска, появляются эмоциональность оживления и неподдельный интерес к происходящим событиям. Здесь имеет место десенсибилизация (снижение актуальности) травмирующего опыта.

В коррекционной работе используется также проективное рисование страхов. Стремление рисовать присуще детям старшего дошкольного возраста. Оно свидетельствует о развитии образного мышления и потребности выразить себя. Дети, любящие рисовать, легко могут представить себя на месте того или иного персонажа рисунка и выразить свое отношение к нему. Последнее как раз позволяет использовать рисование в психокоррекционных целях. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и почти безболезненно соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными и травмирующими образами. Рисование выступает как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, моделирование взаимоотношений. Рисование страхов (тревожащих событий) основано на проекции (Маховер К., Захаров А.И. и др.). Оперируя материалами изобразительной деятельности, ребенок отображает на листе бумаги особенности своего внутреннего мира, при этом ослабляются механизмы психологической защиты. При рисовании страхов происходит их перенос из бессознательного в сферу сознания, обличение в конкретную форму, а также отреагирование эмоций (катарсис), связанных с этими страхами. В первую очередь посредством рисования удастся устранить страхи, порожденные воображением, т.е. то, что никогда не происходило, но может произойти в представлении ребенка. Затем, по степени успешности устранения с помощью рисования, идут страхи, основанные на реально травмирующих событиях, но произошедших давно и оставивших не очень выраженный к настоящему времени эмоциональный след в памяти ребенка.

Недостаточный эффект от рисования страхов наблюдается, когда то

или иное пугающее событие (например, застревание в лифте, избиение и др.) имело место недавно [36]. Тогда наиболее целесообразно в игре эмоционально отреагировать психологическую травму с целью изменения отношения к ней.

Психологическое сопровождение детей с психосоматическими расстройствами определяется не только необходимостью разрешения трудных жизненных обстоятельств, лежащих в основе развившегося заболевания, но и этапами психического развития ребенка. Оно строится на применении взаимодополняющих психотерапевтических методов.

В возрасте «застенчивости» (4-7 лет) ребенка с психосоматическим расстройством включают в семейную и индивидуальную, ориентированную на разъяснение терапию, в групповую психотерапию. По мнению А.И. Захарова (1979), задача последней — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их успешного изображения и преодоления в игре.

В этом возрасте наряду с семейной и индивидуальной психотерапией рекомендуется использовать поведенческую психотерапию: контактную десенсибилизацию, эмотивное воображение, парадоксальную интенцию, тренинг самоутверждения. Групповую психотерапию полезно сочетать с семейной.

Внушение в гипнотическом или бодрствующем состоянии используется для отвлечения от болезненных переживаний, утверждения положительного эмоционального отношения к психологу, для приведения в состояние отдыха и т. д. Однако суггестия детей осложняется тем, что при высокой внушаемости в дошкольном возрасте их гипнабельность значительно хуже, чем у взрослых. Добиться глубокого гипнотического состояния не удастся, в то же время ребенок может заснуть обычным физиологическим сном. При работе с детьми до 7 лет гипнотизация — понятие условное. Чаще речь идет о поверхностной релаксации, облегчающей внушение, либо о внушении в поверхностном естественном

сне. Может быть более эффективным «материнский гипноз», когда предварительно обученная мать сама, как правило, перед ночным сном, проводит процедуру релаксации и внушения. Ограничением может быть негативная установка по отношению к гипнозу, страх («не проснусь») или предрассудки («лишает воли»). В таких случаях может помочь разъяснение. Частичным ограничением следует считать и сверхустановку семьи на гипноз: за этим часто кроется неосознаваемое стремление родителей снять с себя ответственность за состояние ребенка и целиком переложить ее на психолога. Многие врачи, работающие с детьми, рассматривают гипнотическое состояние как условие для внушения и поэтому предпочитают обращаться к непосредственному или косвенному внушению наяву.

Большие возможности открывают отдельные приемы и система творческого самовыражения [Бурно М. Е., 1989]. Привлекательность этого метода состоит в обращении к целостной личности, а не к какой-то отдельной ее стороне, углублении чувства аутоидентичности и рефлексивно-эмпатических способностей, активной вовлеченности пациента в процесс психотерапии.

Средства могут быть различными: рисование, лепка, танец, техническое, поэтическое и прозаическое творчество, групповые обсуждения, переписка. Выбор средств зависит от возраста детей. Важно создать простор для реализации индивидуальных склонностей и способностей, придать этим обыденным занятиям психотерапевтическое содержание.

Когда в основе психосоматических расстройств лежат подавленные или вытесненные переживания, продуктивно обращение к психоанализу, как приложению общеметодического подхода к пониманию и интерпретации расстройства в целом и его отдельных проявлений, использование элементов психоаналитической техники [Фрейд А., 1927]. Их можно применять в комплексе с релаксацией в индивидуальной и групповой работе [Sapir M., 1986]. Для психоаналитически ориентированных методик характерно не

только обращение к бессознательному и влечениям вообще, но и разграничение «соматического» и «телесного» (чувство телесной идентичности, индивидуальное восприятие своего тела, выражение эмоций и переживаний на «языке тела» и т. д.).

Рациональная (разъясняющая) психотерапия - логическое воздействие на психику ребенка с целью изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой терапии: выработка вместе с ребенком жизненных установок, соответствующих ситуации с использованием логического убеждения и лечебного перевоспитания. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение ребенка к своему состоянию. Для этого нужно уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания.

Лучшему пониманию и реагированию способствуют заранее подготовленные детьми рассказы на житейские или фантастические темы. Применяется разыгрывание в лицах ситуаций, придуманных ребенком. Детям предлагают незаконченные истории, завершение которых предполагает разрешение конфликтных обстоятельств согласно личному опыту, что облегчает понимание собственных трудностей. Разрешению этих проблем и лучшему приспособлению способствует проигрывание завершающей части историй. Индивидуальная терапия детей должна проводиться одновременно с терапией родителей [Захаров А. И., 1982].

Посредством аутогенной тренировки, самовнушения достигается расслабление поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, что позволяет воздействовать на внутренние органы. Лечебный эффект связан как с релаксацией, так и с целенаправленным самовнушением. При аутогенной тренировке воздействие направлено на вегетативную нервную систему, что может привести к изменению температуры тела, потоотделения, ритма сердца, дыхания. Этот вид психотерапии оказывает успокаивающее действие на эмоциональную сферу. Тренировочная психотерапия требует от больного

более активного отношения к своему лечению, поэтому результаты от ее применения лучше, чем только от внушения. Аутогенная тренировка может использоваться при лечении детей и подростков, для чего были разработаны ее модификации, приспособленные к детскому возрасту. Возможность применения этого вида психотерапии определяется не возрастом пациента, а его интеллектом, волевыми способностями и эмоциональным отношением к болезни. Несмотря на возрастные ограничения, мышечную релаксацию пытаются использовать даже в 3-4-летнем возрасте (Буянов М. И., 1990).

Предполагали, что у неуверенных в себе детей заторможенность возникает в процессе научения, когда их наказывают за нежелательное неадаптивное поведение. Быть уверенным в себе означает уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. У больных с психосоматическими расстройствами часто неуверенность является переживанием, составляющим часть механизма, лежащего в основе заболевания. В связи с этим тренинг самоутверждения может оказаться одним из эффективных лечебных средств.

Поведенческая (бихевиориальная) терапия предназначена для исправления болезненных форм поведения. Ее теоретической основой является учение об условно-рефлекторной деятельности, то есть об обучении. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения (энурез и др.). С этой целью из поведения вычлениют те элементы, которые будут поощрять или подвергать наказанию, выбирают оптимальную программу и организуют обстановку, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Этому также способствует изучение поведения больных детей.

Подкреплением лечения может быть проявление заинтересованности взрослого, поощрения, похвалы, материальные формы вознаграждения или оценка, например, в форме жетонов или баллов. «Плохое» поведение может сопровождаться отсутствием подкрепления, игнорированием того, что делает

ребенок, созданием для него неприятной ситуации. В последнем случае ребенка можно оставить в одиночестве (методика «выключения времени»).

При применении наказания следует учитывать его отрицательные стороны:

- может оказаться подкреплением отрицательного поведения;
- может разрушить поведение, вызывая панику или обиду ребенка;
- может сыграть роль дурного примера;
- может оказать неблагоприятное воздействие на того, кто его

применяет.

Замечания и неодобрение необходимы, хотя наказания нужно применять очень умеренно, и только в редких случаях они могут составлять основу курса лечения (Раттер М., 1984).

Арттерапия – терапия изобразительным творчеством, которую используют в качестве средства общения при совместном рисовании, для расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности в процессе лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование (Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982).

Изобразительная деятельность детей позволяет им без слов выразить свои мысли. Способность к разрядке эмоционального напряжения у детей с психосоматическими расстройствами затруднена. Использование продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, создания масок, выпиливания) облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения. Рисунок семьи, выполненный ребенком, характеризует его положение в семье и выявляет конфликтные взаимоотношения между родителями, между родителями и ребенком. Свободно избранный сюжет позволяет ребенку обратить внимание на трудности, возникающие в детском коллективе и показать его переживания (страхи, опасения).

Терапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4—11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психотерапии изменений.

Библиотерапия (сказкатерапия) - это использование специально отобранного для чтения материала с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения. Этот метод может быть только фактором, отвлекающим ребенка от мыслей о болезни, помогающим переносить физические страдания. Библиотерапию можно использовать как часть терапии при психосоматическом расстройстве. Книги подбирают в соответствии с определенными принципами. В одних случаях – это книги, соответствующие заболеванию ребенка. В других – их выбор обусловлен ожидаемым или возможным психотерапевтическим эффектом (седативным, стимулирующим и т. п.). В третьих – книги с сюжетом, соответствующим психотравмирующим обстоятельствам, «приведшим» к психосоматическому расстройству. Книги, предлагаемые ребенку, должны быть доступны по степени сложности изложения материала; герой произведения должен быть адекватен представлениям ребенка; содержание должно соответствовать характеру психотравмирующей ситуации. Библиотерапия проводится в индивидуальной форме или группе. Этот метод, как и любое руководство чтением — лечебно-педагогический процесс, что важно при курации детей, особенно нуждающихся в воспитательных мерах во время заболевания.

Музыкотерапия - метод, в котором музыку используют в качестве средства воздействия на психику и через нее на организм ребенка. При помощи этого метода происходит эмоциональная стимуляция в процессе вербальной психотерапии; развиваются навыки межличностного общения; оптимизируются психовегетативные процессы; повышается уровень эстетических потребностей. Музыка способствует эмоциональной разрядке, регулированию настроения, облегчению осознания собственных переживаний, противостоянию жизненным проблемам, повышению социальной активности, облегчению формирования новых отношений и

установок. Музыкальная терапия может быть активной и рецептивной. В первом случае - это направленная активная музыкальная деятельность. Во втором случае больной с лечебной целью прослушивает рекомендованные музыкальные произведения. Музыкотерапию часто используют при групповой психотерапии. Ее достаточно широко применяют при лечении разных видов патологии у детей (Шевченко Ю.С, 1995).

Игровая терапия основана на том, что игра может моделировать деятельность, воспроизводящую (по аналогии с реальностью) придуманную, воображаемую, желанную действительность. Игра дает ребенку возможность пережить удачу, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные способности (Вольперт И. Е., 1979). Игры у детей — важный материал для раскрытия эмоциональных отношений и душевных конфликтов. Используют спонтанную (неуправляемую) и направленную игру. Первая уменьшает эмоциональное напряжение, создает интерес к лечению. Ее терапевтическая ценность заключается в возможности эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования конфликтов и страхов. Вторая тренирует психические процессы, улучшает выносливость к неприятным переживаниям, формирует наиболее эффективное приспособительное поведение, стимулирует активность, перестраивает отношения больных с окружающими, обучает адаптивным навыкам, благоприятствует развитию познавательных, эмоциональных, сенсорных и моторных функций. Направленную игру проводят по плану, но не вводят строгих ограничений ролевого поведения, допуская импровизации. Игры с более жесткими правилами полезны для диагностики.

Психолог руководит игровой активностью и учитывает переживания больного в качестве условий игры. Ребенок и психолог разделяют ответственность за принятие решений. Психолог моделирует стрессовые ситуации, которые ребенок должен преодолевать по собственному разумению. Если это не удастся, психолог помогает ему, демонстрируя поведение своего персонажа. Игровая терапия наиболее эффективна у детей

дошкольного возраста. Для игровой терапии можно использовать песочницу (пескотерапия), компьютер с соответствующими программами.

Семью всегда включают в систему терапии. Здоровье семьи как социального организма и здоровье ее взрослых членов оказывает саногенное влияние на ребенка. Семейная психотерапия направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье (Мягер В. К., Мишина Т. И., 1979). При проведении психотерапии выявляют и исправляют нарушения в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, межличностное общение в семье, семейная интеграция и система ролей. Устанавливают наличие или отсутствие связи между семейным и личностным нарушением.

Семейными «вредностями» могут быть:

- длительное эмоциональное напряжение вследствие психотравматизации и нарушения жизнедеятельности семьи;

- нарушение семейных представлений о целях семьи и потребностях ее членов;

- нарушение семейного общения, обычно связанное с неудовлетворенностью

одного из членов семьи и невозможностью назвать ее причину;

- нарушение семейных механизмов взаимодействия с возникновением взаимного побуждения, принуждения и отчуждения;

- структурно-ролевые нарушения в семье, приводящие к возникновению ролей «козла отпущения», «неисправимого», «спасителя гибнущего» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999).

В детском возрасте 87—90% психотравмирующих ситуаций связаны с семейными конфликтами [Пивоварова Г.Н., 1962]. Родительская семья играет роль в формировании таких расстройств, как конверсия, и особенностей личности (тип акцентуации характера, инфантильность, алекситимия). Родительская семья может способствовать понижению выносливости к стрессу, обострению чувствительности к «утратам значимого объекта» и

наклонности к соматизации. Психологические факторы, участвующие в генезе психосоматических расстройств, чаще всего возникают под влиянием семьи.

Предполагают, что существуют семьи, имеющие ряд аномальных взаимодействий, способствующих возникновению психосоматических расстройств.

Терапия неправильно сложившихся семейных отношений складывается из этапа семейной диагностики (этапа обсуждений), во время которого с родителями согласовывают план коррекции супружеских и родительских отношений, и этапа совместной терапии ребенка и родителей.

Направление воздействия определяется содержанием семейного конфликта. Раздельное обсуждение его с каждым членом семьи дополняют совместной игровой терапией, которая проводится без сценария и является импровизацией на темы, предложенные детям родителями и психологом. При лечении дошкольников используют кукол-марионеток. Каждый член семьи играет различные семейные роли, особенно эффективна смена ролей родителями и детьми. Помогает создание психологом модели отношений с больным ребенком. Совместная деятельность в процессе лечения фактически становится обучающим экспериментом.

Поскольку патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и изменчив, то в терапии применяется психосоматическое направление, не являющееся самостоятельной медицинской дисциплиной. Это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно, интегративно.

Выводы по Главе 1

1. Под психосоматическими расстройствами мы понимаем расстройства функций органов и систем, обусловленных психическими, в частности, аффективными, нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально неполноценных или поврежденных висцеральных системах (система выделения, система пищеварения, эндокринная система и др.)

2. Анализ современных подходов в психологической литературе по проблеме психосоматических расстройств в детском возрасте показал, что, несмотря на многообразие направлений на сегодняшний день актуальным является интегративный подход. В интегративных моделях подчеркивается многофакторность этиологии и патогенеза любого заболевания, необходимость рассмотрения его с системных позиций.

3. В последние годы в детскую клиническую практику все шире внедряется классификация психосоматических расстройств, разработанная Ю.Ф. Антроповым с соавт. (1999, 2002) и базирующаяся как на анатомо-физиологическом (локализационном), так и на патогенетическом принципах. Проявления психосоматических расстройств у детей можно обозначить как: преневротические, вегетодистонические, соматические и психические. По качественным и количественным особенностям патологических проявлений в динамике развития психосоматических расстройств различают психосоматические реакции, состояния и психосоматические заболевания.

4. Тревога является одной из причин психосоматических заболеваний. Психосоматические дети особенно чаще переживают тревогу, что поддерживает их заболевание. Существует такой защитный механизм, как соматизация тревоги, когда тревога переходит в соматический симптом, который проходит с ее исчезновением.

5. Подавляющее большинство исследователей (Прихожан А.М.,

1996; Лукасик А.В., 2000; Астапов В.М., 2004; Н.В.Козловская, Дубовик Е.Ю., 2005; Менделевич О.В., 2007, Дусказиева Ж.Г., 2009 и др.) указывают на роль семьи в генезе и закреплении детской тревожности. В качестве центральной, «базовой» причины тревожности детей выделяют неэффективное родительское отношение, прежде всего, в диаде «мать – ребенок».

6. В ходе теоретического анализа факторов риска возникновения психосоматических расстройств мы выявили, что у детей старшего дошкольного возраста, наиболее информативными факторами, детерминирующим данные расстройства, являются повышенная тревожность и материнско-детские отношения. Помимо этого, риск возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста обусловлен наличием психологических выгод, как у матери, так и у ребенка, подкрепляемых матерью. Анализ факторов риска возникновения психосоматических расстройств у детей позволяет отметить их высокую частоту при значительном преобладании биологических факторов. Важно подчеркнуть, что без наличия причины, только предрасполагающие к этому условия (биологические факторы) не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. Их необходимо учитывать при разработке патогенетической терапии, направленной на то, чтобы разорвать цепные реакции, являющиеся основанием для клинического выражения болезни.

7. Семья ребенка с психосоматическим расстройством имеет особую структуру, в которой тесная симбиотическая связь с матерью сочетается с психологической отстраненностью от семьи отца. «Отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение матери к психосоматическому ребенку подкрепляет его заболевание, формируя «механизм замкнутого круга». В результате у ребенка формируются такие личностные особенности, которые препятствуют

его адаптации к реальной действительности: «психологическая выгода от заболевания», высокая тревожность, чрезмерная зависимость и др.

8. Анализ литературы по проблеме детской тревожности показал, что большинство причин детской тревожности связаны с нарушением материнско-детского эмоционального взаимодействия, как правило, вследствие повышенной личностной тревожности матери. В связи с этим решение проблемы детской тревожности является одной из актуальных задач психологии и ставит нас перед необходимостью как можно более ранней ее диагностики и коррекции. Своевременная диагностика и коррекция уровня тревожности детей помогает избежать возникновения психосоматических расстройств у детей.

9. Таким образом, решение проблемы развития психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста является одной из актуальных задач психологии и ставит нас перед необходимостью как можно более ранней диагностики психосоматически отягощенных детей, проявляющих эмоциональную подавленность, тревожность с целью постановки задач и дальнейшей разработки психоконсультативных мероприятий. Существенную роль при этом может сыграть оптимизация отношений в диаде «мать и дитя», снижение детской тревожности, а также лишение ребенка и матери психологических выгод от болезни.

Глава 2. Экспериментальное исследование по применению приемов в процессе консультирования матерей как средства психологической помощи для снижения вероятности возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста

2.1. Методическая организация исследования

Теоретико-методологическим основанием исследования явились следующие подходы и теоретические представления:

1. Положение Л.С. Выготского (1983) о социальной ситуации развития как важнейшем условии становления личности ребенка. Под социальной ситуацией развития понимается единственное и неповторимое, специфическое для данного возраста отношение между человеком и средой - для ребенка дошкольного возраста, прежде всего с семьей. Нарушение соматического статуса ребенка влечет за собой фрустрацию познавательной, социальной и двигательной активности, в том числе и игры - ведущего вида деятельности в дошкольном возрасте. Кроме того, родительское отношение к психосоматическим детям особенное: нередко родители сами подкрепляют заболевание ребенка, создавая условия, в которых тот получает «психологические выгоды» от своей болезни. В результате создается особая социальная ситуация развития, существенно влияющая как на течение болезни, так и на повышение уровня тревожности ребенка старшего дошкольного возраста.

2. Психосоматический подход, подчеркивающий взаимозависимость и взаимообусловленность всех составляющих индивидуальности в условиях болезни человека (Бассин Ф.В., 1971; Березин Ф.Б., 1988; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Залевский Г.В., 2005). Болезнь нередко развивается и закрепляется в результате особого механизма взаимоотношений между психикой и телом – это так называемый механизм замкнутого круга: нарушения, возникающие первоначально, например, в соматической сфере,

вызывают изменения в психике, последние же, в свою очередь, становятся причиной дальнейших соматических нарушений. Например, перестройка отношения родителя к ребенку (больше внимания, меньше требований, сиюминутное удовлетворение потребностей) в ситуации болезни последнего может вызвать изменения в психической сфере ребенка (его восприятие болезни, эмоциональное состояние, мотивацию на выздоровление и пр.), что, в свою очередь, отразится на течении заболевания. Так, по замкнутому кругу, и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания.

3. Принцип системной детерминации, согласно которому любое негативное явление (в т.ч. болезнь ребенка) рассматривается не изолированно, а в системе, учитывая детерминанты, вызывающие, усиливающие или преодолевающие его (Роговин М.С., 1969; Ломов Б.Ф., 1984; Богданов А.А., 1998; Ключко В.Е., 1999). Семья – это система, в которой имеет место взаимосвязь и взаимообусловленность ее элементов (членов семьи). Болезнь ребенка существует не изолированно (только с ним), а находится под влиянием других элементов системы (родителей, сиблингов и пр.). Семьи с часто болеющими детьми являются «психосоматическими семьями», так как болезнь ребенка, как правило, поддерживается за счет «психологических выгод» как для самого ребенка, так и для родителей. Тревожность ребенка также формируется под влиянием других элементов системы (родителей) путем научения тревожному типу реагирования.

Бихевиористы связывают сопротивление семьи (как закрытой системы) изменению ставших уже неадекватными способов поведения с тем, что у отдельных ее членов (возможно, и у всех) есть косвенное и не всегда заметное мотивационное подкрепление этих способов. Вероятно, что в семьях с часто болеющими детьми и ребенок, и родитель получают косвенное подкрепление действующему деструктивному поведению (закрепляя те или иные его формы). Например, ребенок, однажды заболев, получил положительное подкрепление в виде возможности не посещать

детский сад – соответственно, не соблюдать «неприятный режим дня», дольше поспать, повышенного внимания матери и т.д. Болезнь ребенка может «примирить» родителей после ссоры, тем самым результат «примирения» с супругом, являясь положительным подкреплением, может впоследствии «провоцировать» болезнь ребенка снова и снова [33; 34].

В системе существуют «диады» (мать – ребенок, отец – ребенок, мать – отец и др.) и «триады» (мать – отец – сын и др.), которые являются подсистемами, также взаимозависимыми, взаимовлияющими. В нашем исследовании выявляется взаимосвязь тревожности ребенка и родительского отношения к нему в диаде «мать – ребенок».

Коррекционно-развивающая работа также опирается на принцип системной детерминации, распространяясь не только на ребенка, но и на окружающих его взрослых, гармонизируя взаимодействие между элементами одной системы.

4. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с развитием тревожности у психосоматических детей старшего дошкольного возраста. (Спиваковская А.С., 1999; Варга А.И., 2001; Залевский Г.В., 2007). Фиксированные формы семейного поведения – это акты групповой системы (семьи), упорно повторяющиеся и / или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения / изменения, тем самым негативно влияющие на элементы данной системы – членов семьи (Залевский Г.В., 2007).

Фиксированные формы семейного поведения играют значимую роль в формировании негативных тенденций в эмоциональном развитии ребенка, в том числе тревожности. Фиксированная цель родителей (когда не учитываются желания и реальные возможности ребенка, как при авторитарной гиперсоциализации) и фиксированные средства (когда родитель продолжает использовать прежние средства воспитания ребенка при их очевидной неэффективности, как при гиперпротекции) приводят к формированию высокой тревожности у ребенка.

Семья – это система, которая постоянно пытается сохранить равновесие. Для стабилизации этого состояния семья должна быть способна адаптироваться к изменениям. Необходимость изменения отдельных членов семьи и семейной системы в целом обусловлена, прежде всего, индивидуальными процессами роста, развития, созревания, что делает необходимым и постоянное развитие семейной системы как целого. Данные изменения происходят на индивидуальном уровне (мать, ребенок, отец), интерперсональном (диады, триады) и на уровне семьи в целом (семейная структура с ее правилами, иерархией, ценностями, поведенческими паттернами и пр.). Семья как система нередко демонстрирует фиксированные формы поведения, которые не способствуют продуктивным переменам и адаптации к ним, а, напротив, нередко препятствуют развитию отдельных ее членов и семейной системы. Например, с развитием и ростом ребенка мать не увеличивает необходимую дистанцию между ним и собою, не меняет восприятие ребенка, продолжает использовать «устаревшие» методы, средства воспитания, инфантилизируя его, что может привести к негативным последствиям в развитии личности последнего. Данное явление нередко наблюдается в семьях с часто болеющими детьми, так как психологически инфантильный ребенок, оказываясь в определенных обстоятельствах (требующих самостоятельного решения, ответственности) без матери, испытывает сильнейшую тревогу, срабатывают защитные механизмы психики – бегство в болезнь, соматизация тревоги, которые дают возможность снова «держаться» маму на коротком расстоянии.

На основе теоретического анализа выявлено, что повышенный риск возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста обусловлен наличием повышенной личностной и ситуативной тревожности у их матерей; наличием психологических выгод, как у матери, так и у ребенка, подкрепляемых матерью; особой ситуацией развития таких детей; фиксированными формами семейного поведения, в связи с чем возникает нарушенное эмоциональное взаимодействие в диаде

мать и дитя, особенностями личности ребенка.

Исследование проводилось на базе детского сада «Журавушка» МАОУ «КУГ№1 Универс», частного детского сада «Карусель». Выборка составила 30 детей и 30 их матерей.

Анализ социально-демографических характеристик матерей показал, что возраст матерей варьируется от 33 лет до 50. У 17 матерей есть еще ребенок. 7 матерей являются домохозяйками, 3 самозанятые, среди остальных наиболее часто встречаются профессии юриста, бухгалтера, врача и госслужащей. Все проживают отдельно. Материальное положение преимущественно выше среднего. Образование у всех матерей высшее. Следует отметить, что в проведенном нами исследовании приняло участие большинство детей из полных семей (87%).

Для оценки состояния здоровья детей были использованы результаты медицинского обследования детей педиатром и узкими специалистами, углубленные интервью с матерями. Были применены также основные и дополнительные критерии для выявления психосоматических расстройств. Статистическая обработка данных осуществлялась методами математической статистики.

Пять детей основной группы имели психосоматические расстройства: со стороны ЖКТ (энтероколит неясного генеза) – 1 ребенок и психогенный запор – 1 ребенок, со стороны кожи (аллергические высыпания в виде зуда) – 1 ребенок, со стороны мочеполовой системы (нейрогенный мочевой пузырь) – 1 ребенок и со стороны дыхательной системы (рецидивирующий бронхит) – 1 ребенок. Контрольную группу составили 25 матерей здоровых детей .

Таким образом, экспериментальную группу составили 3 мальчика и 2 девочки с психосоматическими расстройствами и их мамы. Все дети на момент обследования находились в стадии ремиссии.

Для изучения взаимосвязи эмоциональной стороны отношений в диаде мать и дитя, выявления уровня тревожности у детей и их матерей, влияния

материнской тревожности на тревожность ребенка старшего дошкольного возраста использовались следующие методы и методики:

- 1) опросник для сбора анамнеза у матери (Приложение А);
- 2) медицинские карты детей;
- 3) проективная методика «Выбери нужное лицо» (Тэмпл Р., Амен В., Дорки М.) – позволяет определить тревожность по отношению к ряду типичных для ребенка (3–7 лет) жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми [88];
- 4) опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой;
- 5) анкета на выявление психологического типа родителя В.В. Ткачевой;
- 6) методика Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности, адаптированная Ю.Л. Ханиным;
- 7) кинетический рисунок семьи (КРС) предоставляет информацию о субъективной семейной ситуации исследуемого ребенка (Приложение Е)
- 8) методы математической обработки и корреляционного анализа: подсчет коэффициента корреляции r_s - Спирмена (позволяет выявить корреляционные связи), подсчет t-критерия Стьюдента. [112].

Вышеперечисленные диагностические методики соответствуют целям и задачам исследования, являются валидными, ориентированы на возрастную группу детей старшего дошкольного возраста, а представленные анкеты доступны для понимания матерей.

Нами были определены критерии и уровни тревожности матерей (Таблица 1), а также критерии и уровни психосоматических проявлений (Таблица 2).

Таблица 1. – Критерии и уровни тревожности матерей

Критерий	Уровни тревожности		
	Высокий	Средний	Низкий
ситуативная	Эмоциональная реакция высокой интенсивности и динамичности на любую ситуацию оценки компетентности	Эмоциональная реакция на определенные субъективно сложные ситуации средней интенсивности и динамичности	Эмоциональная стабильность в ситуациях оценки компетентности
личностная	Носит генерализованный характер, характерна для невротического расстройства	Проявляется в ситуациях, воспринимаемых индивидуумом как критические	Эмоциональная стабильность
тревожность в отношении ребенка	В любых ситуациях взаимодействия	В определенных ситуациях взаимодействия	Сохраняет самообладание

Таблица 2. – Диагностика ребенка

Критерий	Диагностическая методика (ребенок)
Самочувствие	Медицинские карты детей
Тревожность ребенка	проективная методика «Выбери нужное лицо» (Тэмпл Р., Амен В., Дорки М.)
Восприятие ребенком семейной ситуации	Кинетический рисунок семьи Р.Бернса, С.Кауфмана. Выделено пять симптомокомплексов: 1.Благоприятная семейная ситуация 2.Тревожность 3.Конфликтность в семье 4.Чувство неполноценности 5.Враждебность в семейной ситуации

Таблица 3. – Критерии и уровни психосоматических проявлений у ребенка

Критерий	Уровни психосоматических проявлений		
	Заболевания	Расстройство	Реакции

Характер заболеваний	выраженные и стойкие висцеральные проявления со стороны пораженного органа или системы; подтвержденная клиническими исследованиями их органическая измененность;	характеризуется большей, по сравнению с реакциями, частотой и выраженностью вегетососудистых проявлений; вовлечением в процесс одной или нескольких (две–три) систем; наличием некоторой параклинической объективизации вегетососудистых нарушений, не соответствующей степени выраженности клинических проявлений; частичным нарушением функций «пораженных» органов и даже незначительными органическими изменениями в них; возможностью лишь терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.	Характеризуются эпизодичностью; незначительной степенью выраженности вегетососудистых проявлений; вовлечением в процесс одного органа или системы, без признаков их органического поражения; отсутствием изменений со стороны пораженных органов или систем при параклинических исследованиях; возможностью спонтанной и тем более полной терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.
Частота	продолжительность течения (годы) – частые (сезонные) обострения или декомпенсации – терапевтически достигнутые состояния компенсации или улучшения.	продолжительное время существования (дни и даже месяцы);	кратковременность (от нескольких минут до нескольких часов с критическим возникновением и возвращением к норме);
Самочувствие	Соматические, поведенческие, вегетативные, психологические проявления	Поведенческие, вегетативные, психологические проявления	Вегетативные краткосрочные проявления

Таблица 4. Диагностика тревожности мам

Критерий	Диагностическая методика (мама)
Ситуативная тревожность	Диагностика ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л.Ханина 20 высказываний на определение состояния в данный момент
Личностная тревожность	Диагностика личностной тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л.Ханина 20 высказываний на определение того, как вы обычно себя чувствуете
Тревожность в отношении ребенка	Опросник эмоциональных отношений в семье (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери и ребенка дошкольного возраста, объединенных в три блока: 1. Блок чувствительности 2. Блок эмоционального принятия 3. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия Опросник психологического типа родителя В.В. Ткачевой: 1. Психосоматический 2. Невротичный 3. Авторитарный

С целью выявления уровня тревожности у психосоматических и здоровых детей, изучения корреляции между тревожностью матерей и их детей, определения факторов эмоционального взаимодействия в диаде мать и дитя, влияющих на вероятность возникновения ПСР, сбора анамнеза, изучения индивидуальных особенностей каждого случая психосоматического расстройства был проведён констатирующий эксперимент.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

На первом этапе исследования был выявлен уровень тревожности у детей с психосоматическими расстройствами и у их здоровых сверстников. Полученные результаты показали, что уровень тревожности у детей с психосоматическими расстройствами старшего дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников. Причем результаты имеют достоверные различия (статистическая значимость t-критерия Стьюдента $p=0,000219$ (при $p<0,001$)).

Данные результаты можно объяснить тем, что психосоматические дети находятся в особой социальной ситуации развития (Николаева В.В., 1987;

Исаев Д.Н., 2000; Арина Г.А., 2003). Их познавательная и двигательная активность, а также социальные контакты ограничены. Как следствие, появляются различные нарушения в развитии эмоциональной сферы, в том числе высокая тревожность (Касаткин В.И., Ковалевский В.А., Румянцев А.Г., Дубовик Е.Ю. и др.).

Качественный анализ полученных данных показал, что чаще всего дети 3 группы здоровья делали негативный выбор в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор. Здоровые мальчики негативные выборы чаще делали в ситуациях собирания игрушек, нападения, а здоровые девочки – выговора, нападения, изоляции. Полученные данные качественного анализа позволяют сделать вывод о том, что области действительности, вызывающие тревогу у психосоматических детей связаны в основном с фрустрацией потребности в общении, принятии, признании (социальными потребностями), в то время как у здоровых мальчиков - с неприятной деятельностью, действиями, а у здоровых девочек – с негативной социальной оценкой со стороны взрослых. Далее мы выявили уровень ситуативной тревожности у матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и матерей здоровых детей.

В рамках констатирующего эксперимента при сравнении индексов ситуативной тревожности у матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и ситуативной тревожности у матерей здоровых детей выявлены достоверные различия (статистическая значимость t-критерия Стьюдента $p=0,0000848$ (при $p=0,001$). Причем выявлено, что уровень ситуативной тревожности матерей психосоматических детей достоверно выше, чем у матерей здоровых детей.

Далее мы выявили уровень личностной тревожности у матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и матерей здоровых детей.

При сравнении индексов личностной тревожности у матерей психосоматических детей и личностной тревожности у матерей здоровых детей выявлены достоверные различия (статистическая значимость t -критерия Стьюдента $p=0,00512312$). Выявлено, что уровень личностной тревожности матерей психосоматических детей достоверно выше, чем у матерей здоровых детей.

Также было определено, что существуют корреляция между тревожностью психосоматических детей и ситуативной тревожностью его матери (коэффициент Пирсона $r=0,61$), а также тревожностью психосоматических детей и личностной тревожностью его матери (коэффициент Пирсона $r=0,51$).

Данные коэффициенты были проверены на значимость. При определении значимости коэффициентов корреляции Пирсона для индексов тревожности психосоматических детей и ситуативной и личностной тревожности их матерей выявлено, что t эмп. $>$ t кр. (0,44) (при $p \leq 0,05$), следовательно, таким образом коэффициент корреляции достоверен.

Выявлено также, что существуют корреляция между тревожностью здоровых детей и ситуативной тревожностью его матери (коэффициент Пирсона $r=0,44$), а также тревожностью здоровых детей и личностной тревожностью его матери (коэффициент Пирсона $r=0,49$).

Данные коэффициенты также были проверены на значимость. При определении значимости коэффициентов корреляции Пирсона для индексов тревожности здоровых детей и ситуативной и личностной тревожности их матерей выявлено, что t эмп. $>$ t кр. (0,33) (при $p \leq 0,05$), следовательно, коэффициент корреляции является достоверным.

Таким образом, эмпирически доказано, что уровень тревожности детей, страдающих психосоматическими расстройствами выше, чем у их здоровых сверстников.

Также выявлено, что существует взаимосвязь уровня ситуативной и личностной тревожности матери и наличием тревожности у ее ребенка: чем

выше уровень ситуативной тревожности матери на фоне ее высокой личностной тревожности, тем выше уровень тревожности у ее ребенка и тем выше вероятность возникновения психосоматического расстройства у ее ребенка старшего дошкольного возраста.

В данном исследовании у всех детей с психосоматическими расстройствами также, как и у их матерей выявлено наличие высокой тревожности.

Учитывая вышеизложенное, для ранней диагностики детей старшего дошкольного возраста с высоким риском возникновения психосоматических расстройств, целесообразно выявлять детей с высоким уровнем тревожности. При этом для осуществления не только симптоматической коррекции, но и каузальной важно подключать к психокоррекционной работе с детьми, страдающими психосоматическими расстройствами, их матерей. Прежде чем организовать коррекционно-развивающие занятия с детьми, необходимо провести просветительскую и коррекционно-развивающую работу с матерями, так как их связь с ребенком наиболее значимая в развитии тревожности, в подкреплении часто повторяющихся проявлений психосоматических расстройств. Кроме того, нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом.

При создании благоприятной среды, воздействуя на «проблемные места» ребенка через мать, результативность психокоррекционной работы психолога непосредственно с детьми будет оптимальной.

В различных психологических исследованиях значимыми для формирования психосоматической патологии у ребенка называют такие особенности матери, как: высокая личностная тревожность; внутренняя конфликтность матери; преобладание в эмоциональной жизни отрицательных эмоций, склонность к доминированию, гиперопеке, сдерживанию негативных чувств, преобладание чувства вины;

неустойчивость к стрессу, преобладание деструктивных стратегий разрешения проблемных ситуаций и конфликтов; собственный негативно окрашенный телесный опыт матери, связанный с особенностями прародительской семьи.

Поэтому важно изучить характеристику компонентов эмоционального взаимодействия матерей со своими детьми старшего дошкольного возраста, детерминирующих возникновение психосоматического расстройства.

Диагностика осуществлялась с помощью опросника «Детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Захарова Е.И., 1996, 2002), позволяющего опосредованно выявлять степень выраженности каждой отдельной характеристики в каждой конкретной диаде. Опросник содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери и ребенка дошкольного возраста, объединенного в три блока. Блок чувствительности: способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния, способность к сопереживанию. Блок эмоционального принятия: чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком, безусловное принятие, отношение к себе как к родителю, преобладающий эмоциональный фон взаимодействия. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия: стремление к телесному контакту, оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия, умение воздействовать на состояние ребенка. Для каждого показателя автором методики при ее апробации были подсчитаны средние и критериальные значения. Если в конкретной диаде показатель принимает значение ниже критериального, то мы можем вынести заключение о дефиците соответствующей характеристики эмоциональной стороны взаимодействия.

С целью более глубокого анализа характеристик компонентов эмоционального взаимодействия у матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и матерей здоровых детей были найдены средние значения по компонентам внутри каждой подгруппы

испытуемых. В целом при сравнении средних показателей материнско-детского взаимодействия в двух группах женщин выявлено, что матери детей, имеющих в анамнезе психосоматические расстройства, характеризуются более низким уровнем показателей по большинству компонентов. Они не умеют адекватно воспринимать и распознавать психоэмоциональное состояние своего ребенка, испытывают затруднения с пониманием его причин. Матери не умеют предложить своему малышу помощь, поддержку в случае неудачи, промаха; они затрудняются в том, чтобы успокоить ребенка, снять его негативные аффективные проявления, переключить его на другие эмоции, деятельность. В итоге неадекватные действия матери усугубляют негативные эмоциональные проявления ребенка и еще больше искажают систему материнско-детского взаимодействия, становясь причиной психосоматических расстройств у ребенка. Они недостаточно принимают своего ребенка, что выражается в амбивалентных чувствах родителей в ситуации взаимодействия, трудностях безусловного принятия ребенка. Матери испытывают трудности с принятием себя в качестве родителя, порождая чувство некомпетентности, часто испытывают чувство вины, становятся неуверенными в своих требованиях, некритичными к ребенку. У матерей, воспитывающих детей с ПСР, отмечается слабое стремление к телесному контакту с ребенком. Эмоциональный фон характеризуется преобладанием негативных эмоций. Обращают на себя внимание также низкий уровень выраженности способности оказать эмоциональную поддержку ребенку, неумение ориентироваться на состояние ребенка при построении взаимодействия, неумение воздействовать на его эмоциональное состояние. Выявленные особенности поведения матерей могут быть обусловлены их личностными особенностями, особенностями эмоционального реагирования.

Для каждого компонента эмоционального взаимодействия были рассчитаны критерии Манна – Уитни, а также средние значения.

Результаты проведенных расчетов приведены в Таблице 1.

Таблица 5. – Особенности материнско-детского эмоционального взаимодействия

Показатели	Матери детей с ПСР	Матери здоровых детей	Среднее значение (M)	Критериальное значение (N)	U - тест, $p < 0,05$
Способность воспринимать состояние	3	3,78	4,22	3,7	0,047203*
Понимание причин состояния	2,6	3,2	3,85	3,2	0,210076
Эмпатия	2,72	3,12	3,39	2,8	0,075801
Чувства родителей в ситуации взаимодействия	2,52	3,6	3,9	3,3	0,117086
Безусловное принятие	2,92	3,44	3,84	3,2	0,012186*
Принятие себя в качестве родителя	2,56	3,36	3,78	3,1	0,016294*
Преобладающий эмоциональный фон	2,68	3,12	3,66	3,0	0,174526
Стремление к телесному контакту	2,56	3,3	4,03	3,3	0,016294*
Оказание эмоциональной поддержки	2,8	3	3,47	2,8	0,210076
Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия	2,52	2,96	2,95	2,3	0,210076
Умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка	2,68	3,28	3,8	3,2	0,036715*

Звездочкой * выделены показатели, которые имеют статистически значимые различия. Жирным шрифтом выделены средние значения показателей компонентов эмоционального взаимодействия в группе матерей, воспитывающих детей с ПСР.

Подсчет критерия Манна-Уитни для оценки различий эмоционального взаимодействия матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и матерей здоровых детей по 11 показателям детско-родительского взаимодействия (методика ОДРЭВ Е.И. Захаровой) выявил достоверно значимые различия ($p < 0,05$) по следующим показателям:

- способность воспринимать состояние ребенка ($p = 0,047203$) (блок чувствительности). Причиной недостатка чуткости может являться низкая эмоциональность, холодность самой матери, особенности ее воспитания.

Такая мать может или вообще не заметить состояние ребенка или оценить его неадекватно, что является серьезной преградой к построению гармоничного взаимодействия. Большинство матерей способны сопереживать своему ребенку, но переживания матерей не учитывают состояния ребенка, причины данного состояния ими не анализируются, предлагаемое матерями взаимодействие часто не соответствует потребностям и переживаниям ребенка. Матери не сразу замечают, что ребенок расстроен; испытывают затруднения в понимании причин радости ребенка и его отношения к другим людям; не умеют чувствовать настроение ребенка.

- безусловное принятие ($p=0,012186$) (блок эмоционального принятия)

Безусловное принятие это признание права ребенка быть таким, какой он есть, – быть самим собой. Взаимодействие с ребенком в случае эмоционального принятия вызывает целую гамму положительных чувств и переживаний.

- отношение к себе как к родителю ($p=0,016294$)

Проблемы, сложности в воспитании ребенка нередко порождают у родителей чувство некомпетентности, родители чувствуют недостаточную эффективность своих воздействий. Негативные проявления ребенка относят на счет собственных ошибок в воспитании. Такие родители тяготеют чувством вины, становятся неуверенными в своих требованиях, не критичными к ребенку.

- стремление к телесному контакту ($p=0,016294$) (блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия)

Стремление родителей к телесному контакту с ребенком является важным показателем эмоционального отношения, поскольку стремление к близости с родителем, дающее ощущение безопасности и защищенности, является одной из основополагающих потребностей ребенка.

- умение воздействовать на состояние ребенка ($p=0,036715$)

Умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка невозможно без правильного их понимания. Часто ребенок не может

самостоятельно справиться со своим эмоциональным состоянием – регуляторные возможности ребенка еще очень несовершенны, и родитель берет на себя планирующее - регулирующую функцию: успокаивает, помогает снять аффективные проявления, «заражает» своей радостью, уверенностью, переключает на другие виды деятельности и эмоции. Неадекватные действия родителя могут усугубить негативные эмоциональные проявления ребенка, что может привести в конечном итоге к нарушению эмоциональных связей.

В ходе исследования удалось выявить значимые различия в особенностях материнско-детского эмоционального взаимодействия матерей, воспитывающих здоровых детей и детей с различными психосоматическими расстройствами. Подтверждено, что низкий уровень безусловного принятия ребенка, стремления к телесному контакту, умения оказывать эмоциональную поддержку, воздействовать на состояние ребенка со стороны матери, принятия себя в качестве родителя выступают фактором формирования психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

В рисунках детей с психосоматическими расстройствами чаще, чем у здоровых детей наблюдаются высокие значения по симптомокомплексам тревожность, конфликтность в семейной ситуации и враждебность.

Рассмотрим подробно диады мать-ребенок с психосоматическим расстройством.

Иван О., 6,5 лет

У Ивана за последний год хронический бронхит чаще 4 раз и обострения отита чаще 4 раз.

Иван часто бывает тревожен, быстро утомляется. Обращают на себя внимание головные боли (вследствие мышечного напряжения, стресса, мигрени, изменения погоды, голода), сердцебиение, одышка, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха.

Ивану предложено было изобразить свою семью, где каждый занят делом (кинетический рисунок семьи). Анализ процесса рисования (последовательность рисунка, комментариев, эмоциональных реакций во время рисунка):

К рисунку приступил немного в задумчивости. Начал рисовать овал и стер его. Затем, вверху еще один овал (груши). Далее нарисовал столб (само дерево). Очень долго, интенсивно и с хорошим нажимом на карандаш закрашивал этот столб, добавил ветки, на которых висят груши. Композиционно это дерево расположено справа, с самого края от листа. Слева от дерева нарисовал высокую фигуру «дядю Сережу» (родной дядя, в реальности высокого роста). На этом хотел закончить рисовать. После вопроса: «А где ты?» слева от дяди нарисовал точно такую же фигуру только меньшего роста (себя, «смотрящего на Серегу») и травку. По ходу рисования Ваня комментировал: «Это дерево с грушами. На даче у нас есть два. Это мамин брат Сергей, он очень высокий, собирает груши». На этом закончил рисовать.

На рисунке отсутствует мама, что может говорить о некотором напряжении в отношениях. Не рисуя маму, Иван как бы разряжает неприемлемую эмоциональную атмосферу в семье, избегает негативных эмоций. На вопрос: «А где мама на твоём рисунке?» Ребенок ответил: «Мама и баба дома. Серега иногда бывает сердитый, я ему люблю помогать. Он с бабушкой живет. Мама хорошая. Мы вместе гуляем, ходим в магазины, убираемся. Я помогаю убирать игрушки. Мама иногда веселая, иногда грустная, иногда злая».

Таким образом, в центре рисунка Ваня расположил себя, справа дядю и правее от дяди большое дерево с грушами. Слева от Вани ничего не нарисовано. Фигуры одинаковые улыбающиеся, отличаются только размером, находятся на близком расстоянии друг от друга (что является важным показателем психологической близости). На рисунке присутствуют не все части тела. Отсутствуют волосы, уши, пальцы на руках. Части тела

нарисованы достаточно схематично, без декорирования и дополнительных деталей. Из частей тела особенно выделяется шея у дяди она длинная и толстая, у Ивана – короткая и толстая, что может свидетельствовать о способности управлять своими чувствами в восприятии автора рисунка, о гармонии между разумом и чувствами. Одежда и обувь полностью отсутствуют. Схематичное изображение говорит, в данном случае, не о негативном отношении к дяде, а скорее о слабых графических навыках.

Изображение дяди в кругу семьи, возможно, говорит о попытке заполнить пустоту, возместить нехватку близкого человека - папы, компенсировать недостаточность эмоциональных связей.

При анализе процесса рисования обращает на себя внимание тот факт, что Иван начал рисовать с незначительной детали – маленькой груши, а не с члена семьи, много раз стирал, потирал безымянный палец, перерисовывал. Затем переключился на ствол, который начал очень сильно заштриховывать. Темп рисования размеренный, иногда, при переходе от одного объекта к другому, с паузами. Рисование иногда сопровождалось умеренными комментариями. В целом эмоциональный настрой ребенка во время рисования позитивный.

Анализ структуры рисунка семьи (Иван и дядя Сережа) свидетельствует о том, что она отличается от реальной (мама и Иван). Композиционно весь рисунок смещен вправо. Фигуры на рисунке не взаимодействуют между собой, но делают общее дело (собирают груши). При этом фигуры пропорциональны и расположены в центре. Как было отмечено, стиль рисования обеих фигур, а также схемы тела фигур идентичны.

Большой значимостью наделено грушевое дерево. С него и начал свой рисунок испытуемый. Это отражает некоторую озабоченность ребенка по поводу своей семейной ситуации, что она тревожит его и он как бы откладывает рисование членов семьи, а рисует объект, который не обладает столь сильной эмоциональной значимостью.

Для теста КРС разработана система количественной оценки. Было выделено пять симптомокомплексов:

1. Благоприятная семейная ситуация
2. Тревожность
3. Конфликтность в семье
4. Чувство неполноценности
5. Враждебность в семейной ситуации

Для определения преобладающего симптомокомплекса необходимо проанализировать все диагностические признаки.

Таблица 6. – Сумма баллов по симптомокомплексам испытуемого Ивана:

Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
8	11	2	0	0

Обобщая, можно сказать, что Иван в целом воспринимает свою семейную ситуацию как благоприятную (8 баллов). Наблюдается низкая конфликтность, а враждебность и чувство неполноценности в семейной ситуации отсутствуют (0 баллов). Анализ диагностических признаков рисунка выявил преобладающий симптомокомплекс в семье «Тревожность» (11 баллов).

Мы предполагаем, что высокий уровень тревожности связан с периодом полоролевой идентификации. В возрасте 5-7 лет ребенку необходим близкий взрослый его пола, как образец поведения. Этим взрослым является родной дядя. Вопросы о том, где папа ребенка, кто он, в семье замалчиваются. Эта тема вообще не обсуждается. Отсутствие информации об отце, при наличии стойкого интереса (что вполне естественно для ребенка его возраста) ведет к росту тревожности.

Высокая тревожность (60%) подтвердилась и опросником «Выбери нужное лицо». Качественный анализ полученных данных показал, что чаще

всего негативный выбор Иван делал в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор.

Анализируя ответы мамы Ивана по опроснику эмоционального взаимодействия в семье (ОДРЭВ Захаровой Е.И.), мы получили следующие результаты: из 11 показателей только по трем – способность к сопереживанию, оказание эмоциональной поддержки и ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия значения выше критических, по остальным показателям значения ниже критических.

По методике Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности мама Ивана показала высокий уровень ситуативной тревожности (60%) и личностной тревожности (55%).

Анкета на определение психологического типа родителя показала авторитарный тип у мамы Ивана.

Мама воспитывает Ивана одна. Ребенок поздний и очень желанный. Мама занимает руководящую должность. Связь между психологическими факторами и наличием проблем со здоровьем отрицает.

В данном случае мишенями для консультативной работы являются:

- информирование мамы о связи психологических причин и наличия заболеваний
- выявление вторичных выгод у мамы и ребенка
- коррекция ситуативной тревожности у мамы
- коррекция тревожности у ребенка (в том числе в связи с отсутствием информации об отце и поступлением в школу)
- налаживание более эффективного эмоционального взаимодействия между мамой и ребенком

Следующей испытуемой стала **Кристина Д., 6,2 года.**

У Кристины наблюдается беспричинный плач, нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, демонстративная рвота, тревожность, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость.

Был диагностирован нейрогенный мочевой пузырь.

Девочка начала выполнять задание с энтузиазмом. Сначала на листе ближе к левому краю появилась «дверь вдаль на улицу» (как выяснилось позже). Справа от двери появилась фигура папы в профиль. Голова сначала была маленькая, а затем Кристина обвела ее, сделав больше в диаметре. Затем девочка нарисовала маму в профиль. С головой проделала ту же операцию, что и с головой папы (увеличила в размерах). «Папа провожает маму на работу» - пояснила девочка позже. Рисовала молча, задумывалась, делала паузы, смотрела на рисунок. Рисует с нажимом на карандаш. «А да, я забыла! Слева от папы появляется фигура. «Это мамина коллега, бабушка одна. Она со мной играет, я ей помогаю». Справа от мамы появляется еще фигура. «Это коллега мамы – парень. Он тоже играет со мной в прятки, например. Там весело. Можно даже с самолетиком играть. Можно руками что-то делать, рисовать». Между мамой и коллегой-парнем нарисована дверь, за ней – швабра. «Уборщица отказывается убираться, говорит, что это ваш ребенок насорил». После окончания рисунка, на вопрос: «А ты где?» ответила, что находится в мамином кабинете. «Мастерю маме подарок. Я не поняла, что нужно полностью семью нарисовать. Всей семьей люблю в гости к родственникам ездить. У нас их миллионы».

Анализ структуры рисунка семьи показал, что мама с папой находятся на близком расстоянии и взаимодействуют «папа провожает маму на работу», сам автор рисунка отсутствует «я в мамином кабинете справа». Это может говорить о трудностях самовыражения с близкими людьми, отсутствии общности с семьей: «меня здесь не замечают», «мне трудно найти свое место». Также автор мог «забыть» изобразить себя в знак протеста, считая, что его забыли. Этот факт заслуживает внимания, так как за этим почти всегда стоят эмоциональный конфликт, недовольство семейной ситуацией. Фигуры мамы и папы нарисованы в профиль. У фигуры папы наибольшее количество деталей, одежда и обувь, с него начала рисовать Кристина, что может указывать на самого любимого члена семьи. Но в

изображении отца присутствуют перерисовки, прерывистые линии. У фигур отца и матери отсутствуют пальцы на руках, шеи, волосы, носы и уши. Отсутствие шеи указывает на неспособность управлять своими чувствами в восприятии автора.

В процессе рисования Кристина много комментировала, оказалась очень осведомлена о ситуации на маминой работе, о «хороших» и «плохих» сотрудниках, о непоследовательности папиного поведения «сначала ругал мамину работу за то, что она портит воду, а теперь сам туда пошел работать». Об этом факте девочке рассказала соседка. А также рассказывала об уборщице, которая отказывалась убирать, так как насорил «ваш ребенок». На работе у мамы есть коллега-парень, который играл с Кристиной. Коллега и уборщица отделены от мамы с папой дверями и стоят они тоже рядом с дверями.

Процесс рисования был достаточно динамичным, эмоциональным. Эмоции и местами напряжение в основном касались сотрудников маминой работы. По всей видимости, девочка проводит много времени у мамы на работе и воспринимает все либо со слов мамы, либо из обрывков разговоров коллег. В данный момент Кристина с мамой временно, в связи с переездом, живут отдельно от папы. Этот факт остро переживается ребенком, так как она любит папу и скучает по нему. Мама много работает и не может много времени проводить с ребенком.

Таблица 7. – Сумма баллов по симптомокомплексам у испытуемой Кристины:

Благоприятная семейная ситуация		Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
5		9	13	5	6

Обобщая, можно сказать, что у Кристины преобладающими симптомокомплексами являются «конфликтность в семье» и «тревожность».

Мы предполагаем, что высокий уровень тревожности связан с тем, что девочка очень привязана к отцу, но в силу сложившихся обстоятельств не проживает с ним и скучает.

Высокая тревожность (65%) подтвердилась и опросником «Выбери нужное лицо». Качественный анализ полученных данных показал, что чаще всего негативный выбор Кристина делала в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор.

Анализируя ответы мамы Кристины по опроснику эмоционального взаимодействия в семье (ОДРЭВ Захаровой Е.И.), мы получили следующие результаты: из 11 показателей только по трем - способность к сопереживанию, оказание эмоциональной поддержки и ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия значения выше критических, по остальным показателям значения ниже критических.

По методике Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности мама Кристины показала высокий уровень ситуативной тревожности (60%) и личностной тревожности (65%).

Анкета на определение психологического типа родителя показала психосоматический тип у мамы Кристины.

Кристина поздний, желанный ребенок. Воспитывается в полной семье. Мама занимает руководящую должность.

В данном случае мишенями для консультативной работы являются:

- информирование мамы о связи психологических причин и наличия заболеваний

- выявление вторичных выгод у мамы и ребенка

- коррекция ситуативной тревожности у мамы

- коррекция тревожности у ребенка

- налаживание более эффективного эмоционального взаимодействия между мамой и ребенком

Тимофей Ж., 6,2 года

Тимофею свойственны скованность, повышенная тревожность, трудности разговорной речи, повышенная обидчивость и беспричинный плач, гиперемия кожи при волнении, нарушения аппетита, рвота во время еды, непереносимость отдельных видов пищи, неоднократно повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе.

У Тимофея диагностирован психогенный запор.

С первого раза Тимофей не смог выполнить задание. Очень долго сидел, думал и говорил, что не может нарисовать свою семью. Со второго раза только получилось приступить к рисованию. Перед выполнением тоже очень долго настраивался. Начал рисовать с себя, фигура смещена влево и без ног, затем точно такая же фигура, только выше и с ногами (мама), спереди у нее фартук. Справа от нее еще выше, но такая же, как мама и фигура мальчика, появилась фигура папы. Рисунок в целом свидетельствует о несоответствии возрастной норме сформированности образных и пространственных представлений у ребенка. Фигуры людей очень примитивные, нос, брови, уши, рот и туловище отсутствуют. Руки и ноги «растут» непосредственно из шеи. Глаза – огромные круги (зияющие дыры). Расширенные глаза воспринимаются ребенком как тревожные, беспокойные, нуждающиеся в том, чтобы их спасали. Как объяснил Тимофей, на рисунке они просто рядом стоят, тянут руки друг другу.

Дистанция между Тимофеем и мамой меньше, чем между мамой и папой. Они как бы протягивают друг другу руки, что говорит о сплоченности, эмоциональном благополучии в семье.

Таблица 8. – Сумма баллов по симптомокомплексам испытуемого Тимофея:

Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
9	5	1	1	3

Обобщая, можно сказать, что Тимофей в целом воспринимает свою семейную ситуацию как благоприятную (9 баллов). Наблюдается высокая тревожность (5 баллов).

Предположительно высокую тревожность неосознанно провоцирует мать Тимофея, которая из-за эмоционально холодных отношений с супругом, сильно привязывает к себе ребенка, инфантилизирует его.

Высокая тревожность (64%) подтвердилась и опросником «Выбери нужное лицо». Качественный анализ полученных данных показал, что чаще всего негативный выбор Тимофей делал в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор.

Анализируя ответы мамы Тимофея по опроснику эмоционального взаимодействия в семье (ОДРЭВ Захаровой Е.И.), мы получили следующие результаты: из 11 показателей только по трем – понимание причин состояния, способность к сопереживанию, оказание эмоциональной поддержки выше критических, по остальным показателям значения ниже критических.

По методике Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности мама Тимофея показала высокий уровень ситуативной тревожности (62%) и личностной тревожности (60%).

Анкета на определение психологического типа родителя показала психосоматический тип у мамы Тимофея.

Ребенок поздний и очень желанный. В семье есть еще взрослая сестра. Мама часто жалуется на работу, высказывает желание на нее не ходить. Связь между психологическими факторами и наличием проблем со здоровьем у ребенка отрицает.

В данном случае мишенями для консультативной работы являются:

- информирование мамы о связи психологических причин и наличия заболеваний
- выявление вторичных выгод у мамы и ребенка
- коррекция ситуативной тревожности у мамы

- коррекция тревожности у ребенка
- налаживание более эффективного эмоционального взаимодействия между мамой и ребенком

Следующим испытуемым стал **Арсений (6,6 года)**

У Арсения наблюдаются нарушения сна (трудности с засыпанием, сноговорение, кошмары), нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень нерешительности, потливость, головокружения, головные боли, сердцебиение, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха, ком в горле, тремор, субфебрилитет неясного происхождения (может быть следствием сосудистой дистонии), эпизодический кожный зуд, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, страх, паника.

Арсению диагностировали энтероколит неясного генеза.

Приступил к рисованию с энтузиазмом. Сначала нарисовал маму, которая накрывает на стол, далее «отгородил» комнату брата Глеба. Он сидит за столом и играет в компьютер. Себя изобразил на кольцах рядом с гимнастической лестницей. «Это я занимаюсь спортом». Затем на рисунке «появился» папа на диване, он «смотрит телевизор».

По структуре нарисованная семья соответствует реальной. Сам рисунок напоминает план или схему, где каждый занят своим делом. Общая деятельность отсутствует, но предполагается, что в скором времени все будут сидеть вместе с гостями за общим столом. Арсений нарисовал различные предметы (стены, гимнастическая лестница, телевизор), которые служат как - бы перегородкой между членами семьи. Арсений расположил своего брата ближе всего к себе, но за перегородкой – стеной, немного дальше расположена мама, от нее он отгорожен гимнастической лестницей. И дальше всего, в противоположном углу перед телевизором – папа. Все фигуры очень схематичны, а папина фигура несколько раз обведена. На фигурах отсутствуют основные части тела, декорирование, одежда и обувь.

Фигуры абсолютно одинаковые по размеру и по внешнему виду. Все фигуры расположены далеко друг от друга, что может указывать на низкий уровень эмоциональных связей. На слабость позитивных межперсональных связей указывает деление рисунка на ячейки, по которым распределены все члены семьи. Наиболее высоко расположены отец и брат, которые, по мнению автора, обладают наибольшей властью в семье.

Процесс рисования увлек Арсения, пауза была перед тем, как нарисовать папу. По ходу рисунка особо не комментировал, к нарисованным объектам не возвращался и ничего не стирал.

Таблица 9. – Сумма баллов по симптомокомплексам испытуемого Арсения:

Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
6	6	9	4	0

Обобщая, можно сказать, что Арсений в целом воспринимает свою семейную ситуацию как благоприятную (6 баллов), при этом наблюдается высокая тревожность (6 баллов). Анализ диагностических признаков рисунка выявил преобладающий симптомокомплекс «Конфликтность в семье» (9 баллов).

Мы предполагаем, что высокий уровень тревожности связан со сложностями во взаимоотношениях с воспитателем в детском саду. Сменилось несколько воспитателей за последнее время.

Высокая тревожность (80%) подтвердилась и опросником «Выбери нужное лицо». Качественный анализ полученных данных показал, что чаще всего негативный выбор Арсений делал в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор.

Анализируя ответы мамы Арсения по опроснику эмоционального взаимодействия в семье (ОДРЭВ Захаровой Е.И.), мы получили следующие результаты: из 11 показателей только по трем – способность к сопереживанию, оказание эмоциональной поддержки и ориентация на

состояние ребенка при построении взаимодействия значения выше критических, по остальным показателям значения ниже критических.

По методике Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности мама Арсения показала высокий уровень ситуативной тревожности (60%) и личностной тревожности (60%).

Анкета на определение психологического типа родителя показала авторитарный тип у мамы Арсения.

Арсений воспитывается в полной семье, где есть еще также взрослый брат. Ребенок поздний и очень желанный. Мама занимает руководящую должность. Связь между психологическими факторами и наличием проблем со здоровьем у ребенка отрицает.

В данном случае мишенями для консультативной работы являются:

- информирование мамы о связи психологических причин и наличия заболеваний

- выявление вторичных выгод у мамы и ребенка

- коррекция ситуативной тревожности у мамы

- коррекция тревожности у ребенка

- налаживание более эффективного эмоционального взаимодействия между мамой и ребенком

Следующая испытуемая **София, 6,1 год**

У Софии наблюдаются нежелание улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость.

У Софии аллергические высыпания в виде зуда.

Просьба нарисовать семью не была воспринята Софией с воодушевлением. Она призадумалась, начала рисовать папу в куртке и штанах, затем поменьше появилась фигура мамы в голубом платье и,

наконец, сама София, копия мамы, в таком же голубом платье. Все они держаться за руки, пошли гулять в парк.

По структуре нарисованная семья отличается от реальной. Младший брат отсутствует, «он остался дома, не пошел с нами». Фигуры пропорциональны: самый высокий папа, затем поменьше мама. Только у Софии и папы есть ноги. У всех длинные руки, они держатся друг за друга. Все фигуры расположены на нижней части листа. Брат пропущен, скорее всего, по причине наименьшей эмоциональной привлекательности и конфликтных отношений с ним. Самые длинные руки у мамы. Возможно, автор воспринимает ее как агрессивную фигуру или всемогущую. Обращает на себя внимание тот факт, что лица и уши полностью закрашены у всех членов семьи. Что может быть связано с конфликтностью в семье. Крупные уши у всех членов семьи как - бы говорит о том, что все должны друг друга внимательно слушать.

Таблица 10. – Сумма баллов по симптомокомплексам испытуемой Софии

Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
4	8	6	3	4

Обобщая, можно сказать, что преобладающий симптомокомплекс у Софии «Тревожность» (8 баллов). Наблюдается достаточно высокая конфликтность (6 баллов), а враждебность и благоприятная семейная ситуация имеют одинаковое количество баллов (4 баллов).

Мы предполагаем, что высокий уровень тревожности и враждебность могут быть связаны с появлением в семье младшего брата, с которым очень сложились конкурентные отношения.

Высокая тревожность (80%) подтвердилась и опросником «Выбери нужное лицо». Качественный анализ полученных данных показал, что чаще всего негативный выбор София делала в таких ситуациях, как укладывание спать в одиночестве, нападение, изоляция, игнорирование и выговор.

Анализируя ответы мамы Софии по опроснику эмоционального взаимодействия в семье (ОДРЭВ Захаровой Е.И.), мы получили следующие результаты: из 11 показателей только по двум - способность к сопереживанию и ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия имеют значения выше критических, по остальным показателям значения ниже критических.

По методике Ч.Д. Спилберга на выявление личностной и ситуативной тревожности мама Софии показала высокий уровень ситуативной тревожности (75%) и личностной тревожности (70%).

Анкета на определение психологического типа родителя показала психосоматический тип у мамы Софии.

София воспитывается в полной семье, где есть еще младший брат. Мать связь между психологическими факторами и наличием проблем со здоровьем у Софии отрицает.

В данном случае мишенями для консультативной работы являются:

- информирование мамы о связи психологических причин и наличия заболеваний
- выявление вторичных выгод у мамы и ребенка
- коррекция ситуативной тревожности у мамы
- коррекция тревожности у ребенка
- налаживание более эффективного эмоционального взаимодействия между мамой и ребенком, а также младшим братом и сестрой

Выводы по констатирующему эксперименту

Проведенное исследование позволило выявить наиболее информативные факторы, с наибольшей долей вероятности способствующие возникновению психосоматических проявлений и расстройств.

Таким образом, эмпирически доказано, что уровень тревожности детей, страдающих психосоматическими расстройствами выше, чем у их здоровых сверстников.

Также выявлено, что существует взаимосвязь уровня ситуативной и личностной тревожности матери и наличием тревожности у ее ребенка: чем выше уровень ситуативной тревожности матери на фоне ее высокой личностной тревожности, тем выше уровень тревожности у ее ребенка и тем выше вероятность возникновения психосоматического расстройства у ее ребенка старшего дошкольного возраста.

В данном исследовании у всех детей с психосоматическими расстройствами также, как и у их матерей выявлено наличие высокой тревожности.

В ходе исследования удалось выявить значимые различия в особенностях материнско-детского эмоционального взаимодействия матерей, воспитывающих здоровых детей и детей с различными психосоматическими расстройствами. Подтверждено, что низкий уровень безусловного принятия ребенка, стремления к телесному контакту, умения оказывать эмоциональную поддержку, воздействовать на состояние ребенка со стороны матери, принятия себя в качестве родителя выступают фактором формирования психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Учитывая вышеизложенное, для ранней диагностики детей старшего дошкольного возраста с высоким риском возникновения психосоматических расстройств, целесообразно выявлять детей с высоким уровнем тревожности. При этом для осуществления не только симптоматической коррекции, но и каузальной важно подключать к психокоррекционной работе с детьми, страдающими психосоматическими расстройствами, их матерей.

Прежде чем организовать коррекционно-развивающие занятия с детьми, необходимо провести просветительскую и коррекционно-развивающую работу с матерями, так как их связь с ребенком наиболее значимая в развитии тревожности, в подкреплении часто повторяющихся проявлений психосоматических расстройств. Все матери психосоматических детей отрицают влияние психологических факторов на состояние здоровья

ребенка или не осознают ее. Кроме того, нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом.

При создании благоприятной среды, воздействуя на «проблемные места» ребенка через мать, результативность психокоррекционной работы психолога непосредственно с детьми будет оптимальной.

2.3. Организация и проведение формирующего эксперимента

На основе теоретического анализа выявлено, что повышенный риск возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста обусловлен наличием повышенной личностной и ситуативной тревожности у их матерей, наличием психологических выгод у матери и ребенка, подкрепляемых матерью, особой ситуацией развития таких детей, фиксированными формами семейного поведения, нарушенным эмоциональным взаимодействием в диаде мать и дитя, особенностями личности ребенка (заниженная самооценка, неуверенность в себе, замкнутость и др.). В каждой конкретной паре мать-ребенок были выявлены свои специфические терапевтические мишени: налаживание взаимодействия с братом; подготовка и осуществление важного разговора об отце ребенка; налаживание взаимодействия с отцом; принятие факта взросления ребенка и перестройка взаимодействия с ним; создание благоприятной спокойной обстановки в детском саду с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

В связи с вышеизложенным, важна не только симптоматическая коррекция тревожности у детей, но и каузальная коррекция – коррекция тревожности у матери, оптимизация отношений в диаде мать и дитя.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа в рамках консультирования матерей предусматривала решение следующих задач:

- информирование матерей о психологических особенностях детей с психосоматическими расстройствами старшего дошкольного возраста, о причинах возникновения повышенной тревожности у детей и необходимых условиях для ее преодоления, о причинах и механизмах возникновения психосоматических расстройств у детей;
- информирование о связи психологических причин с психосоматическими расстройствами, выявления вторичных выгод у детей и их матерей;
- формирование эффективного эмоционального взаимодействия между матерью и ребенком; преодоления фиксированных форм семейного поведения.
- обучение матери и ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;
- развитие навыков владения собой в тревожащих мать и ребенка ситуациях;
- развитие способности матерей и детей конструктивно выражать собственные эмоции.

В работе с экспериментальными диадами мать-ребенок мы опирались на вышеупомянутые принципы коррекционно-развивающей работы: принцип учета возрастных и индивидуальных психологических особенностей ребенка и его соматического статуса, единство диагностики и коррекции развития, деятельностный принцип, учет эмоциональной сложности материала, учет психогигиенического направления в работе с больным ребенком, учет гендерных особенностей развития личности, взаимодействие с семьей как с системой, принцип отношений.

Прежде чем организовать коррекционно-развивающие занятия с детьми и детско-родительский тренинг, необходимо провести просветительскую и коррекционно-развивающую работу с матерями, так как их связь с ребенком наиболее значимая в развитии тревожности, в

подкреплении часто повторяющихся проявлений психосоматических расстройств. Реализация коррекционно-развивающих мероприятий проходила в два этапа.

- формирование эффективного эмоционального взаимодействия между матерью и ребенком; преодоления фиксированных форм семейного поведения.

- обучение матери и ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;

- развитие навыков владения собой в тревожащих мать и ребенка ситуациях;

- развитие способности матерей и детей конструктивно выражать собственные эмоции;

На 1 этапе использовались следующие формы работы:

- Групповые консультации для матерей одна из которых проводилась с целью информирования и углубления знаний матерей о связи психологических причин с психосоматическими расстройствами, о психологических особенностях детей с ПСР и об их социальной ситуации развития, о причинах и механизмах возникновения психосоматических расстройств у детей; выявления вторичных выгод у детей и их матерей (Приложение Б).

- Вторая групповая консультация для матерей проводилась с целью информирования о причинах и механизмах возникновения повышенной тревожности у детей, ее влияния на возникновение ПСР и способах, средствах для преодоления высокой тревожности (Приложение Б)

- Тренинг для матерей «Как преодолеть тревожность и другие разрушительные эмоции» (Приложение Б), который помог матерям снизить собственную дезадаптивную тревожность, изменить «инфантилизирующее» восприятие своего ребенка, определить оптимальную дистанцию в детско-родительских отношениях для успешного преодоления болезни, для

снижения высокой тревожности своего ребенка. Тренинг способствовал преодолению иррациональных убеждений и фиксированных форм поведения, провоцирующих повышение тревожности как матери, так и ребенка.

На 2 этапе использовались следующие формы работы:

- Индивидуальные и групповые занятия с детьми (организованы через ведущий вид деятельности ребенка – игру), позволяющие научиться конструктивно выражать (особенно мальчикам) свои эмоции, сформировать навыки снятия мышечного и эмоционального напряжения, владения собой в тревожащих ситуациях (Приложение). Данные занятия направлены также на развитие коммуникативных навыков тревожных, психосоматических детей и повышение их самооценки.

- Тренинг на взаимодействие матери и ребенка, направленный на оптимизацию материнско-детских отношений в семьях с психосоматическими детьми (Приложение Б). Сформированное на тренинге для матерей новое (эффективное) восприятие собственного ребенка и способы взаимодействия с ним родитель научится «применять» на детско-родительском тренинге.

- Индивидуальные занятия матери с ребенком дома (домашнее задание), позволяющие отрабатывать полезные (полученные на коррекционно-развивающих занятиях) навыки в безопасной, привычной для ребенка домашней среде (Приложение Б).

Благодаря проведению тренинга с матерями и серии консультаций на первом этапе работы, у взрослых изменилось восприятие собственного ребенка и родительское отношение к нему («неэффективное» на «эффективное»). Детско-родительский тренинг позволил закрепить эти положительные изменения. Кроме того, удалось выявить и преодолеть фиксированные формы семейного поведения, подкрепляющие тревожность детей. Консультации и тренинги для матерей способствовали наиболее

эффективной организации взаимодействия, в котором ребенок будет естественным путем преодолевать собственную тревожность и / или болезнь.

Такое сочетание направлений консультативной и психокоррекционной работы позволяет, прежде всего, создать оптимальные условия (социальную ситуацию развития) для преодоления детьми тревожности и часто повторяющихся психосоматических расстройств. Коррекционно-развивающая работа должна быть направлена прежде всего, на мать, которой в первую очередь, необходимы изменения, чтобы тенденция системной семейной группы к сохранению собственного постоянства не подавила позитивных сдвигов в одном из ее компонентов (в ребенке). Благодаря проведению тренинга с матерями и серии консультаций на первом этапе работы у взрослых меняется восприятие собственного ребенка, а соответственно, и родительское отношение к нему (неэффективное на эффективное). Детско-родительский тренинг позволяет закрепить эти положительные изменения.

Таблица 11. – Направления и способы коррекции тревожности у матерей и детей с ПСР и оптимизация эмоционального взаимодействия в диаде «мать-дитя»

Этапы коррекционно-развивающей работы	Форма проведения	Участники	Направления, подходы, методы, техники и цели
I этап. Подготовительный	Консультация (2)	Психолог – матери	Психологическое просвещение, направленное на осознание причин психосоматического расстройства и тревожности ребенка и адекватных способов взаимодействия с ним.
	Тренинг для матерей	Психолог – матери	Психологический тренинг с элементами рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, направленный на выявление и опровержение собственных иррациональных убеждений, чувств, замена их на рациональные.
II этап. Основной	Индивидуальные консультации, занятия	Психолог - мать Психолог - ребенок Психолог - мать - ребенок	Метод куклотерапии, метод арттерапии, игры-драматизации, подвижные игры (Захаров А.И., Фрейд А., Костина Л.М.), направленные на отреагирование негативных эмоций, связанных с прошлым опытом ребенка; сублимацию инстинктов; снятие психомоторного напряжения; активизацию правого полушария, преодоление тревожности, страхов; оптимизацию детско-родительских отношений «Материнская суггестия» Б.З. Драпкина, направленная на улучшение психического и соматического здоровья детей и нормализацию нарушенных внутрисистемных связей.
	Групповые занятия	Психолог – дети	Метод освобождающей игровой терапии Д. Леви, позволяющий отреагировать стрессовые, травмирующие ситуации предшествующей жизни детей (десенсибилизация травмирующего опыта). Метод куклотерапии, метод арттерапии, игры-драматизации, подвижные игры (Захаров А.И., Фрейд А., Костина Л.М.), направленные на отреагирование негативных эмоций, связанных с прошлым опытом; сублимацию инстинктов; снятие психомоторного напряжения; упражнения Ивановой М.В., направленные на активизацию правого полушария, преодоление тревожности, страхов. детьми
III. Закрепляющий	Детско-родительский тренинг	Психолог - матери - дети	Игры, упражнения с элементами ИНТЭКС-терапии Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко, имеющие целью оптимизацию эмоционального взаимодействия в «психосоматических семьях», преодоление болезни ребенка. Техника Дж. Морено «Смена ролей», направленная на улучшение взаимопонимания между членами семьи (прежде всего, родителями и детьми). Когнитивно-бихевиоральное направление: метод систематической десенсибилизации, «бихевиоральная репетиция», использование подкрепления (преодоление тревожности в

			определенных ситуациях, формирование толерантности к фрустрирующим ребенка ситуациям, формирование и закрепление оптимальных форм взаимодействия родителей с детьми). Метод арттерапии, подвижные игры (Захаров А.И
--	--	--	---

При создании благоприятной среды (воздействуя на «проблемные места» ребенка через взрослых) результативность психокоррекционной работы психолога непосредственно с детьми на втором этапе будет оптимальной [3; 69; 81; 107; 113; 125; 127].

2.4. Анализ результатов формирующего эксперимента и их обсуждение

Для того чтобы оценить эффективность предложенной программы консультаций, необходимо выяснить, какие изменения произошли в уровне тревожности детей с психосоматическими расстройствами и уровне психосоматических проявлений после формирующего эксперимента. В связи с этим был проведен контрольный эксперимент с пятью детьми с психосоматическими расстройствами старшего дошкольного возраста и их матерями.

Таблица 12. Уровни тревожности детей с психосоматическими расстройствами до и после формирующего эксперимента, в баллах

Дети	До формирующего эксперимента			После формирующего эксперимента		
	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень
Иван	60				40	
Кристина	65				35	
Тимофей	64				40	
Арсений	80				40	
София	80				45	

После проведения формирующего эксперимента у всех детей старшего дошкольного возраста с психосоматическими проявлениями произошло значительное снижение уровня тревожности.

Таблица 13. Уровни тревожности матерей детей с психосоматическими расстройствами до и после формирующего эксперимента, в баллах

Матери	До формирующего эксперимента		После формирующего эксперимента	
	ситуативная тревожность	личностная тревожность	ситуативная тревожность	личностная тревожность
Ольга О.	60	55	50	45
Татьяна	60	65	50	50
Людмила	62	60	50	50
Ольга	60	60	45	50
Наталья	75	70	55	60

Данные приведенные в таблице говорят о том, что у всех матерей экспериментальной группы показатели уровня ситуативной и личностной тревожности снизились до среднего уровня, кроме одной матери с изначально очень высоким уровнем тревожности. У нее показатели также снизились, но остались на высоком уровне.

Далее были определены изменения в материнском взаимодействии со своими детьми с психосоматическими проявлениями после проведения формирующего эксперимента.

Таблица 14. – Показатели взаимодействия матери со своим ребенком, в баллах

Компоненты (в скобках критические значения)	До формирующего эксперимента					После формирующего эксперимента				
	Ольга О.	Татьяна	Людмила	Ольга	Наталья	Ольга О.	Татьяна	Людмила	Ольга	Наталья
Способность воспринимать состояние (3,7)	2,6	3,0	3,2	2,8	3,4	3,8	3,4	3,8	3,2	3,8
Безусловное принятие (3,2)	2,8	3,0	2,8	3	3	3	3,2	3,4	3,4	3,4
Принятие себя в качестве родителя (3,1)	2,8	2,4	2,6	2,4	2,6	3,3	3,0	3,0	3,2	3,2
Стремление к телесному контакту (3,3)	2,6	2,8	2,6	2,6	2,2	3,4	3,2	3,0	3,2	3,0
Умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка (3,2)	2,6	2,4	3,0	3,0	2,4	3,2	3,2	3,4	3,4	3,0

Полученные данные свидетельствуют о том, что результаты по всем компонентам эмоционального взаимодействия матерей со своими детьми выросли. Если раньше показатели по этим компонентам у всех матерей контрольной группы были ниже расчетного критического значения, то после контрольного эксперимента, у всех матерей наблюдается положительная динамика, а у троих матерей показатели по компонентам «способность воспринимать состояние ребенка», безусловное принятие» и «принятие себя в качестве родителя» превысили критические расчетные значения.

Далее мы изучили, как изменились психосоматические проявления у детей. Для этого мы провели углубленные интервью с матерями, педагогами (анкета на выявление тревожного ребенка дошкольного возраста Костиной Л.И.), изучили медицинские карты детей.

Таблица 15. – Психосоматические проявления у детей до и после формирующего эксперимента

Дети	Проявления до формирующего эксперимента	Проявления после формирующего эксперимента
Иван	тревожность, быстрая утомляемость, головные боли (вследствие мышечного напряжения, стресса, мигрени, изменения погоды, голода), сердцебиение, одышка, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха	редкие головные боли, гиперемия кожи при волнении за год 2 ОРВИ не переходящих в бронхит
Кристина	беспричинный плач, нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, демонстративная рвота, тревожность, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость	Неспособность расслабиться В течение года мочевого пузыря не беспокоил
Тимофей	скованность, повышенная тревожность, трудности разговорной речи, повышенная обидчивость и беспричинный плач, гиперемия кожи при волнении, нарушения аппетита, рвота во время еды, непереносимость отдельных видов пищи, неоднократно повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе	гиперемия кожи при волнении, избирательность в еде запоры стали возникать гораздо реже
Арсений	нарушения сна (трудности с засыпанием, сноговорение, кошмары), нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень	беспокойство по мелочам, ощущение скованности и напряжения

	нерешительности, потливость, головокружения, головные боли, сердцебиение, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха, ком в горле, тремор, субфебрилитет неясного происхождения (может быть следствием сосудистой дистонии), эпизодический кожный зуд, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, страх, паника	Расстройство в ремиссии в течение полугода
София	нежелание улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость	нерешительность, скованность аллергические высыпания прекратились

Следовательно, данные, полученные в ходе контрольного эксперимента, подтверждают, что предложенная программа консультаций позволила значительно снизить уровень ситуативной и личностной тревожности у матерей детей с психосоматическими проявлениями, а также уровень тревожности у самих детей старшего дошкольного возраста.

Кроме того, у всех детей значительно снизились психосоматические проявления, что позволит предотвратить в дальнейшем развитие психосоматических расстройств и заболеваний. Помимо этого, проведенные с детьми коррекционные мероприятия по снижению тревожности, повышению самооценки помогли избежать повышения уровня тревожности перед поступлением в школу, что способствовало легкой адаптации.

Результаты по всем компонентам эмоционального взаимодействия матерей со своими детьми улучшились. Если раньше показатели по этим компонентам у всех матерей экспериментальной группы были ниже расчетного критического значения, то после контрольного эксперимента, у всех матерей наблюдается положительная динамика, а у троих матерей показатели по компонентам «способность воспринимать состояние ребенка»,

безусловное принятие» и «принятие себя в качестве родителя» превысили критические расчетные значения. Можно сделать вывод о повышении уровня родительских компетенций, смены неэффективного типа эмоционального материнского взаимодействия на эффективный.

С целью проверки достоверности различий нами была проведена статистическая обработка полученных результатов с применением Т-критерия Вилкоксона. В данном случае эмпирическое значение Т попадает в зону значимости: (0,01). Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента превышают показатели до опыта. Подробнее с результатами можно ознакомиться в приложении Е.

Таким образом, исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что реализованная программа положительным образом сказалась на участниках группы, снизив уровень тревожности матерей.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что предложенная программа консультаций и коррекционно-развивающих мероприятий является эффективной для снижения уровня тревожности у матерей и их детей с психосоматическими проявлениями старшего дошкольного возраста, оптимизации материнского эмоционального взаимодействия со своими детьми и как следствие для снижения психосоматических проявлений у детей.

Выводы по Главе 2

1. Уровень тревожности у детей с психосоматическими расстройствами старшего дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников. Результаты имеют достоверные различия (статистическая значимость t-критерия Стьюдента $p=0,000219$ (при $p<0,001$). Такие результаты можно объяснить тем, что психосоматические дети находятся в особой социальной ситуации развития. Их познавательная и двигательная активность, а также социальные контакты ограничены. Как следствие, появляются различные нарушения в развитии эмоциональной сферы, в том числе высокая тревожность.

2. Данные качественного анализа позволяют сделать вывод о том, что области действительности, вызывающие тревогу у психосоматических детей связаны в основном с фрустрацией потребности в общении, принятии, признании (социальными потребностями), в то время как у здоровых мальчиков – с неприятной деятельностью, действиями, а у здоровых девочек – с негативной социальной оценкой со стороны взрослых.

3. При сравнении индексов ситуативной тревожности у матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами и ситуативной тревожности у матерей здоровых детей выявлены достоверные различия (статистическая значимость t-критерия Стьюдента $p=0,0000848$ (при $p=0,001$). Причем выявлено, что уровень ситуативной тревожности матерей психосоматических детей достоверно выше, чем у матерей здоровых детей.

4. При сравнении индексов личностной тревожности у матерей психосоматических детей и личностной тревожности у матерей здоровых детей выявлены достоверные различия (статистическая значимость t-критерия Стьюдента $p=0,00512312$). Выявлено, что уровень личностной тревожности матерей психосоматических детей достоверно выше, чем у матерей здоровых детей.

5. Выявлено, что существует взаимосвязь уровня ситуативной и личностной тревожности матери и наличием тревожности у ее ребенка: чем выше уровень ситуативной тревожности матери на фоне ее высокой личностной тревожности, тем выше уровень тревожности у ее ребенка и тем выше вероятность возникновения психосоматического расстройства у ее ребенка старшего дошкольного возраста.

6. В ходе исследования удалось выявить значимые различия в особенностях материнско-детского эмоционального взаимодействия матерей, воспитывающих здоровых детей и детей с различными психосоматическими расстройствами. Подтверждено, что низкий уровень безусловного принятия ребенка, стремления к телесному контакту, умения оказывать эмоциональную поддержку, воздействовать на состояние ребенка со стороны матери, принятия себя в качестве родителя выступают фактором формирования психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

7. Прежде чем организовать коррекционно-развивающие занятия с детьми, необходимо провести просветительскую и коррекционно-развивающую работу с матерями, так как их связь с ребенком наиболее значимая в развитии тревожности, в подкреплении часто повторяющихся проявлений психосоматических расстройств. Все матери психосоматических детей отрицают влияние психологических факторов на состояние здоровья ребенка или не осознают ее. Кроме того, нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом. При создании благоприятной среды, воздействуя на «проблемные места» ребенка через мать, результативность психокоррекционной работы психолога непосредственно с детьми будет оптимальной.

8. Данные, полученные в ходе контрольного эксперимента, подтверждают, что предложенная программа консультаций позволила значительно снизить уровень ситуативной и личностной тревожности у

матерей детей с психосоматическими проявлениями, а также уровень тревожности у самих детей старшего дошкольного возраста. Статистический расчет Т-критерия Вилкоксона показал значимость различий на 0,91% уровне достоверности.

9. Результаты по всем компонентам эмоционального взаимодействия матерей со своими детьми улучшились. Если раньше показатели по этим компонентам у всех матерей экспериментальной группы были ниже расчетного критического значения, то после контрольного эксперимента, у всех матерей наблюдается положительная динамика, а у троих матерей показатели по компонентам «способность воспринимать состояние ребенка», безусловное принятие» и «принятие себя в качестве родителя» превысили критические расчетные значения. Можно сделать вывод о повышении уровня родительских компетенций, смены неэффективного типа эмоционального материнского взаимодействия на эффективный.

10. У всех детей значительно снизились психосоматические проявления, что позволит предотвратить в дальнейшем развитие психосоматических расстройств и заболеваний. Помимо этого, проведенные с детьми коррекционные мероприятия по снижению тревожности, повышению самооценки помогли избежать повышения уровня тревожности перед поступлением в школу, что способствовало легкой адаптации.

11. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что предложенная программа консультаций и коррекционно-развивающих мероприятий является эффективной для снижения уровня тревожности у матерей и их детей с психосоматическими проявлениями старшего дошкольного возраста, оптимизации материнского эмоционального взаимодействия со своими детьми и как следствие для снижения психосоматических проявлений у детей, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Заключение

Актуальность исследования обусловлена тем, что, несмотря на признанность психосоматики одним из важнейших разделов клинической психологии, объект ее изучения, а именно психосоматическое расстройство, особенно в детском возрасте и его профилактика остается одной из самых противоречивых и малоизученных категорий в медицинской и психологической науке, что и обусловило актуальность данного исследования.

В данной работе была описана специфика работы психолога консультанта с матерями и их детьми с психосоматическими расстройствами. На первом этапе данного исследования мы осуществляли изучение и анализ психологической литературы по проблеме исследования; занимались разработкой категориального аппарата; уточняли тему, задачи и гипотезу исследования. Мы проанализировали научную психологическую литературу по проблеме исследования, описали понятие феномена с точки зрения разных ученых, описали существующие классификации, сформировали категориальный аппарат исследования, описали критерии исследования. Также осуществлялся подбор методов изучения факторов, влияющих на возникновение психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста и методы эффективной работы с ними.

Для проверки гипотезы на втором этапе проведено исследование, включающее диагностику ситуативной и личностной тревожности матерей и уровня тревожности их детей, а также как взаимосвязаны эти показатели. Рассмотрели и выявили компоненты материнско-детского эмоционального реагирования, влияющие на возникновение психосоматического расстройства у детей.

Третьим этапом стало проведение психологических консультаций с матерями детей с ПСР, самими детьми. В ходе консультативных встреч

решались основные задачи по снижению уровня тревожности у матерей и их детей, повышению эффективности материнско-детского эмоционального взаимодействия. По результатам консультирования проведена повторная диагностика и подведены основные итоги исследования.

Сделан вывод о том, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник гипнотерапии, игротерапии, арт-терапии, РЭТ Элисса является эффективным средством психологической помощи женщинам, воспитывающим детей с психосоматическими расстройствами, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость:

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что рассмотрены и обобщены причины психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста. Выявлены наиболее информативные факторы ПСР у детей и их взаимосвязь с компонентами материнско-детского эмоционального взаимодействия.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и описанию специфики программы индивидуального и группового психологического консультирования матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами. Результаты исследования могут быть использованы в индивидуальном и групповом консультировании. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов и педагогов детских садов.

Список используемых источников

1. Аликин И.А. Нормативность родительского отношения / И.А. Аликин // Современная семья: проблемы сопровождения: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2006. С. 31–34.
2. Ананьев В.А. Психология здоровья– СПб.: Речь, 2006. 384 с.
3. Антропов Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
4. Астапов В.М. Тревожность у детей / В.М. Астапов. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 224 с.
5. Браун Дж. Теория и практика семейной психотерапии / Дж. Браун, Д. Кристенсен. – СПб.: Питер, 2001. – 352 с.
6. Белогай К.Н. Культурные модели материнства и отцовства как факторы формирования родительского отношения / К.Н. Белогай // Журнал практического психолога. – 2005. – № 5. – С. 41–46.
7. Берн Ш. Гендерная психология / Ш. Берн. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. – 320 с.
8. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. – М.: Академический Проект, 2006. – 232 с.
9. Бреслов Г. Половые различия и современное школьное образование / Г. Бреслов, Б. Хасан // Вопросы психологии. – 1990. – №3. – С.66–67.
10. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия: краткий лекционный курс / А.Я. Варга, Т.С. Драбкина. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
11. Волкова Е. О Специфике взаимодействия с тревожными детьми / Е. Волкова, Н. Мишина // Дошкольное воспитание. – 2005. – № 10. – С. 39–45.
12. Вылегжанина Г.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка к различным видам деятельности:

основные подходы и методы изучения / Г.Г. Вылегжанина // Вестник КрасГУ. Гуманитарная серия. 3/1. – Красноярск, 2006. – С.108–113.

13. Вылегжанина Г.Г. Часто болеющий ребенок: факторы и механизмы развития личности / Г.Г. Вылегжанина // Развитие личности больного ребенка: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева, 2004. – С.22–29.

14. Габдреева Г.Ш. Основные аспекты проблемы тревожности в психологии / Г.Ш. Габдреева // Тонус. – 2000. – № 5. – С. 32–39.

15. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия / В.И. Гарбузов. – СПб.: Наука, 1994. – 160 с.

16. Гидденс Э. Социология / Э. Гидденс. – М., 1999. – 153 с.

17. Глэддинг С. Психологическое консультирование / С. Глэддинг. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 736 с.

18. Груздева О.В. Социальные и биологические детерминанты личностного развития соматически больных детей дошкольного возраста / О.В. Груздева // Развитие личности больного ребенка: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева, 2004. – С. 12–21.

19. Груздева О.В. Значение мотивации на пути преодоления болезни. Оценка мотивации. Способы повышения мотивации. / О.В. Груздева, Е.Ю. Епреева, М.А. Еремеева // Развитие личности больного ребенка: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева, 2004. – С. 38–49.

20. Докучаева С.О. Влияние родительской семьи на построение супружеской семьи в последующем поколении / С.О. Докучаева // Психологическая наука и образование. – 2004. – №3. – С.41–55.

21. Довгая Н.А. Влияние факторов семейной ситуации на эмоциональное развитие дошкольника / Н.А. Довгая // Психолог в детском саду. – 2006. – № 4. – С. 66–76.

22. Дубовик Е.Ю. Влияние тревожности на развитие ребенка дошкольного возраста / Е.Ю. Дубовик // Эмоционально-волевое развитие

ребенка: диагностика и коррекция: мат. 9-й Регион. Науч.- практ. Конф. 21–22 февраля 2007 г. / Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 13–15.

23. Дубовик Е.Ю. Некоторые особенности эмоциональной сферы соматически больного ребенка / Е.Ю. Дубовик, С.В. Чекрякова // Развитие личности больного ребенка: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева, 2004. – С. 29–37.

24. Дубовик Е.Ю. Тревожность у детей дошкольного возраста: учеб. Пособ. / Е.Ю. Дубовик; Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2006. – 100 с.

25. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на гендерные особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 13. – С. 324–334.

26. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию к выздоровлению у часто болеющего ребенка дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева // Мотивационно-потребностное развитие ребенка: материалы 10-й Регион. Науч.- практ. Конф. 27–28 февраля 2008 года / Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 52–57.

27. Дусказиева Ж.Г. Неэффективное родительское отношение как фактор развития тревожности у мальчиков и девочек старшего дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева, Е.Ю. Дубовик // Психология психических состояний: теория и практика: мат. 1-й Всерос. Науч.-практ. Конф. 13-15 ноября 2008 г. В 2 ч. Ч. 1. Казань: ЗАО «Новое знание», 2008. – С. 312–315.

28. Дусказиева Ж.Г. Особенности родительского отношения отцов и матерей к часто болеющим мальчикам и девочкам старшего дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева // Омский научный вестник. – 2008. – № 6 (74). – С. 108–110.

29. Дусказиева Ж.Г. Роль взрослого в возникновении тревожности ребенка / Ж.Г. Дусказиева, В.О. Штумф // Эмоционально-волевое развитие ребенка: диагностика и коррекция: мат. 9-й регион. Науч.-практ. Конф. 21–22 февраля 2007 г. / Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 75–81.
30. Дусказиева Ж.Г. / Специфика психологического сопровождения тревожных детей в ДОУ / Ж.Г. Дусказиева // Эмоционально-волевое развитие ребенка: диагностика и коррекция: мат. 9-й регион. Науч.-практ. Конф., 21–22 февраля 2007 г. / Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 96–100.
31. Еремеева В.Д. Девочки и мальчики – два разных мира / В.Д. Еремеева, Т.П. Хризман. – М.: Линка-Пресс, 1998. – 184 с.
32. Жарков Г.В. Гендерная психология в современной России: западные методологические схемы и отечественная культурно-историческая ситуация / Г.В. Жарков // Психологические проблемы современной семьи: мат. 2-й Всерос. Науч. Конф.; под. Ред. В.К. Шабельникова, А.Д. Лидерса: В 3 ч. Ч. 2. – М., 2005. – С.37–40.
33. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования / Г.В. Залевский. – Томск: Томский государственный университет, 2006. – 150 с.
34. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. – 336 с. (Достижения в психологии).
35. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка / А.И. Захаров. – М., 1993. – 192 с.
36. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.И. Захаров. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
37. Захаров А.И. Что снится нашим детям / А.И. Захаров. – СПб.: Дельта; М.: Изд-во АСТ, 1997. – 432 с.
38. Земляникина-Огнева М.Л. Синдром «часто болеющий ребенок».

Профилактика и методы лечения / М.Л. Земляникина-Огнева. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2006. – 125 с.

39. Зерницкий О.Б. Взаимосвязь родительского отношения с психоэмоциональными состояниями детей с тяжелыми соматическими заболеваниями / О.Б. Зерницкий // Семейная терапия. – 2005. – №3. – С.29–43.

40. Змановская Е.В. Девиантология / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2003. – 288 с.

41. Иванова И.В. Идентичность личности и ее развитие у детей 6–9 лет / И.В. Иванова // Психолог в детском саду. – 2006. – №2. – С. 17–21.

42. Иванова М.В. Психологические особенности формирования гендерной идентичности в младшем школьном возрасте: монография / М.В. Иванова, О.В. Коваленко. – Иркутск, 2005. – 114 с.

43. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб., 2002. – 460 с.

44. Исаев Д.Н. Отношение родителей и болезнь ребенка // Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия / Д.Н. Исаев; сост. И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – С.150–151.

45. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб., 1996. – 453 с.

46. Исаев Д.И. Психосоматические расстройства у детей / Д.И. Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.

47. Исаев Д.Н. Формирование внутренней картины болезни у детей и психосоматическая медицина / Д.Н. Исаев // Вопросы психического здоровья детей и подростков (Науч.-прак. Журн. Психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2001. – №1. – С.20–26.

48. Каган В.Е. Когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей 3–7 лет / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 2000. – № 2. – С. 65–69.

49. Каменская В.Г. К школьной жизни готов! Диагностика и

критерии готовности дошкольника к школьному обучению / В.Г. Каменская, С.В. Зверева. – СПб.: Детство-Пресс, 2004. – 120с.

50. Каптерев П.Ф. О детском страхе / П.Ф. Каптерев // Народное образование. – 2000. – № 3. – С. 257–267.

51. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка / О.А. Карабанова. – М.: Российская академия развития, 1997. – 192 с.

52. Касаткина В.И. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей бронхиальной астмой / В.И. Касаткина, Ю.Л. Михеева // Школа здоровья. – 1998. – № 1. – С.76–78.

53. Киммел М. Гендерное общество / М. Киммел. – М.: Российская политическая энциклопедия, 2006. – 464 с.

54. Клецина И.С. Гендерная социализация / И.С. Клецина. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – 175 с.

55. Клецина И.С. Психология гендерных отношений: теория и практика / И.С. Клецина. – СПб.: Алетейя, 2004. – 408 с.

56. Клецина И.С. Теоретические проблемы гендерной психологии / И.С. Клецина // Мир психологии. – 2001. – №4. – С. 163–165.

57. Клиническая психология: учебник. – 2-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 960 с.

58. Клюева Н.В. Учим детей общению. Характер, коммуникабельность / Н.В. Клюева, Ю.В. Касаткина. – Ярославль: Академия развития, 1997. – 240 с.

59. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В.А. Ковалевский. – Красноярск: КГПУ, 1997. – 124 с.

60. Ковалевский В.А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум / В.А. Ковалевский, В.А. Урываев. – Красноярск: КрасГМА; Ярославль: ЯГМА, 2006. – 88 с.

61. Козлова А.В. Работа ДОУ с семьей / А.В. Козлова, Р.П. Дешеулина. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 112 с.

62. Козловская Н.В. Исследование влияния детско-родительских отношений на уровень тревожности детей старшего дошкольного возраста / Н.В. Козловская // Психологические проблемы современной семьи: мат. 2-й Всерос. Науч. Конф.; под. Ред. В.К. Шабельникова, А.Д. Лидерса: В 3 ч. Ч. 2. – М., 2005. – С. 208–219.
63. Кон И.С. Ребенок и общество / И.С. Кон. – М.: Академия, 2003. – 336 с.
64. Кончаловская М.М. Факторы, влияющие на формирование личностной идентичности у детей 5–7 лет / М.М. Кончаловская // Психолог в детском саду. – 2005. – №3. – С. 32–44.
65. Короленко Ц.П. Идентичность в норме и патологии / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: НГПУ, 2000. – 256 с.
66. Косов А.В. Специфика изменений в эмоционально-личностной сфере ребенка, воспитывающегося в условиях депривации отцовского влияния / А.В. Косов, О.В. Мазина // Психолог в детском саду. – 2006. – № 4. – С. 77–95.
67. Костикова И.В. Введение в гендерные исследования / И.В. Костикова. – 2-е изд. – М.: Аспект-Пресс, 2005. – 255с.
68. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми / Л.М. Костина. – СПб.: Речь, 2003. – 160 с.
69. Котова Е.В. Методы активного социально-психологического обучения: учеб. Пособ. / Е.В. Котова. – 2-е изд., перераб. И доп.– Красноярск: РИО КГПУ, 2004. – 188 с.
70. Кочубей Б.И. Эмоциональная неустойчивость школьника / Б.И. Кочубей, Е.В. Новикова // Психологическое консультирование в школе. – Пермь, 1993. – С. 99–115.
71. Кошелева А.Д. Эмоциональное развитие дошкольников / А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, О. Шаграева. – М.: Академия, 2003. – 176 с.
72. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб., 2001. – 992 с.

73. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей / Н.Л. Кряжева. – Ярославль: Академия развития, 1996. – 208 с.
74. Кудрина Г.Я. Диагностические методы обследования детей дошкольного возраста / Г.Я. Кудрина. – Иркутск: Институт информации и рекламы, 1993. – 78с.
75. Куницына В.Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
76. Лебедева Н.Н. Игровая терапия с тревожными детьми / Н.Н. Лебедева. – СПб.: Речь, 2003. – 160 с.
77. Лебедева Л.В. Некоторые особенности переживания коммуникативного стресса детьми дошкольного возраста / Л.В. Лебедева, Е.А. Рождественская // Сибирский психологический журнал. – Томск, 1999. – Вып. 10. – С. 75–77.
78. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1969. – № 1. – С. 38–39.
79. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М., 1964. – 380 с.
80. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. Дошкольный возраст / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – СПб: Речь, 2001. – 190 с.
81. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г.Л. Лэндрет. – М., 1994. – 368 с.
82. Макшанцева Л.В. Тревожность и возможности ее снижения у детей, начинающих посещать детский сад / Л.В. Макшанцева // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С. 39–47.
83. Марцинковская Т.Д. История психологии: учеб. Пособ. Для студ. Высш. Учеб. Завед. – М.: Академия, 2003. – 544с.
84. Мейер В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
85. Менегетти А. Психосоматика: пер. с итал. ННБФ «Онтопсихология» / А. Менегетти. – М., 2007. – 360 с.

86. Морган У.П. Ситуативная тревога и результативная деятельность / У.П. Морган, К.А. Эликсон // Вопросы психологии. – 1990. – №3. – С. 155–161.
87. Мягков И.Ф. Медицинская психология. Основы патопсихологии и психопатологии / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков. – М.: Логос. – 232 с.
88. Немов Р.С. Психология. Психодиагностика: в 3 кн. / Р.С. Немов. Кн. 3 – М.: ВЛАДОС, 2001. – 640 с.
89. Нижегородцева Н.В. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе / Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадриков. – М.: Владос, 2001. – 256 с.
90. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 168 с.
91. Николс М. Семейная терапия. Концепции и методы / М. Николс, Р. Шварц. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.
92. Основы психологии: практикум / под ред. Л.Д. Столяренко. – Ростов н / Д: Феникс, 1999. – 576 с.
93. Оудсхорн Д.Н. Семья ребенка-пациента // Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия / Д.Н. Оудсхорн; сост. И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – С. 56–61.
94. Петрова Е. Ночные кошмары, или Если ребенку приснился страшный сон / Е. Петрова // Детский сад со всех сторон. – 2001. – № 9. – С. 45–47.
95. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С.11–17.
96. Психолог в детском дошкольном учреждении: метод. Рекомен. К практич. Деятельности / под ред. Т.В. Лаврентьевой. – М., 1996. – 144 с.
97. Психологические тесты: в 2 т. / под ред. В.В. Карелина. Т. 2.– М.: Владос, 2002. – 248 с.
98. Реан А.А. Проблемы личности и психотерапии при пограничных

расстройствах и соматических заболеваниях / А.А. Реан, Е.И. Петанова // Вопросы психологии. – 1996. – № 4. – С. 138–140.

99. Рогов Е.И. Психология отношений мужчины и женщины / Е.И. Рогов. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 288 с.

100. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: система работы психолога с детьми разного возраста: учеб. Пособ.: в 2 кн. / Е.И. Рогов. Кн. 1. – 2-е изд.– М.: ВЛАДОС, 1999. – 384 с.

101. Рождественская Е.А. Особенности проявления тревожности и ригидности в актуальном состоянии преподавателей, переживающих коммуникативный стресс / Е.А.Рождественская // Вестник Томского государственного университета. – 1999. – № 268. – С.120–122.

102. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам; пер. с англ., общ. Ред. Л.П. Петровской. –2-е изд. – М.: Прогресс, 1993. – 368 с.

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

104. Самоукина Н.В. Игры в школе и дома: Психотехнические упражнения и коррекционные программы / Н.В. Самоукина. – М.: Новая школа, 1995. – 144 с.

105. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко. – СПб.: Речь, 2007. – 350 с.

106. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений / Н.Ю. Синягина. М.: ВЛАДОС, 2003. – 96с.

107. Смирнова Е.О. Психологический анализ трудностей матери в отношениях с ребенком / Е.О. Смирнова, Т.А. Кошкарлова // Семейная психология и семейная терапия. 2006. №1. С.100–104.

108. Соколова О.М. Особенности жизнедеятельности родительской семьи, влияющие на развитие тревожности личности // Психологические проблемы современной семьи: мат. 2-й Всерос. Науч. Конф.; под. Ред. В.К. Шабельникова, А.Д. Лидерса: В 3 ч. Ч. 3. – М., 2005. – С. 298–302.

109. Сокольская М.В. Личностное здоровье человека (теоретический аспект) / М.В. Сокольская. – Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2007. – 223 с.
110. Спринц А.М. Психиатрия / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, И.Г. Грачева. СПб.: СпецЛит, 2002. 382 с.
111. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
112. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. СПб.: Питер, 2001. 384 с.
113. Целуйко В.М. Проблема становления гендерной идентичности ребенка в семье / В.М. Целуйко, М.А.Толстых // Психологические проблемы современной семьи: мат. 2-й Всерос. Науч. Конф.; под. Ред. В.К. Шабельникова, А.Д. Лидерса: В 3 ч. Ч. 3. М., 2005. С. 470–488.
114. Чекалина А.А. О влиянии родительских установок на формирование гендерной идентичности ребенка // Мир психологии. – 2004. – № 2. С. 107–112.
115. Чистякова М.А. Психогимнастика М.: Просвещение, 1995. 160 с.
116. Шабельников В.К. Функциональная психология М.: Академический проект, 2004. – 592 с.
117. Шейнов В.П. Психологическое влияние Минск: Харвест, 2007. 640 с.
118. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога Ростов н /Д: Феникс, 2004. 384 с.
119. Штумф В.О. Игровая и арт–терапия как методы психологической коррекции и психотерапии проблем детско-родительских отношений // Современная семья: проблемы сопровождения: сборник статей Краснояр. Гос. Пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2006. С. 281–289.
120. Шербина А.В. Мужчина и женщина в современном мире // Вестник МГУ. Педагогическое образование. 2003. №1. С. 92–98.
121. Щербатых Ю.В. Психология страха М.: Эксмо-Пресс, 2002. 512с.

122. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

123. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. Пособ. Для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. 336 с.

124. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден; пер. с англ. Т. Саушкиной. 2-е изд. СПб.: Речь, 2002. – 352 с.

Приложение А

Таблица 1. Результаты по методике КРС до формирующего эксперимента

Имя	Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
Иван	8	11	2	0	0
Кристина	5	9	13	5	6
Тимофей	9	5	1	1	3
Арсений	6	6	9	4	0
София	4	8	6	3	4

Таблица 2. Результаты по методике КРС после формирующего эксперимента

Имя	Благоприятная семейная ситуация	Тревожность	Конфликтность в семье	Чувство неполноценности в семейной ситуации	Враждебность в семейной ситуации
Иван	10	6	1	0	0
Кристина	8	5	9	3	2
Тимофей	10	4	1	1	0
Арсений	8	4	6	2	0
София	7	4	4	1	2

Таблица 3. Уровень ситуативной и личностной тревожности у матерей детей с психосоматическими проявлениями до и после формирующего эксперимента

Матери	До формирующего эксперимента		После формирующего эксперимента	
	ситуативная тревожность	личностная тревожность	ситуативная тревожность	личностная тревожность
Ольга О.	60	55	50	45
Татьяна	60	65	50	50
Людмила	62	60	50	50
Ольга	60	60	45	50
Наталья	75	70	55	60

Таблица 4. Уровень тревожности у детей с психосоматическими проявлениями до и после формирующего эксперимента:

Дети	До формирующего эксперимента			После формирующего эксперимента		
	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень
Иван	60				40	
Кристина	65				35	
Тимофей	64				40	
Арсений	80				40	
София	80				45	

Таблица 5. Эмоциональное взаимодействие матерей по методике ОДРЭВ до формирующего эксперимента

Компоненты (в скобках критические значения)	До формирующего эксперимента					После формирующего эксперимента				
	Ольга О.	Татьяна	Людмила	Ольга	Наталья	Ольга О.	Татьяна	Людмила	Ольга	Наталья
Способность воспринимать состояние (3,7)	2,6	3,0	3,2	2,8	3,4	3,8	3,4	3,8	3,2	3,8
Безусловное принятие (3,2)	2,8	3,0	2,8	3	3	3	3,2	3,4	3,4	3,4
Принятие себя в качестве родителя (3,1)	2,8	2,4	2,6	2,4	2,6	3,3	3,0	3,0	3,2	3,2
Стремление к телесному контакту (3,3)	2,6	2,8	2,6	2,6	2,2	3,4	3,2	3,0	3,2	3,0
Умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка (3,2)	2,6	2,4	3,0	3,0	2,4	3,2	3,2	3,4	3,4	3,0

Таблица 6. Данные о наличии ПСР и их проявлений у детей до и после формирующего эксперимента

Дети	Проявления до формирующего эксперимента	Проявления после формирующего эксперимента
Иван	тревожность, быстрая утомляемость, головные боли (вследствие мышечного напряжения, стресса, мигрени, изменения погоды, голода), сердцебиение, одышка, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха.	Редкие головные боли, гиперемия кожи при волнении за год 2 ОРВИ не переходящих в бронхит
Кристина	беспричинный плач, нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, демонстративная рвота, тревожность, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость.	Неспособность расслабиться В течение года мочевой пузырь не беспокоил
Тимофей	скованность, повышенная тревожность, трудности разговорной речи, повышенная обидчивость и беспричинный плач, гиперемия кожи при волнении, нарушения аппетита, рвота во время еды, непереносимость отдельных видов пищи, неоднократно повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе.	Гиперемия кожи при волнении, избирательность в еде запоры стали возникать гораздо реже
Арсений	нарушения сна (трудности с засыпанием, сноговорение, кошмары), нежелание шутить, улыбаться, высокий уровень нерешительности, потливость, головокружения, головные боли, сердцебиение, гиперемия кожи при волнении, ощущение нехватки воздуха, ком в горле, тремор, субфебрилитет неясного происхождения (может быть следствием сосудистой дистонии), эпизодический кожный зуд, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, страх, паника.	Беспокойство по мелочам, ощущение скованности и напряжения Расстройство в ремиссии в течение полугода
София	нежелание улыбаться, высокий уровень нерешительности, нарушения аппетита, повторяющиеся кожные высыпания, боли в животе, тревожность, беспокойство по мелочам, ощущения напряжения и скованности, неспособность расслабиться, быстрая утомляемость	нерешительность, скованность аллергические высыпания прекратились

**Как преодолеть тревожность и другие разрушительные эмоции
(тренинг для матерей с элементами рационально-эмотивной терапии)**

Цели тренинга:

1. Преодоление тревожности и других разрушительных эмоций родителей как необходимое условие снижения тревожности у их детей.
2. Оптимизация родительского отношения.

Задачи:

1. Довести до осознания родителей возможность преодоления разрушительных эмоций посредством разума.
2. Развить у родителей способность к самопринятию, к безусловному принятию собственного ребенка.
3. Научить родителей выявлять иррациональные убеждения, опровергать их и заменять на рациональные, конструктивные.
4. Преодолеть фиксированные формы семейного поведения.
5. Научить родителей совладать с ранее тревожащей ситуацией.

Занятие 1

Время проведения: 75 мин.

Ход занятия:

Знакомство с группой. Выявление ожиданий участников тренинга от занятий.

Основы РЭПТ А. Эллиса. Рациональное и иррациональное в человеке. Эмоции и мышление. Сила разума. **Тревога и тревожность.** Оправданная и неоправданная тревога, критерии определения вида тревоги.

Вопросы к аудитории: Что такое тревога? Тревожность?

Тревога – врожденное свойство человека; временное состояние, возникающее при определенных условиях (угроза потери, безопасности и т. Д.).

Наиболее часто термин «**тревога**» используется для описания неприятного по своей природе **психического состояния**, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны сопровождается активизацией автономной нервной системы. Данное состояние возникает, когда человек воспринимает определенные раздражители или ситуации как несущие в себе актуально или потенциально элементы угрозы, опасности, вреда. Тревога как состояние в норме переживается каждым здоровым человеком в случаях, предполагающих предвосхищение негативных результатов. Т.о. тревога – это временное состояние, а **тревожность** – это черта личности, свойство очень часто переживать состояние тревоги. Зачастую повышенная тревожность доставляет человеку значительные неудобства, мешает полноценно жить.

Тревога бывает:

- оправданная (возникает при условии реальной угрозы, мобилизует силы организма для решения проблемы, побуждает человека к активности, может предотвратить реальную угрозу; при устранении угрожающего стимула исчезает);
- неоправданная (возникает при мнимой угрозе, например, предвосхищение неудачи на предстоящем публичном выступлении без всяких на то оснований; наносит вред здоровью, часто истощает физически и эмоционально).

Вопросы к аудитории: Почему вы хотите преодолеть повышенную тревожность? Какой именно вред она вам наносит?

Совместное определение причин, по которым участники группы желают преодолеть повышенную тревожность (эффект «туннельного восприятия»), снижение контроля над своим поведением, неосознанно

передается тревожно-мнительный тип реагирования от родителей детям, мышечные зажимы, психосоматические проявления, лишение болеющего ребенка самостоятельности и др.). Объяснить роль фиксированных форм семейного поведения в формировании тревожности ребенка.

Путь преодоления повышенной тревожности:

1-й шаг – признание ее наличия;

2-й шаг – изучение ситуаций, провоцирующих тревогу, а также своих реакций;

3-й шаг – осознание, когда тревога играет для конкретного человека положительную роль (выявить ситуации из жизни), а когда отрицательную, разрушительную (выявить ситуации).

Остальные шаги будут рассмотрены на следующих занятиях.

Практическое упражнение. Вспомните, когда и где вы испытываете тревогу.

Составьте таблицу (таблица 29).

Таблица 29 – Выявление событий, вызывающих тревогу, и ответного поведения

Событие, вызывающее тревогу (А)	Мое ответное поведение, реакции, которые последовали за событием (С)
1.	А. Б ...
2.	А. Б ...

А теперь определите, является эта тревога оправданной или неоправданной. Для этого необходимо оценить, помогают ли вам эти переживания, это поведение конструктивно завершить ситуацию, добиться положительных результатов, сохраняя при этом хорошее самочувствие.

Для оценки используются следующие критерии:

- помогает ли мне это добиваться своих целей?
- помогает или мешает мое поведение тем, кто дорог мне?

– помогает ли мне это в отношениях с окружающими?

– испытывая это чувство, я избавляюсь от дискомфорта, вызванного событием?

– влияет ли это чувство негативно на мое самочувствие и здоровье, эмоциональное состояние моего ребенка?

Если хотя бы по одному из перечисленных критериев вы получаете негативный ответ, тревогу можно отнести к **неоправданной, разрушительной**.

Далее участники анализируют составленные таблицы.

Домашнее задание. Продолжить заполнение таблицы. Сделать вывод, какие ситуации чаще всего вызывают неоправданную тревогу.

Занятие 2

Время проведения: 75 мин.

Ход занятия:

3. Проверка домашнего задания.

Озвучить, какие именно ситуации чаще могут вызывать тревогу.

Разобрать один из примеров, выделив в нем «А» и «С».

Как вы думаете, само ли «А» вызывает у вас «С» (тревогу) со всеми вытекающими последствиями?

4. Схема «А – В – С» и ее интерпретация

Эмоция не является непосредственной реакцией на ситуацию. Наша тревога вызвана не самой ситуацией, а мыслями по поводу этой ситуации. Т. Е. не «А» вызвало «С», а то, как мы воспринимаем и интерпретируем для себя это «А». Назовем этот элемент «В» (наши мысли). Получается схема «А – В – С», где «А» – это активирующее событие, ситуация (реальная или ожидаемая), стимул; «В» – это мысли об этой ситуации; убеждения, ожидания, установки, верования, представление о ситуации из прошлого опыта или со слов других людей, интерпретация и выводы; «С» – это последствия: эмоции, чувства, поведение.

Первое, что мы делаем, когда возникает тяжелая для нас ситуация, – пытаемся ее изменить, т. е. поменять «А». Но не всегда это возможно, кроме того, это «А» появится в жизни еще не раз, заставляя нас испытывать разрушительные чувства «С».

Возможен ли другой путь, чтобы избавиться от разрушительных мыслей, чувств, поступков, если мы не можем поменять (избежать) событие «А»?

Что лучше сделать, чтобы поменять наше «С» на более комфортное, более здоровое? (заслушать ответы)

Ответ. Надо изменить «В» (восприятие ситуации, свое отношение к ней), а для этого необходимо выявить, что нам в нашей голове мешает воспринимать ситуацию менее болезненно? (заслушать ответы)

Ответ. Разрушительные мысли (иррациональные убеждения, установки).

Виды и последствия иррациональных взглядов (ИВ)

Рассмотрение наиболее распространенных ИВ, которые мешают воспринимать ситуацию по-другому, которые вызывают неприятные чувства и разрушительное поведение.

Все ИВ делятся на 3 основных вида:

- **завышенные требования к себе** («Я должен быть успешным», «Я должна быть отличной матерью», «Я должна сделать все, чтобы мой ребенок никогда ни в чем не ощущал нужды», «Я должна уберечь своего ребенка от любого риска для здоровья»);
- **завышенные требования к другим** («Другие люди должны относиться ко мне справедливо», «Все дети должны относиться к моему ребенку хорошо», «Воспитатели должны делать все, чтобы мой ребенок не простыл в группе»);
- **завышенные требования к жизни** («Условия моей жизни должны быть комфортными, и я не переживу худших условий», «Жизнь в моей семье должна быть такой, какой я мечтаю ее видеть», «Мой ребенок не должен испытывать никаких неудобств в жизни»).

Эти убеждения «должен», «обязан», «надо» иногда помогают нам в кризисных ситуациях, например когда человек болен, находится в постели и ему надо скорее выздороветь, чтобы зарабатывать себе и семье деньги на еду и пр. Но чаще всего эти догматичные требования приводят нас к разрушительному «С». Они могут породить у человека снижение самооценки, неврозы, нарушения супружеских и детско-родительских отношений (привести несколько примеров).

Получается, что не само по себе событие, ситуация («А») вызывает разрушительную эмоцию («С»), а то, как мы воспринимаем эту ситуацию («В»).

Дифференциация «здоровые – нездоровые эмоции»

Здоровые эмоции

Грусть

Раздражение

Озабоченность

Раскаивание

Сожаление

Неудовлетворенность

Это здоровые реакции на Нереализованные желания. Без разрушительных последствий для здоровья

Нездоровые эмоции

Депрессия

Гнев

Тревога

Вина

Стыд

Чувство неполноценности

Зависть

Ревность

Основаны на требованиях «должен». Разрушительны для поведения и здоровья

Соответственно, если мы хотим испытывать здоровые эмоции, то необходимо сделать **4-й шаг: выявить свои ИВ**, которые лежат в основе наших нездоровых чувств и поведения. Для того чтобы выявить ИВ, мы должны понимать следующее:

1. Человек по своей природе несовершенен. Все люди, и я тоже, не идеальны. Они могут не делать того, что обещали, вести себя не так, как нам хотелось. Отсюда вытекает **правило 1: ПРИНЯТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО НЕСОВЕРШЕНСТВА**.

2. Человеку свойственно всегда чего-то требовать. Люди с детства переводят свои «хочу» в требования и приказы. **Правило 2: ПРИНЯТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ ТРЕБОВАТЬ.**

3. Трудности и неприятности – неизбежное условие жизни людей. Не все неприятности мы можем изменить (например, смертельная болезнь). **Правило 3: ПРИНЯТИЕ ВОЗМОЖНОЙ НЕИЗМЕНЯЕМОСТИ НЕПРИЯТНОСТЕЙ.**

4. Только мы сами ответственны за наши расстройства, за наши чувства и поведение. Именно мы заставляем себя реагировать определенным образом, а не другие люди или обстоятельства. **Правило 4: ПРИНЯТИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЮ ЖИЗНЬ.**

5. Люди часто ставят свою ценность в зависимость от случайных факторов, которые изменяются, например: «Если я не смогла уберечь своего ребенка от болезни, значит, я плохая мать». **Правило 5: ЧЕЛОВЕК САМ ПО СЕБЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНОСТЬЮ, И НЕ НУЖНО ОЦЕНИВАТЬ СЕБЯ КАК ЛИЧНОСТЬ ПО КАКИМ-ТО ОТДЕЛЬНЫМ УСПЕХАМ (НЕУСПЕХАМ).** Ошибка в сверхобобщении: человек делает вывод, что если он не смог достичь определенной цели (одна его сторона), то он неудачник в целом.

Правило 6: САМОПРИНЯТИЕ. Если мы сможем принять себя как несовершенных созданий со всеми вытекающими последствиями, то у нас появится больше шансов минимизировать свои ошибки и психологические проблемы, чем когда мы проклинаем себя за них. Важно **не путать смирение и принятие.** **Смирение** – когда мы понимаем случившееся, миримся с тем, что есть, и не пытаемся это изменить, т. к. мы с этим ничего не можем поделать. **Принятие** – когда мы понимаем случившееся, но не смиряемся с этим, а выносим урок из ошибок и продолжаем стремиться к совершенству.

Освоив эти правила, нам будет легче выявить свои ИВ.

5. **Домашнее задание.** Выявить свои «должен», «обязан», «надо» (с детства), и на их основе определить фиксированные формы семейного

поведения, способствующие формированию тревожности взрослого и ребенка.

Занятие 3

Время проведения: 75 мин.

Ход занятия:

1. Проверка домашнего задания. Идентификация ИВ.

2. Упражнение. Раздаточный материал – наиболее распространенные ИВ.

Все должны любить меня (моего ребенка). Будет невыносимо, если кто-то «значимый» откажет мне или подумает плохо про меня / моего ребенка (следствие слишком сильного беспокойства по поводу мнения окружающих).

Никогда нельзя терпеть неудачу, нужно всегда все делать отлично (чрезмерно высокие требования к себе в работе, в воспитании детей и т. Д.).

Все должно быть таким, каким мне хочется видеть. Если этого не произойдет, мне этого не перенести (нереалистичные ожидания, катастрофизация).

Все мои неприятности из-за плохих людей: ребенок заболел, потому что воспитатель недосмотрела / плохие условия в группе детского сада / врачи неправильно лечили (перенос своей ответственности на других, завышенные требования к окружающим).

У каждой проблемы есть единственное, наилучшее решение, и мне его нужно найти, и немедленно! (отвергаются «неидеальные» решения, которые могли бы привести к позитивным последствиям).

Легче избегать трудной ситуации и ответственности за нее, чем потом разбираться с ней (проявление чрезмерной пассивности, избегание риска).

Причина всего происходящего со мной – моих чувств, поступков – в моем прошлом (объяснение неудач событиями прошлого, уход от ответственности за свои чувства, поступки, поведение). Например, «Я не

могу меньше опекать своего ребенка, потому что меня мама опекала также и меня приучила к такому же поведению».

На свете не должно быть плохих людей / поступков / обстоятельств (чрезмерный идеализм, который приводит к постоянным разочарованиям в людях, в жизни).

Я должен быть сильным (заботливым, умным, аккуратным и т. Д.) несмотря ни на что (неоправданные / завышенные требования к себе).

Какие из прочитанных ИВ вы можете отнести к себе?

Какие наиболее распространены среди ваших родственников, друзей?

Примеры разрушительного действия ИВ (из жизни).

6. Пользуясь таблицей, составленной участниками группы дома, необходимо найти те ИВ, которые приводят к дезадаптивной тревоге «С» и ее разрушительным последствиям.

Таблица 30 – Выявление иррациональных убеждений, лежащих в основе дезадаптивной тревоги

Событие, ситуация (А)	Последствия, реакции, эмоции (С)	Иррациональные взгляды, убеждения (ИВ)
1. ... 2. ...	Тревога	1. ... 2. ...

Кроме тревоги, какие еще бывают здоровые и нездоровые эмоции (фронтальный опрос)? Давайте выделим из них нездоровые, которые ведут к разрушительным последствиям. (Ответ: депрессия, гнев, вина, стыд, ревность, зависть, жалость к себе, чувство собственной никчемности и др.)

Происхождение вышеперечисленных чувств:

ГНЕВ часто связан с осуждением людей за то, что они не соответствуют нашим требованиям.

ВИНУ может порождать завышенное требование к себе.

СТРАХ может быть связан с преувеличением значимости ожидаемой неприятности, а также с завышенными требованиями к себе.

ДЕПРЕССИЯ – это завышенные требования к жизни. Когда она не соответствует нашим требованиям, мы чувствуем себя несчастным.

Домашнее задание. Составить таблицу (таблица 31), в которой отобразить наиболее характерные для вас нездоровые чувства и попробовать выявить, какие ИВ привели к тому или иному нездоровому «С».

Таблица 31 – Выявление иррациональных убеждений, лежащих в основе «нездоровых» чувств и поведения

Событие, ситуация (А)	Последствия, реакции, эмоции (С)	Иррациональные взгляды, убеждения (ИВ)
	Гнев Страх за себя Страх за ребенка Депрессия Ощущение, что я никому не нужен Ненависть к себе....	

Занятие 4-5

Время проведения: 90 мин.

Ход занятия:

Проверка домашнего задания (см. Таблицу 31).

Опровержение ИВ, замена их на рациональные взгляды (РВ)

– Мы с вами уже научились выявлять ИВ, а сегодня узнаем, как от них избавиться, как поменять их на рациональные взгляды, убеждения, чтобы испытывать в дальнейшем только здоровые эмоции.

5-й шаг – опровержение ИВ, дискуссия с ИВ

Задаем логические и эмпирические вопросы для того, чтобы опровергнуть или оспорить ИВ. Т.е. играем роль адвокатов по отношению к себе и обвинителей по отношению к ИВ. Но! Если нас мучает чувство вины, то

играем роль адвокатов по отношению к себе, а если депрессия (считаем, что мир нам дает меньше, чем «обязан») – то обвинителей.

Каждому ИВ задаем вопросы: 1) это верно? 2) это логично? 3) это полезно? Как будто делаем вызов ИВ: «А ну-ка, докажи, что ты имеешь право на существование в моей голове! Докажи, что ты логичен и не мешаешь мне жить! Докажи, что ты мне нужен!»

Например, выявили у себя ИВ: «Я должна быть умной и интересной»

Задаем опровергающие ИВ вопросы: «Почему я должна быть умной и интересной?», «Кому я должна это?», «Кто сказал, что я должна быть именно такой?», «Для чего лично мне это надо?», «Где и в каком законе написано, что я не имею право быть не такой...?»

6-й шаг – Замена ИВ на РВ

требования _____ на _____ предпочтения, пожелания
не «должен» _____ а «хочется», «мне бы хотелось»
«обязан» _____ «понравилось бы»

Упражнение «замена ИВ на РВ». Составить и заполнить таблицу в зависимости от выявленных родителем собственных ИВ (таблица 32).

Таблица 32 – Опровержение иррациональных взглядов (ИВ)

Иррациональные (неразумные, разрушительные) взгляды, которые приводят к негативным последствиям	Опровержение ИВ. Дискутирование по поводу каждого ИВ.	Рациональные (эффективные, разумные) взгляды, которые приведут к более успешному, полезному поведению
1. Я должна любыми способами уберечь своего ребенка от болезни, иначе я плохая мать.		
2. Моего ребенка должны любить и ценить все окружающие (и дети, и взрослые).		
3. Если у моего ребенка выявлена высокая тревожность, то обязанность психолога – сделать так, чтобы ребенок перестал быть тревожным.		

7. Вокруг слишком много плохих, недобрых детей, и надо оградить своего ребенка от общения с ними.		
5. ...		

Подведение итогов.

Теперь мы знаем, как преодолеть повышенную тревожность и другие разрушительные эмоции:

1-й шаг: признание наличия разрушительной (деструктивной) тревоги (страха, обиды и пр.).

2-й шаг: изучение ситуаций, провоцирующих разрушительную тревогу (страх, обиду и пр.), а также своих реакций.

3-й шаг: осознание, когда тревога (страх, обида и пр.) играет для конкретного человека положительную роль (выявить ситуации из жизни), а когда отрицательную, разрушительную (выявить ситуации).

4-й шаг: выявить иррациональные взгляды, которые лежат в основе наших нездоровых чувств и поведения.

5-й шаг: опровержение иррациональных взглядов.

6-й шаг: замена иррациональных взглядов на рациональные, что повлечет за собой смену разрушительных переживаний на нормальные (адаптивные) эмоции [132; 136; 142; 149].

В конце занятия **5 рефлексия:** «Что изменилось в моем восприятии себя (своего ребенка, болезни своего ребенка, определенных ситуаций и пр.)?».

Приложение В

Ребенок с психосоматическим расстройством. Разрываем замкнутый круг. Социальная ситуация развития. Механизм и причины

ВОЗНИКНОВЕНИЯ

(консультация для матерей)

Под **психосоматическими расстройствами** мы понимаем расстройства функций органов и систем, обусловленных психическими нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально неполноценных или поврежденных висцеральных системах.

Обобщая представления разных авторов о психосоматических расстройствах в детском возрасте можно выделить следующие признаки: хроническое течение; значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания; преморбидные (то есть предрасполагающие к заболеванию) характеристики личности, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.; недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии, положительный эффект при применении психотерапии.

Психосоматические расстройства для детского возраста характерны в большей степени, чем для взрослого, так как у детей недостаточна деятельность регуляторной деятельности коры головного мозга, степень готовности к функционированию той или иной соматической системы, психологическая и биологическая защита затруднены.

Кроме того, играют большую роль возрастные особенности детей, проявляющиеся в большой эмоциональности, зависимости от взрослого, раздражительности, восприимчивости, уязвимости к психоэмоциональным стрессам.

Задолго до формирования выраженной клинической картины психосоматических расстройств под влиянием неблагоприятных обстоятельств у детей могут внезапно появиться сердцебиения, боли в

сердце, затруднения в дыхании или одышка, головные боли, головокружения, боли в животе, рвоты, поносы и другие расстройства. Эти остро развивающиеся эпизоды обычно кратковременны. Они прекращаются с выходом ребенка из трудной для него ситуации, однако могут повторяться в случае новой встречи со стрессовым фактором. Такие острые психосоматические расстройства – признак хронической тревожности ребенка и показатель его склонности к развитию стойкого психосоматического заболевания.

Задолго до возникновения психосоматических расстройств у детей можно обнаружить отдельные признаки стойкого эмоционального напряжения, а также такие проявления, которые условно можно разделить и обозначить как: преневротические, вегетодистонические, соматические и психические. Опросник «Признаки психического напряжения и невротических тенденций у детей» и тест А.И. Захарова на оценку уровня тревожности у ребенка выдаются матерям в качестве раздаточных материалов для отслеживания проявлений в динамике.

Выраженные психосоматические расстройства могут поражать практически любые органы и системы. Для понимания генеза, более эффективной диагностики, лечения и профилактики психосоматические расстройства систематизируют, основываясь на разных принципах: патогенетическом, анатомо-физиологическом (локализованном), возрастном, синдромальном и т.д.

При резком и массивном воздействии вредоносного фактора психосоматические заболевания начинаются остро. В других случаях граница между психическим здоровьем и болезнью бывает настолько нечеткой, что при определении начала и продолжительности психосоматического заболевания возможны ошибки, исчисляемые годами. Такое незаметное, медленное начало характерно для хронически протекающих психопатологий. Вместе с тем нередко наблюдаются случаи, когда остро начавшееся заболевание в последующем переходит в

хроническую форму и растягивается на многие годы или, наоборот, длительное, постепенное начало болезни вдруг прерывается резким обострением с быстрым усложнением симптоматики, а затем происходит переход в устойчивую ремиссию с возвращением человека к нормальному образу жизни. Кроме того, то, что принимается за острое начало, при внимательном изучении иногда оказывается уже манифестацией психопатологии, не распознанной на раннем этапе постепенного накопления болезненных изменений. Так, эпизодические, редкие, невыраженные функциональные нарушения на фоне незначительного, кратковременного эмоционального проявления являются адаптационной реакцией и не должны расцениваться как психосоматические расстройства. Учащение, фиксация при усилении как соматических, так и аффективных проявлений, свидетельствуют о наличии психосоматических реакций. Что касается психосоматических состояний (по продолжительности месяцы, с обратимым нарушением некоторых функций) и тем более заболеваний, то клинические проявления их с определенностью свидетельствуют о патологии.

Очень часто больные с психосоматическими расстройствами (или их родители, в случае с детьми) обычно считают себя только физически больными людьми. Физические расстройства могут действительно присутствовать, но они носят, как правило, функциональный характер и не объясняют природу и выраженность симптоматики. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны со стрессом, с внутриличностными конфликтами, больной (или в случае с маленькими детьми – его родитель) обычно сопротивляется попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов.

Существует огромное количество факторов, способных вызвать психосоматическое заболевание. При этом фактор может стать причиной только при определенных условиях, запускающих патогенетический механизм. Патогенетические механизмы наследственно детерминированы

(физиологические, в том числе рефлекторные, биохимические, электрофизиологические, психические реакции и структурные изменения органов и тканей). Вследствие чего одна и та же причина может запускать разные программы.

Встреча с вредоносным фактором еще не означает фатальной неизбежности заболевания. Для того чтобы неблагоприятное воздействие вызвало заболевание, необходимо определенное состояние организма. Таким образом, причина болезни не может быть приравнена к самому этому неблагоприятному фактору. Это есть процесс взаимодействия болезнетворного влияния с организмом, способным соответствующим образом воспринять это влияние. Реализуется предрасположение в заболевание или нет — это в значительной степени зависит от условий той среды, в которой живет и работает человек. Изучение внешнесредовых воздействий, в связи с которыми начинается заболевание, чрезвычайно важно для целей психопрофилактики.

Важно подчеркнуть, что без наличия причины, только предрасполагающие к этому условия не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. На практике бывает крайне трудно, а порой и невозможно разделить причины и условия заболевания в каждом конкретном случае.

Причина заболевания может действовать одномоментно, но она приводит в движение большое число компенсаторных и приспособительных ответов, включающихся последовательно по типу цепной реакции. Одна и та же причина может вводить в действие разные программы, какую именно — зависит от дополнительных условий. Вместе с тем разные причины могут замыкаться на одну и ту же программу, иметь одинаковый патогенез.

В патогенезе психосоматических расстройств Исаев Д.Н. выделяет неспецифическую наследственность и врожденную отягощенность соматическими нарушениями и дефектами; наследственную предрасположенность к психосоматическим расстройствам;

нейродинамические сдвиги; личностные особенности; психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий; фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенностей психотравмирующих событий; нахождение в кризисном возрастном периоде.

Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают ребенка уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

В ходе теоретического анализа мы выявили, что у детей старшего дошкольного возраста, наиболее информативными факторами, детерминирующими психосоматические расстройства, являются повышенная тревожность и материнско-детские отношения. В ходе нашего исследования удалось выявить значимые различия в особенностях материнско-детского эмоционального взаимодействия матерей, воспитывающих здоровых детей и детей с различными психосоматическими расстройствами. Подтверждено, что низкий уровень безусловного принятия ребенка, стремления к телесному контакту, умения оказывать эмоциональную поддержку, воздействовать на состояние ребенка со стороны матери, принятия себя в качестве родителя выступают фактором формирования психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста.

Помимо этого, риск возникновения психосоматических расстройств у детей старшего дошкольного возраста обусловлен наличием психологических выгод, как у матери, так и у ребенка, подкрепляемых матерью. Кроме того, болезнь ставит ребенка в особую социальную ситуацию развития, пусковыми механизмами которой являются противоречия между стремлением ребенка осуществить важную для него деятельность и возникающими преградами, определяемыми ситуацией болезни. В таких семьях создается особая социальная ситуация развития, характеризующаяся своей дефицитностью для развития личности ребенка

(ограничение двигательной активности, круга общения, фрустрация познавательной функции, разрушение игровой деятельности).

Ниже приведены факторы условия, способствующие возникновению аффективных расстройств и их соматизации за счет нарушения функционирования отдельных органов и систем.

6. Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам (дисфункция вегетативной нервной системы)
7. Нейродинамические сдвиги, способствующие накоплению эмоционального напряжения
8. Особенности личности (характерологические особенности – тревожность, меланхоличность, гиперчувствительность к раздражителям, склонность к фиксации на негативном аффекте и др.)
9. Психическое и физическое состояние в момент действия стрессора, благоприятствующее его патогенному воздействию, и большая субъективная значимость стрессора.
10. Особенности психотравмирующих событий

К психологическим качествам и особенностям личности, обуславливающим формирование психосоматических расстройств в детском возрасте, можно отнести: психофизический инфантилизм, когнитивно-эмоциональный дисбаланс, эгоцентризм (преимущественно вследствие воспитания по типу «кумир семьи»), перфекционизм, сниженный импульс-контроль (непереносимость отсрочки удовлетворения потребностей), тревожность, «выученную беспомощность», низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций, замкнутость, сдержанность, недоверчивость, сенситивность, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижение высоких результатов.

Из-за своей болезни ребенку приходится длительное время проводить в домашних условиях, где в большинстве случаев круг общения ограничен до минимума (ребенок – родитель). При этом родители склонны переоценивать страдания ребенка, и, относясь к нему, как к тяжелобольному, они фиксируют внимание дошкольника на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения. В таких семьях создается особая социальная ситуация развития, характеризующаяся своей дефицитностью для развития личности ребенка (ограничение двигательной активности, круга общения, фрустрация познавательной функции, разрушение игровой деятельности).

Наблюдается своеобразная «изоляция» часто болеющих дошкольников, которая, по-видимому, искажает представление ребенка о заболевании и усугубляет его переживания по данному поводу. Дети старшего дошкольного возраста могут еще не осознавать тяжесть своего заболевания, но сама обстановка, в которой находится больной ребенок, значительно влияет на формирование отношения ребенка к своему заболеванию. Если ребенок находится в больнице, где ему приходится переносить тяжелые процедуры, наблюдать за страданиями других детей, за поведением родителей (например, слезы мамы в присутствии ребенка, особенно, если она при этом перестает следить за собой), если происходят неожиданно быстрые ухудшения собственного состояния, то он может постепенно, опосредованно осознать тяжесть своей болезни. Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, нередко воспринимают заболевание как наказание за плохое поведение, как ограничение активности.

Развитие ребенка в условиях частых заболеваний значительно влияет на формирование его личности. Некоторые исследования показывают, что болезнь «выгодна», потому что дает ребенку приблизиться к матери, получить эмоциональную поддержку в виде повышенной заботы и внимания. С одной стороны, на сознательном уровне, ребенок понимает, что болезнь

мешает ему (нельзя ходить на улицу, есть мороженое, необходимо принимать горькие лекарства и пр.), и хочет перестать болеть, но с другой стороны, на бессознательном уровне, он получает психологическую выгоду от заболевания (внимание, забота). Таким образом, отношение часто болеющего ребенка к своему заболеванию имеет амбивалентный характер.

Здесь мы сталкиваемся с механизмом замкнутого круга. Допустим, первоначально у ребенка возникло заболевание. Он перестает посещать детский сад, остается дома, условия его жизни меняются в лучшую сторону (не надо рано вставать и идти в детский сад; снижаются требования со стороны взрослых; ребенок получает больше внимания и заботы; теперь ему многое позволено; не надо проявлять активность, если чего-то захотелось – надо просто позвать маму). Это и есть так называемая неосознанная психологическая выгода от заболевания. Когда ребенок выздоравливает, его условия жизни «невыгодно» для него меняются (теперь надо рано вставать; жить по режиму, а не как захочется, прикладывать волевые усилия для получения чего-либо; снова появляются требования-обязанности; уменьшается количество внимания и заботы со стороны близких и т.д.). Тогда мозг и подает сигнал телу снова «бежать в болезнь». Круг замкнулся.

Как же помочь ребенку преодолеть повторяющееся заболевание, разорвать замкнутый круг?

Лечение психосоматических заболеваний должно носить комплексный характер и включать в себя психотерапевтическую коррекцию (когнитивно-поведенческая, игровая, арт-терапия) и рациональную фармакотерапию. При этом очень важным является оказание помощи, не только детям, но и их родителям.

Прежде всего, надо помочь ему сильно захотеть выздороветь. Для этого необходимо «забрать» у него психологические «выгоды» от болезни. Условия, когда он болеет, не должны значительно отличаться от условий, когда ребенок здоров, тогда и возникнет желание поскорее выздороветь.

Кроме того, у родителей также может быть положительное подкрепление, возможно неосознаваемое. Например, болезнь ребенка может «примирить» родителей после ссоры. Примерение, являясь положительным подкреплением, может впоследствии «провоцировать» болезнь ребенка снова и снова. Нередко встречаются так называемые «психосоматические семьи», где ребенок как носитель симптома является показателем неблагополучия всей семейной системы в целом. Так, например, мать с помощью болезни сына может удерживать отца ребенка в семье, бессознательно подкрепляя психологическую выгоду от болезни ребенка. В этом случае, например, боль в животе у ребенка может остановить на время конфликт между супругами и сфокусировать их внимание на болезни сына. Эти вторичные выгоды родителям необходимо осознать.

Необходимо также поменять собственное восприятие ребенка. Теперь он не «больной без обязанностей, с особыми привилегиями, слабый, беззащитный, которого нужно во всем контролировать и опекать», а «здоровый, полноправный член семьи, имеющий собственные обязанности в семье, несущий за них ответственность, в меру самостоятельный человек», для которого вы – образец поведения.

Отец должен участвовать в жизни ребенка не меньше, чем мать. Отец формирует в характере ребенка многие черты, которые не сможет показать ему мама. Подключайте отца к совместным играм, прогулкам, решению вопросов о здоровье ребенка.

Если ребенок заболел, не стоит очень эмоционально реагировать при ребенке, узнав диагноз, так как он будет относиться к заболеванию так же, как относитесь вы сами. Тревога, страх быстро «заражают» ребенка, что может стать препятствием к его выздоровлению.

Режим (условия жизни, средства, методы воспитания) дома не должен значительно отличаться от режима в детском саду.

Лучшим средством борьбы с психосоматическими расстройствами их проявлениями будет их профилактика. Матерям необходимо следить за

своим эмоциональным состоянием, обращать внимание, прежде всего, на проявления повышенной тревожности. Стараться распределять свои ресурсы равномерно по всем сферам жизни, чтобы оставаться в ресурсном состоянии. Не стремиться быть идеальной во всех сферах жизни, в том числе и идеальной матерью, снижать самокритичность. Уметь попросить о помощи, поддержке, при необходимости обратиться к специалистам.

Если ребенок заболел, важно кроме лечебного воздействия и психологическое: настраивайте ребенка на скорейшее выздоровление, давайте ему позитивные установки, культивируйте здоровье и меньше говорите с ним и при нем о болезнях.

Выполняя все эти условия, вы поможете часто болеющему ребенку перейти в статус здорового.

Как помочь ребенку преодолеть высокую тревожность, страхи и обрести уверенность в себе

(консультация для матерей)

Беспокойство, тревога, страх – такие же неотъемлемые эмоциональные проявления нашей психической жизни, как и радость, восхищение, гнев. Но очень важно, чтобы они не мешали нам полноценно жить!

Тревога – это эпизодические проявления беспокойства и волнения. Физиологическими проявлениями тревоги являются учащенное сердцебиение, поверхностное дыхание, сухость во рту, ком в горле, слабость в ногах. Однако кроме физиологических существуют еще и поведенческие признаки проявления тревоги: ребенок начинает грызть ногти, качаться на стуле, барабанить пальцами по столу, тереть волосы, крутить в руках разные предметы и др.

Состояние тревоги не всегда можно рассматривать как негативное состояние. Иногда именно тревога становится причиной мобилизации потенциальных возможностей. Так, убегая от преследователя, человек

развивает скорость бега значительно выше, чем в обычном, спокойном состоянии.

В связи с этим различают **мобилизующую** тревогу (дает дополнительный импульс) и **расслабляющую** (парализует человека). Какой вид тревоги будет испытывать человек чаще – во многом зависит от стиля воспитания в дошкольном возрасте. Если родители постоянно пытаются убедить ребенка в его беспомощности, то в дальнейшем в определенные моменты он будет переживать расслабляющую тревогу, если же, напротив, родители настраивают ребенка на достижение успеха через преодоление препятствия, то в ответственные моменты он будет испытывать мобилизующую тревогу.

Часто возникающие проявления тревоги могут перерасти в устойчивое состояние, которое получило название «**тревожность**». Тревожность (в отличие от тревоги) – это уже черта личности! Выделяют следующие виды тревожности: ситуативная, связанная с конкретной ситуацией, и личностная, проявляющаяся постоянно. Вопрос о причинах возникновения тревожности в настоящее время остается открытым. Однако многие авторы одной из причин повышенного уровня тревожности дошкольников считают **высокую тревожность матери**.

Одним из компонентов, наиболее интенсивно влияющих на возникновение тревожности у ребенка, является **личность матери**, обладающая такими чертами, как повышенная мнительность и тревожность, неуверенность, непоследовательность, непредсказуемость, излишне эмоциональное отношение к любым мелочам в поведении ребенка, низкий уровень эмпатии (умение чувствовать эмоциональное состояние ребенка), повышенная чувствительность, эмоциональность, противоречивость личности в целом, доминантность, эгоцентричность, преувеличенное желание соответствовать общественным нормам, недостаток нежности и способности к ласкам.

У матерей есть и общие черты, влияющие на возникновение тревожности у детей: недостаточная уверенность в себе, или, шире, неадекватный уровень самооценки; проблемы личностного самоопределения, в том числе чувство внутренней неудовлетворенности; неустойчивость, противоречивость личности, «подавление в себе» чувств и переживаний, недостаточная пластичность, образность мышления; некоторая негибкость, способствующая развитию гиперсоциализированных черт характера (преувеличенное желание соответствовать общественным нормам); эгоцентризм; излишняя холодность и требовательность, чрезмерный рационализм; повышенная тревожность; периодические депрессии, вызывающие эмоциональное отвержение ребенка.

Многие исследователи указывают, что чаще всего **порождают тревогу у ребенка следующие причины:** отсутствие у матери эмоционального контакта с ребенком или чрезмерная его интенсивность; неприятие ребенка таким, какой он есть (безусловно); неверие в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, ответственным; неуважение ребенка, недоверие к нему; чрезмерная тревога за ребенка и чрезмерная забота о нем (распространено в семьях с психосоматическими детьми); предъявление ребенку повышенных требований – без учета его реальных возможностей; противоречивость требований родителей; усвоение ребенком тревожного типа реагирования от родителя, чаще от мамы.

Страх – эмоция, представляющая собой тревогу в «объективизированной» форме (Захаров А.И., 2000), то есть когда тревога находит объект (вода, паук, собака, темнота, замкнутое пространство и пр.), она становится страхом. Эмоцию страха переживают люди в любом возрасте, однако каждому возрасту присущи и так называемые «возрастные страхи», имеющие временный, возрастной характер. Детские страхи, если к ним правильно относиться, понимать причины их проявления, чаще всего исчезают бесследно. Если же они болезненно заострены или же сохраняются длительное время, то это заслуживает специального внимания. Обычно это

свидетельствует о каком-либо неблагополучии, нервной ослабленности детей, неправильном поведении члена(ов) семьи, незнании ими психических и возрастных особенностей ребенка, наличии у них самих страхов, конфликтных отношений в семье. Первые проявления страха наблюдаются у детей уже в младенческом возрасте. К 2 годам существенно увеличиваются страхи перед засыпанием, особенно у мальчиков, что связано с более частыми у них «кошмарными сновидениями». Начиная со 2 года жизни, постепенно растет страх наказания со стороны родителей, который обусловлен возросшей активностью детей и запретами со стороны взрослых.

Излишняя строгость родителей, недостаток их любви находят свое отражение во сне ребенка в виде сказочных персонажей: страх волка встречается у эмоционально чувствительных и впечатлительных детей с развитым чувством «Я», инстинктом самосохранения в возрасте повышенной чувствительности к боли. Страх боли типичен в ситуации частых угроз, физических наказаний и конфликтов в семье при грубости и жестокости взрослых, прежде всего отца, или его фактическом или психологическом отсутствии. Страх волка может возникнуть и под влиянием внушения, запугивания. Во всех случаях он проявляется во сне с 2 лет, затем начинает звучать и днем у мальчиков и девочек 4 лет – в возрасте наиболее интенсивного развития эмоциональной сферы.

К 3 годам в «кошмарных» сновидениях начинает фигурировать и Баба Яга, отражающая проблемы ребенка во взаимоотношениях со строгой матерью, которая недостаточно ласкова, часто грозит наказаниями и излишне формальна в отношениях с ним. Таким образом, если Баба Яга может быть произвольно ассоциирована с матерью, то Волк (а также Кощей, Бармалей) – с отцом.

Для возраста от 3 до 5 лет характерна триада страхов: одиночества, темноты и замкнутого пространства (эти страхи тесно связаны между собой). В таком случае ребенок не остается один при засыпании, постоянно зовет мать. В комнате должен гореть свет (ночник), дверь должна быть

приоткрыта, и желательно присутствие родителя рядом, пока ребенок засыпает (лучше нежно поговорить с ребенком, погладить его по голове).

Одной из характерных особенностей психики детей старшего дошкольного возраста (5–7 лет) является интенсивное развитие абстрактного мышления, способность к обобщению, классификации, осознание категории времени и пространства, поиск ответов на вопросы: «Откуда все взялось?», «Зачем живут люди?» и т. Д. Это возраст наибольшей выраженности страхов, что обусловлено не столько эмоциональным развитием, сколько развитием мышления – возросшим пониманием опасности. Связующим звеном страхов у старших дошкольников будет страх смерти. Страх смерти тесно связан со страхами нападения, заболевания, смерти родителей, страшных снов, темноты, сказочных персонажей, стихии огня, пожара и войны. Все эти страхи имеют своей мотивацией угрозу для жизни, если не прямую, то связанную со смертью родителей, появлением в темноте и снах чудовищ. Нападение со стороны кого-либо (в том числе животных), равно как и болезнь, может обернуться непоправимым несчастьем, увечьем, смертью. То же относится и к буре, урагану, наводнению, землетрясению, огню, пожару и войне – как непосредственным угрозам для жизни. Возникновение страха смерти означает осознание необратимости происходящих возрастных изменений. Ребенок начинает понимать, что взросление на каком-то этапе знаменует собой смерть, неизбежность которой вызывает беспокойство как эмоциональное неприятие рациональной необходимости умереть. Страх смерти чаще встречается у детей, у которых обнаруживаются в 8 мес. Страхи незнакомых лиц, а также некоторая осторожность и предусмотрительность при начале ходьбы.

У 6-летних детей уже хорошо развито понимание того, что кроме «хороших», добрых, отзывчивых родителей есть и «плохие» (несправедливо относящиеся к ребенку, которые ссорятся и не могут найти согласия между собой). Отражение мы находим в типичных для данного возраста страхах перед чертями как нарушителями социальных правил и сложившихся

устоев, а заодно и как представителями потустороннего мира. В большей степени подвержены боязни чертей послушные дети, испытывавшие характерное для возраста чувство вины при нарушении правил, предписаний значимых для них авторитетных лиц.

В 6-летнем возрасте детей одолевают тревога и сомнения в отношении своего будущего: «А вдруг я не буду красивой?»; «А вдруг я не вырасту сильным?»; в 7-летнем возрасте наблюдается мнительность: «А мы не опоздаем?»; «А если мне не купят завтра...?» и т. Д.

Возрастные проявления навязчивости, тревожности и мнительности сами проходят, если родители жизнерадостны, спокойны и уверены в себе, а также если они учитывают индивидуальные и половые особенности своего ребенка.

На проявление страхов влияет пол ребенка: страх смерти максимально выражен у мальчиков в 7 лет, а позже – в 13 лет; у девочек – в 6 лет. Максимально представлен страх животных и сказочных персонажей в 5 лет и в 3 года у мальчиков, в 6 лет – у девочек. Страх глубины ярко выражен у мальчиков 6 и 7 лет, у девочек 7 лет; страшных снов – у мальчиков 6 лет, у девочек 5, 6 и 7 лет; страх огня – у мальчиков в 6 лет, у девочек в 5, 6, 7 и 9 лет. Нарастает в старшем дошкольном возрасте, сохраняясь на высоком уровне в дальнейшем, страх пожара: в 6 и 7 лет у мальчиков и в 6–7 лет у девочек; страх нападения – в 6 и 7 лет у мальчиков и в 7 лет у девочек; страх войны – в 6 и 7 лет у мальчиков и в 7 лет у девочек. В отличие от мальчиков, у девочек в рассматриваемом возрасте подчеркнуты страхи: заболеть – в 7 лет, наказания – в 7 лет, перед засыпанием – в 5–8 лет и сказочных персонажей – в 5 лет. Данные страхи являются **нормой**, если не отражаются на психофизическом состоянии ребенка (боится подойти к воде (животному, кукле и пр.), болит голова, живот, плачет чаще, чем обычно – плохой признак), не мешают ежедневному сну ребенка (просыпается от кошмарных сновидений, боится засыпать – плохой признак) и не появляются в его рисунках постоянно.

Часто **предпосылками и причинами** появления у детей **высокой тревожности, страхов** являются издержки воспитания в семье и особенности ее структуры:

- излишний традиционализм в семье (взаимоотношения с ребенком построены по принципу «должен» и «обязан»);
- эмоциональный шантаж (когда родители говорят ребенку: «Смотри, как мне плохо из-за тебя» или «Таким поведением ты добьешься моей смерти»). Они манипулируют его чувствами, а ребенок постоянно чувствует страх, что беда действительно случится. Сюда можно отнести и высмеивание ребенка на людях, что позднее сформирует обиду на взрослых, ненависть к ним и желание отомстить);
- открытые послы и прямые угрозы («Если ты не соберешь вещи, то я тебе устрою» и пр.). Невротичные дети с патологическим страхом наказания обычно мало улыбаются, могут вообще не смеяться, ходят, сутулясь, нередко имеют тикозные расстройства;
- чрезмерный контроль (постоянные перепроверки, ограничения, запреты). У такого ребенка вырабатывается страх перед собственной ответственностью, он все время боится ошибиться, принять неверное решение, по несколько раз переспрашивает, становится пассивным;
- отдаленность родителей (когда родители часто оставляют ребенка на длительный срок в группе продленного дня, в лагере, у знакомых, ребенок может почувствовать себя брошенным, что, в свою очередь, способствует появлению страха одиночества);
- неполные семьи;
- доминирующая мать в семье при ведомом, тревожном отце;
- единственные дети в семье более подвержены страхам.

Как помочь своему ребенку избавиться от страха, снизить повышенную тревожность?

Прежде всего, в борьбе со страхом помогает рисование, ребенок как бы переносит свой страх из головы на лист бумаги, материализуя, конкретизируя его. Это поможет снизить степень переживания страха. Сначала можно предложить ребенку нарисовать того, кого он боится. Затем поговорите с ним об этом персонаже. Предложите ребенку дорисовать к персонажу какие-нибудь детали, «чтобы сделать его добрым, чтобы он перестал пугать детей» и т. Д. (например, к Волку подрисовать яркий бантик или цветок). Затем можно сочинить вместе с ребенком историю про то, как этот персонаж стал добрым. Главное условие – ни в коем случае нельзя после того, как ребенок нарисовал свой страх, оставить его со своими «страшными мыслями», надо обязательно завершить «выход» страха чем-то позитивным. Еще один вариант – предложить ему нарисовать еще один рисунок, где он победит свой страх («А теперь представь, что тебе подарили меч для того, чтобы ты победил Змея Горыныча», и т. П.).

Для избавления от конкретных страхов поможет игра с куклами. Купите ребенку куклу, образа которой он боится, и предложите с ней поиграть. Ребенок должен выбрать сам; если не желает брать эту куклу, пусть возьмет другой персонаж. Вы можете постепенно присоединиться к его игре с куклой, играя роль того персонажа, которого он боится. Спросите его: «Почему ты меня (Волка, Кощея, врача...) боишься?» Скажите, что вы (волки и др.) не всегда злые, бываете и добрыми, и умеете дружить, печь пирожки... Угостите его пирожком. Нужно стремиться к тому, чтобы образ страшного персонажа взял на себя сам ребенок (не навязывать ему, а предлагать: «Хочешь, ты сегодня будешь Волком, а я Зайчиком?», «А давай я буду пациентом, а ты врачом и будешь ставить мне укол?»).

Если страх не конкретный и ребенок боится, к примеру, темноты, замкнутого пространства, то здесь помогут подвижные игры: «пятнашки» (снятие накопившегося напряжения, обеспечение эмоциональной разрядки, преодоление страха неожиданного воздействия); «жмурки» (преодоление страха замкнутого пространства, темноты); «прятки» (преодоление страха

темноты, одиночества и замкнутого пространства, а также ассоциированных со смертью страхов чудовищ, привидений, невидимок), игры с мячом («передай другому», «кто поймает» и др.), направленные на снятие напряжения, скованности, избытка торможения, предупреждение неуверенности в себе, застенчивости и др. [37].

Угроза невротической тревоги и страха будет снята только при комплексном подходе к ребенку: совместно со специальными играми и упражнениями необходимо укреплять организм ребенка и повышать его защитные резервные силы (закаливание, гимнастика и др.).

Необходимо:

- постоянно укреплять уверенность ребенка в себе и своих силах;
- привлекать к выполнению различных поручений, связанных с общением;
- дома расширять круг знакомств ребенка, разнообразить маршруты прогулок.

В воспитании необходимо придерживаться последовательности, единства требований, избегать криков, скандалов при ребенке, не манипулировать его чувствами.

Тревожные дети, как правило, застенчивы, у них низкая самооценка, поэтому прежде всего необходимо избегать сравнения ребенка с другими (если данное сравнение не в его пользу) и чаще хвалить его, отмечать любой, даже незначительный успех. Нельзя унижать ребенка, наказывать его – ребенок должен понимать, что «плохой» не он сам, а его поступок.

Включение ребенка в любую новую игру должно проходить поэтапно. Желательно, чтобы сначала ребенок ознакомился с правилами игры, посмотрел, как в нее играют, а только затем, когда возникнет желание, присоединился к коллективу. Иногда лучше пригласить близкого друга ребенка. Привыкнув к парной игре, такой ребенок легче войдет в играющий коллектив. Если вводите новую игру, то для того, чтобы ребенок не ощущал опасности от встречи с чем-то неизвестным, лучше проводить ее на

материале, уже знакомом ему. Можно использовать часть инструкций или правил из игры, в которую ребенок уже играл.

Лучше избегать соревновательных моментов и игр, в которых учитывается скорость выполнения задания (например, «Кто быстрее»). Вводить подобные игры следует постепенно, для начала привлекая к игре близких людей, которым ребенок доверяет [30].

Как правило, состояние тревоги, страха сопровождается сильным зажимом различных групп мышц, поэтому с данной категорией детей необходимо периодически проводить релаксационные и дыхательные упражнения. Если взрослый обращается к тревожному ребенку, он должен постараться установить визуальный контакт, прямое общение «глаза в глаза» вселяет чувство доверия в душу ребенка.

Эмоциональное напряжение тревожных детей чаще всего проявляется в мышечных зажимах в области лица и шеи. Кроме того, им свойственно зажатие мышц живота. Чтобы помочь детям снизить напряжение – и мышечное, и эмоциональное, - можно научить их выполнять релаксационные (расслабляющие) упражнения. Кроме релаксационных игр в работе с тревожными детьми необходимо использовать игры, в основе которых лежит телесный контакт с ребенком. Очень полезными являются игры с песком, глиной, водой, различные техники рисования красками (пальцами, ладошками и т. Д.). Использование элементов массажа и даже простое растирание тела способствуют снятию мышечного напряжения.

В случае если вышеперечисленные мероприятия не имеют положительного результата и страх / высокая тревожность являются устойчивыми, нарушая привычную жизнь ребенка, следует обратиться к специалисту (детскому психологу, психотерапевту).

Приложение Г

Коррекционно-развивающие занятия с детьми

Направления работы с детьми:

- **«Я и мое тело».** Эти упражнения направлены на преодоление замкнутости, пассивности, скованности детей, а также на двигательное раскрепощение, снятие мышечных зажимов. Это важно, так как только физически свободно чувствующий себя ребенок спокоен и психологически защищен.

- **«Я и мой язык».** Игры и упражнения, направленные на развитие языка жестов, мимики и пантомимики, на понимание того, что кроме речевых существуют и другие средства общения. Тревожные дети имеют мышечные зажимы, что затрудняет выражение их чувств невербальным путем.

- **«Я и мои эмоции».** Игры и упражнения, направленные на знакомство с эмоциями человека, осознание своих эмоций, а также на распознавание эмоциональных реакций других людей и развитие умения адекватно выражать свои эмоции. Преодоление гендерных стереотипов в поведении, касающемся выражения чувств.

- **«Я и Я».** Игры и упражнения, направленные на признание собственной индивидуальности, повышение самооценки, осознание собственных возможностей, формирование позитивного самовосприятия.

- **«Я и другие».** Игры, направленные на развитие у детей навыков совместной деятельности, чувства общности, понимания индивидуальных особенностей других людей, понимание того, что все люди разные. Формирование представления о бесконфликтном межполовом общении.

«Я и мое тело»

«Путаница». Игра для нескольких детей. Они встают в круг, закрывают глаза и, вытянув вперед руки, сходятся в центре. Правой рукой каждый берет за руку любого другого ребенка, левая оставлена для того, чтобы за нее кто-то взялся. После этого все открывают глаза. Взрослый помогает детям в том, чтобы за одну руку взялся только один ребенок. Таким образом, образуется путаница. Задача детей – распутаться, не отпуская рук.

В этой игре хорошо использовать веселую, бодрящую музыку.

«Насос и мяч». Игра может проводиться в группе и индивидуально. Один из участников (может быть, взрослый) становится насосом, другие – мячами. Сначала «мячи» стоят, обмякнув всем телом, на полусогнутых ногах. Корпус наклонен вперед, голова опущена. Когда «насос» начинает «надувать мячи», сопровождая свои действия звуком, дети начинают распрямляться, надувают щеки и поднимают руки. Мячи надуты. Ведущий вытягивает шланг насоса из мячей. Дети издают с силой звук «ш-ш-ш», возвращаясь в исходное положение. Насосом может быть и ребенок. Если детей несколько, то их можно разбить на пары, в которых один будет насосом, другой – мячом. Затем они поменяются ролями.

«Белые медведи». Условно обозначается берлога, в которой будут жить белые медведи. Двое детей берутся за руки – это медведи. Со словами «Медведи идут на охоту!» они бегут, стараясь окружить и поймать других участников игры. Потом медведи ложатся спать, потом снова идут на охоту. Игра продолжается до тех пор, пока не останется один не пойманный ребенок.

Эта игра также способствует снятию мышечного напряжения, стимулирует активность и развивает навыки совместных действий. В ней хорошо использовать маски, изображающие белых медведей, которые могут нарисовать сами дети.

«Скульптор». Выбирают водящего, остальные дети встают в круг. Водящий – «скульптор» – выбирает 3–4 детей и каждому из них придает ту или иную форму – «лепит скульптуру». Остальные дети отгадывают, какое настроение пытался передать водящий в своей «скульптуре».

«Волшебный сон». Взрослый говорит: «Сейчас, когда я буду читать стихи, вы закроете глаза. Внимательно слушайте и представляйте то, что я скажу. Волшебный сон закончится, когда я громко скажу: «Всем открыть глаза и встать!». Итак, наступает волшебный сон (тихим голосом,

замедленно, с длительными паузами дается формула общего покоя; отдельные формулы внушения повторяются 2–3 раза)...

Реснички опускаются...

Глазки закрываются...

Мы спокойно отдыхаем... (два раза)

Сном волшебным засыпаем...

Дышится легко... ровно... глубоко...

Наши руки отдыхают...

Отдыхают... засыпают... (два раза)

Шея не напряжена

И рассла-а-бле-на...

Губы чуть приоткрываются...

Все чудесно расслабляется (два раза)

Дышится легко... ровно... глубоко...

(Длительная пауза... Дети выводятся из волшебного сна)

Мы спокойно отдыхали,

Сном волшебным засыпали...

(громче, быстрее, энергичнее)

Хорошо нам отдыхать!

Но пора уже вставать!

Крепче кулачки сжимаем,

Их повыше поднимаем.

Потянулись! Улыбнулись!

Всем открыть глаза и встать!

«Мыльные пузыри». Взрослый или ребенок имитирует выдувание мыльных пузырей, а остальные дети изображают полет этих пузырей. Дети свободно двигаются. После команды «Лопнули» дети ложатся на пол («пузыри лопаются»). Цель игры: снятие психомоторного напряжения.

Домашнее задание для родителей (выполняется индивидуально с ребенком в домашних условиях):

«Медвежонок». Ребенок превратился в маленького медвежонка. Он лежит в берлоге. Подул холодный ветер и пробрался в берлогу. Медвежонок замерз. Он сжался в маленький клубочек – греется. Стало жарко, медвежонок развернулся и зарычал.

Взрослый рассказывает ребенку про медвежонка, а ребенок изображает его движения. Упражнение направлено на мышечное расслабление.

«Солнечный зайчик». «Солнечный зайчик заглянул тебе в глаза – закрой их. Он побежал дальше по лицу – нежно погладь его ладонями: на лбу, на носу, на ротике, на щечках, на подбородке. Поглаживай аккуратно, чтобы не спугнуть зайчика, голову, шею, животик, руки, ноги. Он забрался на плечо – погладь его там. Он любит и ласкает тебя, подружись с ним».

«Покачай куклу». Ребенку дают в руки маленькую куклу или мягкую игрушку и говорят, что кукла боится качаться на качелях. Ребенку дают задание – научить ее быть смелой. Сначала ребенок, имитируя движение качелей, слегка покачивает рукой, постепенно увеличивает амплитуду движений (движения могут быть в различных направлениях). Взрослый спрашивает ребенка, стала кукла смелой или нет. Если нет, то можно сказать ей, что она должна делать, чтобы преодолеть свой страх. Затем продолжить игру.

Главной целью игры является снятие мышечных зажимов в области рук.

«Ласковый мелок». Взрослый говорит ребенку: «Мы с тобой будем рисовать друг у друга на спине. Что ты хочешь, чтобы я сейчас нарисовал? Солнышко? Хорошо» – и мягким прикосновением пальцев изображает контур солнца. «Похоже? А как бы ты нарисовал на моей руке или спине?» «А хочешь, я нарисую тебе ласковым мелком домик?» Взрослый рисует разные фигуры. После окончания игры нежными движениями руки нужно стереть все, что родитель «нарисовал», при этом слегка массируя спину или другой участок тела.

Игра способствует снятию мышечных зажимов.

Желательно, чтобы при проведении этих игр и упражнений в комнате звучала негромкая музыка. Важно, чтобы настроение музыки совпадало с характером упражнений. Музыкальное сопровождение способствует созданию и поддержанию эмоционального фона.

Рекомендуется обучить детей в качестве опыта общения со своим телом простым навыкам мышечного расслабления.

«Я и мой язык»

Беседа «Как можно общаться без слов». Обсудите с ребенком, с помощью каких средств он может общаться с другими людьми. Наверное, он сразу назовет речь. Спросите его, как можно без слов объясниться с человеком, как с помощью жеста, мимики передать свое эмоциональное состояние. Можно ли узнать, о чем думал, что чувствовал писатель, художник или композитор, читая, рассматривая или слушая их произведения. Пусть ребенок попробует угадать настроение автора при прочтении какой-нибудь книги, прослушивании музыкальной композиции или рассматривании картины.

«Давайте поздороваемся». В начале упражнения проводится беседа о различных способах приветствия (реально существующих и шуточных). Затем детям предлагается поздороваться плечом, спиной, головой, ухом и т.д. Пусть дети сами придумают какой-нибудь способ приветствия.

Игра направлена на преодоление барьеров в общении, создание психологически непринужденной атмосферы в группе.

«Через стекло». Детям предлагается сказать что-либо друг другу жестами, представив, что они отделены друг от друга стеклом, через которое не проникают звуки. Тему для разговора ребенку можно предложить, например: «Ты забыл шапку, а на улице очень холодно» или «Принеси мне стакан воды – хочется пить». После игры надо выяснить, насколько точно и

правильно дети поняли друг друга, и обсудить, что чувствовали дети при передаче сообщений, легко ли им было.

Игра направлена на развитие умения передавать мысли и чувства с помощью мимики лица и выразительных движений.

«Изобрази сказку». Играют две команды (или 2 ребенка). Одна задумывает какую-либо известную сказку или мультфильм и пытается изобразить ее без слов, другая группа должна догадаться, какая это сказка и кто кого изображает. Задание можно усложнить тем, что с помощью мимики и пантомимики изображать не только героев, но и вещи, которые им принадлежат.

В этой игре важно предварительно договориться о совместном показе сказки, а потом уже координировать свои действия друг с другом без слов.

«Колдун». Колдун заколдовывает детей так, что они «теряют» способность говорить. На все вопросы ребенок отвечает жестами. С помощью жестов он старается рассказать о том, как его заколдовали. Указательным пальцем он показывает направление, предметы, размер, форму предметов, используя жесты, их характеризующие. Показывает настроение волшебника и свое состояние в момент колдовства. Дети рассказывают словами то, что он показывает.

«Как кричит страх (боль, грусть, счастье, ненависть, обида)?». Детям предлагается прокричать какую-либо фразу, как кричит человек, который грустный (радостный, испуганный...).

Упражнение направлено на развитие вербальной экспрессии, снятие психомоторного напряжения.

Беседа «Зачем нужна речь». После проведенных игр полезно побеседовать с ребенком о том, насколько важна речь для общения с другими людьми, как важно говорить правильно. Желательно обсудить с ребенком важность жестов и мимики для выразительности речи. Можно побеседовать о тех людях, которые говорят слишком много и слишком мало, для чего нам нужно говорить, умеем ли мы слушать другого, как легко ранить словом.

При проведении с ребенком игр и упражнений из этого раздела надо показать ему, что «язык тела» (мимика, жесты) не всегда совпадает с тем, что мы говорим словами. Например, говоря другому что-то хорошее, человек может непроизвольно сжимать кулаки, то есть подсознательно выразить агрессию по отношению к своему собеседнику.

После игры желательно обсудить ее содержание, выяснить, что произошло, были ли у ребенка какие-либо трудности при выполнении заданий, что он чувствовал и что ему в этот момент хотелось, почему возникали в игре конфликтные ситуации (если они были).

Для развития умения использовать различные средства общения можно использовать упражнения по этой теме, описанные в других разделах нашей книги.

«Я и мои эмоции»

«Пиктограммы»

Для этой игры необходимо изготовить набор карт-пиктограмм. Пиктограммы – это изображение лиц людей в различных эмоциональных состояниях. Понадобится два набора карточек: целый и нарезанный.

Детям дается набор шаблонов, они распознают настроение (эмоции) и дают имя каждой пиктограмме (определяют, какой человек: веселый или грустный, сердитый или добрый, счастливый или расстроенный). Затем предлагается второй такой же набор, только разрезанные шаблоны перемешиваются между собой. Детям предлагается помочь людям найти и собрать их фотографии.

После определения настроения каждой пиктограммы дети разбиваются на пары. У каждого участника свой набор пиктограмм. Один участник берет пиктограмму и, не показывая ее другому, называет настроение, которое на ней изображено. Второй должен найти картинку, названную партнером. После этого две выбранные картинки сравниваются. При несовпадении

можно попросить детей объяснить, почему они выбрали ту или иную пиктограмму для определения настроения.

Эта игра направлена на тренировку умения распознавать эмоциональное состояние по мимике.

«Рисуем настроение музыки». После прослушивания и обсуждения характера и настроения музыки можно нарисовать ее. Это способствует формированию умения выразить свои чувства, впечатления через цвет, рисунок. Перед рисованием оговаривается, какая краска (цвет) какому настроению соответствует.

Беседа «Способы повышения настроения». Обсудите с ребенком, как можно самому себе повысить настроение. Постарайтесь придумать как можно больше таких способов (улыбнуться в зеркале, попробовать рассмеяться, вспомнить о чем-нибудь хорошем, сделать доброе дело, нарисовать себе картинку и т.д.).

Этюды на выражение эмоций. Сначала – показ взрослого, затем, по мере научения, дети выполняют их самостоятельно.

Попросите ребенка:

- «нахмурься, как осенняя туча (как рассерженный человек; как злая волшебница)»;
- «улыбнись, как кот на солнце (как само солнце, как хитрая лиса, как радостный ребенок, как будто ты увидел (а) чудо)»;
- «позлись, как ребенок, у которого отняли мороженое (как два барана на мосту, как человек, которого ударили)»;
- «испугайся, как заяц, увидевший волка (как ребенок, потерявшийся в магазине, как котенок, на которого лает собака)»;
- «устань, как папа после работы (как человек, поднявший тяжелую сумку, как муравей, притащивший большую муху)»;
- «отдохни, как турист, снявший тяжелый рюкзак (как ребенок, который много потрудился, но помог маме, как уставший воин после победы)».

«Как ты себя сегодня чувствуешь?». Ребенку предлагаются карточки с изображением лица с различными оттенками настроения. Он должен выбрать ту, которая в наибольшей степени похожа на его настроение (на настроение мамы, кошки, соседа слева (справа)).

«Волшебный мешок». Перед игрой необходимо обсудить с ребенком, какое у него сейчас настроение, что он чувствует, может быть, он обижен на кого-то и пр. Затем ребенку предлагается сложить в «волшебный» мешок все отрицательные эмоции: злость, обиду, грусть и т. П. Этот мешок, со всем плохим, что в нем есть, выбрасывается. Можно предложить выбросить его самому ребенку. Хорошо, если взрослый тоже сложит в мешок свои отрицательные эмоции при ребенке.

Можно использовать еще один «волшебный» мешок, из которого ребенок может взять себе положительные эмоции, которые хочет.

Игра направлена на осознание своего эмоционального состояния и освобождение от негативных эмоций.

«Рисуем эмоции пальцами». Ребенку предлагается нарисовать свои эмоции, свое настроение пальцами. Для этого можно использовать баночки с гуашевой краской.

Игра направлена на выражение осознания своего эмоционального состояния. В данном случае неважно, сюжетным ли будет рисунок. Может быть, ребенок просто нарисует какие-то пятна – дайте ему возможность попробовать выразить себя, свои эмоции на листе бумаги.

Беседа с детьми. Ведущий: «Все ли свои чувства человек показывает другим людям? Почему люди иногда скрывают свои чувства? Оказывается, в культуре существует запрет на выражение некоторых эмоций: «настоящие мужчины не плачут», «хорошие девочки не дерутся» и т.п. А ведь каждое чувство нам зачем-то нужно...»

Упражнение «Эксперимент». Что бывает, когда человек сдерживает свои чувства? Желаящему символически блокируют все каналы выхода эмоций наружу: рот – чтобы не ругался и не кричал; глаза – чтобы не

выражали злости, не плакали; уши, чтобы ничего не слышали; руки – чтобы не дрались; ноги – чтобы не убегали. Что может такой человек? (Обсуждение позволяет понять, что зажатые внутри эмоции вызывают неприятные ощущения и снижают наши возможности).

В качестве иллюстрации можно привести аналогию с кипящим чайником: если его плотно закрыть, да еще и носик закупорить, он, в конце концов, взорвется, причинив вред тем, кого ошпарил, и самому себе. Так и человек: копит, копит в себе эмоции, а потом «взрывается» и тем самым вредит и себе, и окружающим.

Упражнение «Подвиг искренности». Дети по очереди заканчивают фразу, предполагающую рассказ о какой-либо «запретной» эмоции: «Как-то раз я сильно испугался, когда...».

Так как тревога зачастую «находит» объект (паук, замкнутое пространство и пр.), на который со временем реакция ребенка закрепляется, формируются выраженные страхи. Переживая страх, ребенок соответственно испытывает и ситуативную тревогу. Следующие упражнения направлены на преодоление страхов (темноты, замкнутого пространства, одиночества, сказочных персонажей, уколов и др.) у детей.

«Мышь и мышеловка». Необходимое количество играющих – 5–6 человек. Все встают в круг, плотно прижимаются друг к другу ногами, бедрами, плечами и обнимаются за пояс – это мышеловка. Водящий – в кругу. Его задача – всеми возможными способами вылезти из мышеловки: отыскать «дыру», уговорить кого-то раздвинуть играющих, найти другие способы действий.

Замечания:

1. Взрослый следит, чтобы ноги «мышеловки» не пинались, не делали больно мышке.

2. Если взрослый замечает, что мышенок загрустил и не может выбраться, он регулирует ситуацию, например: «Давайте все вместе поможем мышонку, расслабим ножки и ручки, пожалеем его».

«Качели». В упражнении могут участвовать ребенок и родитель или двое детей. Один садится в позу «зародыша»: поднимает колени и наклоняет к ним голову, ступни плотно прижаты к полу, руки обхватывают колени, глаза закрыты.

Второй встает сзади, кладет руки на плечи сидящему и осторожно начинает медленно покачивать его, как качели. Ритм медленный, движения плавные. Выполнять упражнение 2–3 минуты.

Замечание: Сидящий не должен «цепляться» ногами за пол и открывать глаза. Можно надеть на глаза повязку. Затем участники меняются местами.

«Нарисуй свой страх, победи его». До упражнения желательно провести беседу с ребенком: «Чего ты боишься? Когда тебе бывает страшно? Было ли такое, когда ты сильно испугался?» Затем ребенку предлагают нарисовать то, чего он боится. Необходим большой лист бумаги, карандаши или краски. После рисования еще раз поговорите, чего же он конкретно боится. Затем возьмите ножницы и попросите ребенка разрезать страх на мелкие кусочки, а мелкие – еще на более мелкие, помогите ребенку в этом. Когда «страх» рассыплется на крошечные кусочки, покажите ребенку, что теперь собрать его невозможно. Заверните эти мелкие кусочки в большую бумагу, подойдите к мусорному ведру и выкиньте туда, затем вместе с ребенком сходите и выбросите весь мусор – он вам не нужен, его увезут и сожгут, а вместе с мусором сожгут и «страх», и больше его никогда не будет.

Замечание: Повторите упражнение через 1–2 недели. Посмотрите, что изменилось в изображении страха (цвет, сюжет, композиция), и делайте это до того момента, пока не увидите недоуменное выражение лица ребенка в ответ на просьбу: «Нарисуй свой страх».

«Расскажи свой страх». Взрослый рассказывает о детских страхах: «А вот когда я был таким, как ты, то...». Затем задает вопрос: «А у вас было

такое?», «А кто чего боится, расскажите!». Дети по желанию рассказывают о ситуациях, когда им было страшно.

Ведущий каждый раз просит поднять руку тех, у кого было похожее.

Предостережение! Следите за тем, чтобы сюжеты рассказов были непохожими, обговорите все возможные детские страхи: темноты, одиночества, замкнутого пространства, злых сказочных героев, животных и т.д.

«Художники». Заранее взрослый готовит изображения злых сказочных персонажей (нарисованных на листе бумаги) и предлагает детям дорисовать к каждому персонажу детали, чтобы сделать его добрым («добрые», яркие детали: красивая шляпа, подарок, корзинку с ягодами, пушистый хвостик и т. П.).

Игры с куклами (выбор персонажей и сюжета в зависимости от объектов страха). «Встреча с Волком (Привидением, Скелетом и пр.)», «Слоненок боится плавать», «Кукла Маша выступает на сцене в театре» и т.д.

История про Доброго паука (авторское). «В одной квартире жил Черный Паук. У него были мохнатые черные лапки и черные глазки. Он по утрам и вечерам занимался бегом по стене и полу. Никто не любил этого паука, потому что все его боялись. Пауку было очень обидно, когда он выбегал из своего домика, чтобы пообщаться с людьми, а те пытались ударить его тапком или газетой. Никто не желал с ним общаться из-за того, что он так некрасиво выглядит. Паук возвращался каждый раз в свой маленький домик и плакал; он так любил людей, с которыми жил в одной квартире, а они не хотели с ним дружить. «Почему они меня боятся? – думал паук, – ведь я хочу всего лишь поиграть с ними вместе посмотреть телевизор, заниматься зарядкой... У меня совсем нет друзей. Люди меня боятся, а я бы так хотел подружиться с ними».

Ребята, как вы думаете, что чувствовал паук? Вы бы хотели помочь ему? Как? Если вы дома (в гостях, в группе) увидите паука, то будете его бояться? Подружитесь с ним? Что можно ему сказать?

Направлено на преодоление страха пауков у детей. В этом упражнении образ «страшного, пугающего, злого паука» в сознании ребенка сменяется образом «ранимого, доброго паучка», с которым надо подружиться.

«Подарок»

1 этап. Дети рисуют свой страх.

2 этап. Рисуют подарок, который будут дарить страху («Давайте подарим его страху»).

3 этап. Рисуют, как страх превращается в нашего друга, получив подарок.

Игра завершается высказыванием: «Если страхи пугают нас, значит, им нужно подарить подарок, тогда они обрадуются и станут добрыми».

Игра-драматизация «Доктор Айболит». Разыгрывается сюжет из сказки «Доктор Айболит». В игре используются атрибуты доктора. Вначале ребенок, у которого есть «медицинские» страхи, попробует себя в роли пациента. Затем ему можно предложить роль доктора (по желанию). Коррекционный эффект будет лучше, если ребенок проиграет сюжет в роли пугающего персонажа – доктора.

Игра «Темнота». Цель: снятие страха перед темнотой, напряжения, ситуационной тревожности.

Игра состоит из 5 этюдов.

1 этюд (5–7 минут). Выбирается ребенок, боящийся темноты (по результатам анализа рисунков детей или после бесед с родителями). В присутствии других детей в ярко освещенной комнате его сажают посреди комнаты на 5–7 минут, и ребенок воображает, что он один. Другие дети могут рисовать или играть в какую-либо спокойную игру. Можно также организовать с ним разговор: «Видите, Сережа сидит один и ничего не боится!», «А вы боитесь?..»

2 этюд. «В темной норе». Ребенок, боящийся темноты, входит за руку с воспитателем в темную комнату на 3–5 минут. Он представляет себя «робким цыпленком», который вошел в «темную нору».

3 этюд. Второй раз ребенок входит в темную комнату, представив себя «смелым утенком» (на 3–5 минут).

4 этюд. «Ночные звуки». Ребенка отводят в темную комнату на 2–3 минуты до того момента, пока не зазвучит музыка. Со звуком музыки он должен выбежать, имитируя какой-нибудь ночной крик (совы, собаки, кошки).

5 этюд (5–10 минут). «Веселый цирк». Каждый ребенок приносит из дома какой-либо цирковой атрибут (клоунский колпак, веер, нос клоуна, флажок цветов и др.). Все предметы они оставляют в комнате и запоминают место, куда их положили. Дети переходят в другую комнату, а в первой комнате выключается (как бы «по ошибке») свет. Ведущий сообщает, что со звуками музыки дети должны взять цирковые предметы, и начнется игра «Веселый цирк».

Звучит музыка, дети бегут в темную комнату, берут свои предметы и имитируют роли (клоуна, животного и др.).

«Тоннель». Цель: преодоление страха замкнутого пространства.

Сооружается игрушечный тоннель в зале (группе). Ребенку, который боится замкнутого пространства, за несколько минут до игры обещают что-нибудь сладкое, например любимую конфету. Затем конфету кладут на тарелку в 10–20 см от входа в тоннель. Ребенок берет ее, так как конфета находится недалеко от входа, и тревога минимальная. В следующий раз ребенку предлагается получить конфету, если он достанет ее (расстояние от входа увеличивается постепенно). Стимулируем ребенка к тому, чтобы он постепенно проползал по тоннелю. Можно показать наглядно, как другие дети, проходя тоннель, у выхода получают конфеты, а можно пройти весь путь со взрослым, а затем попробовать самому (в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка).

В качестве **разминки** и **физ. Минутки** на занятиях использовались следующие **подвижные игры**:

- «пятнашки» (снятие накопившегося напряжения, обеспечение эмоциональной разрядки, преодоление страха неожиданного воздействия);
- «жмурки» (преодоление страха замкнутого пространства, темноты).
- «прятки» (преодоление страха темноты, одиночества и замкнутого пространства, а также ассоциированных со смертью страхов чудовищ, привидений, невидимок);
- игры с мячом («передай другому», «кто поймает» и др.), направленные на снятие напряжения, скованности, избытка торможения, предупреждение неуверенности в себе, застенчивости.

Домашнее задание:

«Дневник настроений». Заведите вместе с ребенком «Дневник настроений» – общую тетрадь, в которой каждый день вместе с ним будете отмечать его настроение. Если оно в течение дня меняется, то сделайте несколько отметок. Вводятся условные обозначения:

- веселое, радостное настроение;
- немножко грустное настроение, хочется помолчать, подумать о чем-нибудь;
- грустно и скучно, хочется плакать;
- страшно, беспокойно.

Вы можете вместе с ребенком придумать свои обозначения или расширить эти. Если настроение имеет негативные оттенки, нужно обсудить причины и использовать какой-либо способ повышения настроения, о котором говорили с детьми на групповом занятии. Дневник настроений дает осознание своего эмоционального состояния, умение выразить его словами и возможность регулировать свое настроение.

Рисование (лепка) страхов с их последующим «уничтожением»: выбросить в мусор, порвать, выкинуть в окно, сжечь, зачеркнуть и т.д.

«Волшебный мешок» должен быть и дома у ребенка, чтобы тот всегда мог «выбросить» туда негативные эмоции.

«Я и Я»

«Кто я?». Дети по очереди стараются придумать как можно больше ответов на вопрос «Кто я?». Для описания себя используются характеристики, черты, интересы и чувства, и каждое предложение начинается с местоимения «Я...», например: «Я – девочка», «Я – хороший человек», «Я – человек, занимающийся спортом» и т. П. Взрослый следит за тем, чтобы дети не повторяли то, что говорили предыдущие, а описывали именно себя.

Эта игра дает детям возможность взглянуть на себя как бы со стороны, расширить представление о себе, ощущение собственной ценности.

«Составь рассказ». Ребенку предлагается составить рассказ на какую-нибудь тему, которую ему может предложить взрослый, или он выбирает ее сам: «Я люблю, когда...», «Меня беспокоит...», «Когда я злой...», «Когда мне плохо...», «Я боюсь...», «Мне бы хотелось...» и т. Д.

Важно, чтобы ребенок давал не односложный ответ, а составлял полный, развернутый рассказ. Затем эти рассказы можно проигрывать, причем в главной роли должен быть сам рассказчик. Вместе с детьми можно продумать пути выхода из этих ситуаций и тоже проиграть их.

«Зоопарк». Дети превращаются в животных, в тех, в кого захотят сами. Сначала все сидят за стульями («в клетках»). Каждый ребенок изображает свое животное, другие угадывают, кого он изображает. После того, как всех «узнали», клетки открываются и «звери» выходят на свободу: прыгают, бегают, кричат, рычат.

«Рисуем себя». Ребенку предлагается цветными карандашами нарисовать себя сейчас и себя в прошлом. Обсудите с ним детали рисунка. В

чем они различаются? Спросите ребенка, что ему нравится и не нравится в себе.

Это упражнение направлено на осознание себя как индивидуальности, различных своих сторон. Это полезно для определения того, что изменилось в ребенке по сравнению с прошлым и что еще хотелось бы изменить.

«Я умею». Детям по очереди бросают мяч. Каждый ребенок, которому кинули мяч, должен продолжить фразу «Я умею...»

Эта игра направлена на осознание собственных возможностей, формирование позитивного самовосприятия.

«Я и Другие»

«Биография по фото». Для этого упражнения вам понадобится несколько фотографий. Хорошо, если эти фотографии принесут сами дети, но в этом случае надо проследить, чтобы каждому ребенку досталась не та фотография, которую он принес. Дети составляют рассказы о людях, изображенных на фотографиях. Особое внимание следует обратить на то, какое чувство у человека на этой фотографии, каковы возможные причины его переживаний и пр.

Игра направлена на развитие умения понимать другого. Кроме того, эта игра несет в себе проективное значение.

«Коллективный рисунок». Это упражнение предусматривает совместное рисование детей на большом листе бумаги, объединенное общей целью. Например, нарисовать большой дом, где будут жить все участники группы. Каждый рисует себя в окне, рисует себе комнату и т. П.

Упражнение дает возможность каждому ребенку участвовать в общей деятельности, помогает увидеть, какое место занимает ребенок в группе. Удовлетворяется потребность ребенка в принадлежности к группе.

«Рукавички». Для этой игры вам потребуется несколько пар вырезанных из бумаги варежек с различными узорами на них и цветные

карандаши. Каждый ребенок получает варежку и должен найти свою пару – варежку с таким же узором. Когда пары найдены, детям дается задание обсудить в паре между собой, как они будут разукрашивать варежки.

Эта игра развивает у детей коммуникативные навыки.

«Комплимент». Дети сидят полукругом. В центре ставится «волшебный стул». По очереди дети садятся на этот стул. Остальные говорят комплименты. Взрослый следит за тем, чтобы комплименты касались не только внешнего вида ребенка, но и его личностных качеств.

Это упражнение повышает самооценку детей, снимает скованность, барьеры в общении с другими детьми.

«Зеркало»

1. В эту игру можно играть вдвоем с ребенком и в группе. Ребенок смотрится в «зеркало», которое повторяет все его движения и жесты. «Зеркалом» может выступать другой ребенок или взрослый.

2. Принцип игры остается тем же, но ребенок должен изображать кого-либо из общих знакомых или участников игры. «Зеркало» указывает, кого изображал ребенок.

Эта игра будет полезна для пассивных, неуверенных в себе детей. Она помогает ребенку открыться, почувствовать себя более свободно, раскованно.

«Клеевой дождик». Детям предлагают встать друг за другом и положить руку на плечо впереди стоящего. Затем воспитатель говорит, что прошел клеевой дождик, дети приклеились, и им нельзя расклеиваться. После чего он дает команду, все дети начинают двигаться. При условии усвоения детьми способа движения можно усложнить игру, например, подняться и сойти со стула, пройти под столом и т. Д.

Разыгрывание ситуаций. Для разыгрывания тревожно-застенчивому ребенку можно предложить следующие ситуации:

- ты пришел в новую группу детского сада, познакомься с детьми и расскажи о себе;

- ты потерял свою игрушку, подойди к детям и спроси, не видели ли они ее;
- несколько детей играют во дворе, присоединись к ним;
- к маме с папой пришли гости, покажи им свою комнату и свои игрушки.

Постепенно вводим в игру реальные ситуации, которые являются для ребенка тревожащими. При необходимости показываем способы конструктивного реагирования в них. Здесь можно задействовать и других детей, в данной ситуации более успешных, чтобы ребенок путем подражания, идентификации научился владеть собой в тревожащих его ситуациях.

«Помоги принцессе». Принцессу забрал к себе злой дракон и запер ее в своем замке. Замок находится очень далеко, и он со всех сторон окружен водой. Есть только один тоненький мостик, по которому можно пробраться к замку, но чтобы спасти принцессу, нужно еще принести ей волшебную воду.

Помещение, в котором проводится игра, оформляется под сценарий. Ставится «замок» дракона, в нем сидит принцесса. К замку подходит тоненький мостик (узкая гимнастическая скамейка или что-то подобное), по которому должен пройти принц, неся в руках «волшебную» воду.

Эта игра формирует у ребенка уверенность в своих силах. Особенно полезна для тревожных мальчиков с низкой самооценкой.

«Поварята». Все встают в круг – это кастрюля. Ведущий говорит: «Сейчас будем готовить суп (компот, винегрет, салат)». Каждый придумывает, чем он будет (мясо, картошка, морковка, лук, петрушка, соль и т.д.). Ведущий выкрикивает по очереди, что он хочет положить в кастрюлю. Узнавший себя впрыгивает в круг; следующий, впрыгнув, берет за руки предыдущего. Пока все «компоненты» не окажутся в круге, игра продолжается. В результате получается вкусное, красивое блюдо – просто объедение.

Игра направлена на преодоление барьеров в общении, восполнение дефицита в тактильном общении.

«Волшебный ковер». Целью является отреагирование тревожности, страха ребенка, связанного с определенной психотравмирующей ситуацией.

Для игры необходим маленький коврик, который ребенок может легко передвигать, такой, чтобы ребенок мог уместиться на нем сидя и лежа. Взрослый сообщает, что этот коврик – волшебный, и в данный момент он превратился в дом (больницу, садик и т.д. в зависимости от психотравмирующей ситуации для ребенка). Затем взрослый предлагает поиграть на этом коврике и сам включается в игру, беря на себя роль мамы (или другого человека, в зависимости от проблемы).

Детско-родительский тренинг «Я и моя семья»

Цель: оптимизация детско-родительских отношений в семьях с тревожными детьми старшего дошкольного возраста; осознание ребенком себя как принимаемого, полноправного члена семьи.

Занятие 1. Мир детский и взрослый

Задачи:

1. Формирование у родителей представления о разнице между «миром» ребенка и взрослого, что выражается в особенностях восприятия, эмоциональных переживаниях, мотивации поведения и т.д.;
2. Приобретение навыков анализа причин поведения ребенка исходя из позиции ребенка.

Содержание занятия:

Знакомство начинается с **упражнения с мячом**: участники бросают мяч друг другу; кто поймал, называет свое имя и рассказывает, с кем пришел на тренинг.

Информационная часть. Ведущий объясняет причины разной организации восприятия окружающего мира ребенка и взрослого, указывает на импульсивность, эмоциональность, кажущуюся алогичность детских поступков, детский натурализм, отсутствие сложившихся взглядов; быстроту перевоплощения; эмоциональность; необремененность бытовыми заботами; открытость; вовлеченность; импульсивность; большую слитность с внешним миром; жизнь настоящими (происходящая сейчас) событиями; полноту мироощущения.

Часто родителю кажется, что ребенок плохо себя ведет из-за злой воли, стремясь «насолить» родителю, однако так бывает далеко не всегда. Здесь же

можно рассказать о четырех целях негативного поведения ребенка. В основе любого нежелательного поведения ребенка могут лежать:

- требование внимания или комфорта;
- желание показать свою власть или демонстративное поведение;
- месть, возмездие;
- стремление компенсировать свою несостоятельность или неполноценность.

Мы часто исходим из положения, что дети должны нас и окружающий мир понимать так же, как взрослые, но это величайшее заблуждение. Дети делают свои выводы, учитывая при этом не только то, что мы им говорим, но и то, что мы при этом делаем, как ведем себя с другими людьми. Наш личный пример является подчас более воспитывающим, чем любые нравоучения.

Затем родителям предлагается заполнить таблицу (таблица 33).

Таблица 33 – Самоанализ отношения к собственному ребенку

Что меня огорчает в моем ребенке	Что меня радует в моем ребенке
1.	1.
2.	2.
...	...

«Погружение». Участникам предлагается одна или несколько ситуаций взаимодействия между родителями и детьми и дается задание представить себя на месте ребенка. Если для «погружения» используется принцип визуализации, которая обычно проводится с закрытыми глазами, то тогда должна быть предложена только одна ситуация. Далее участники делятся эмоциональным опытом проживания ситуации. Ситуации подбираются с учетом возраста детей данных родителей и наиболее характерных проблемных ситуаций.

Вот примерный текст «погружения», составленного по принципу визуализации. При его проведении можно использовать релаксационную музыку.

Погружение в детство

«Сядьте удобно, ноги поставьте на пол, так, чтобы они хорошо чувствовали опору, спиной обопритесь о спинку стула. Если вы хотите откашляться, сделайте это сейчас. Закройте глаза, прислушайтесь к своему дыханию, оно ровное и спокойное. Почувствуйте тяжесть в руках и в ногах. Поток времени уносит вас в детство, в то время, когда вы были маленькими. Представьте теплый весенний день, вам 5, 6 или 7 лет, представьте себя в том возрасте, в котором вы лучше себя помните. Вы идете по улице, посмотрите, что на вас надето, какая обувь, какая одежда. Вам весело, вы идете по улице, и рядом с вами близкий человек. Посмотрите, кто это? Вы берете его за руку и чувствуете его теплую надежную руку. Затем вы отпускаете его и убегаете вперед, но не далеко, ждете своего близкого человека и снова берете его за руку. Вдруг вы слышите смех, поднимаете голову и видите, что держите за руку совсем другого, незнакомого вам человека. Вы оборачиваетесь и видите, что ваш близкий человек стоит сзади и улыбается. Вы бежите к нему и снова взявшись за руки идете дальше, и вместе смеетесь над тем, что произошло.

А сейчас пришло время вернуться обратно в эту комнату, и, когда вы будете готовы, вы откроете глаза».

В этом сюжете актуализируется чувство привязанности и переживание потери, хотя и мгновенной, близкого человека. Ситуация может пробудить в участниках тренинга как теплые, так и тревожные чувства, она позволяет осознать, что значит присутствие надежного взрослого человека в этом возрасте, какова его роль в формировании уверенности в дальнейшей жизни.

«Билль о правах» (упражнение разработано Лебедевой Е.И. и Ежовым Д.И. для «Тренинга эффективного взаимодействия взрослого и ребенка»).

Ведущий делит группу на две половины. Одна группа представляет детей, а другая – родителей. Задача каждой группы заключается в

составлении списка своих прав. После того как каждая группа закончила подготовку такого списка (в течение 15–20 мин), «родители» и «дети» начинают поочередно предъявлять эти права друг другу, причем каждое право может быть внесено в окончательный список только тогда, когда оно принято другой стороной. Каждая сторона имеет возможность отклонить какое-то право или настаивать на его изменении. Ведущий регулирует дискуссию и выносит принятые обеими сторонами права на видное место.

Если дискуссия затягивается (обычно она проходит «горячо»), ведущий проясняет, почему стороны не могут договориться, и прекращает обсуждение, воспользовавшись правом вето. Лучше заранее предупредить группу о том, сколько времени отводится на обсуждение каждого пункта (обычно это занимает не более 3–5 минут).

В этой игровой ситуации хорошо моделируются процессы отстаивания детских прав и те состояния, которые возникают в связи с этим у детей и родителей, поэтому при подведении итогов желательно обратиться к чувствам участников группы.

Рекомендация. Ведущему лучше самому разделить членов группы на «родителей» и «детей», определив в группу «детей» наиболее центрированных на своей родительской позиции взрослых. Необходимо также напомнить «детям», что они должны писать свои права исходя из своих детских ролей, для этого можно встать на место собственного ребенка или вспомнить себя в детстве. Группа может оговорить, в каком возрасте будут находиться «дети» (права шестилетних детей значительно отличаются от прав подростков).

Занятие 2. Семейные роли.

Задачи:

1. Осознание родителем собственной роли и роли ребенка в семье.
2. Получение представления о восприятии своей роли другими людьми.

Содержание занятия:

Упражнение «Слепить животное». Каждый член семьи выбирает себе пластилин того цвета, который нравится: лепить надо с закрытыми глазами. После того, как животное слеплено, говорится: «Положите его на ладонь, посмотрите внимательно». Каждому задаются вопросы: кто это? Что нравится в нем, что нет? Это хищник или нет? Чем питается? Что оно любит?

«Теперь станьте этим животным (слоником, змеей, собакой и т.п.), войдите в него. Вам нравится быть этим животным?»

Психолог предлагает разместить фигурки животных на пространстве стола (покрыто белым листом бумаги). Обращается внимание на их расположение, близость друг другу. Делается пауза. Задается вопрос: как они могут взаимодействовать? Кому-то хотелось бы сказать что-то, пожелать, спросить у другого?

Упражнение помогает активизировать правое полушарие головного мозга, косвенным образом улучшить взаимопонимание, разобраться в играемых ролях. Постепенно это упражнение может перейти в игровую семейную терапию.

Упражнение «Руки». Игра проводится с завязанными глазами. Один взрослый (или ребенок) выходит в центр круга, ему завязывают глаза. Остальные взрослые по очереди подходят к нему и кладут свои ладони поверх его ладоней. По рукам ведущий дает характеристику человеку: «Какой он родитель?» Затем после игры все, кому были даны характеристики, высказываются, соответствует ли это описание их качествам.

Это упражнение дает возможность родителю получить обратную связь – представление о том, каким он воспринимается другими. Особый интерес представляет обратная связь от собственного ребенка.

Упражнение «Ребенок – Родитель – Взрослый». Психолог рассказывает (кратко и доступно для понимания) о структуре личности по Э. Берну. Затем в группе просит проиграть с собственным ребенком ситуации, в

которых он будет поочередно родителем, взрослым, ребенком. Таким образом, меняя собственную роль, родитель будет стимулировать ребенка принимать на себя другие роли (взрослого, родителя). Затем в группе проводится обсуждение: В какой роли участникам (и взрослым, и детям) было комфортнее и почему? Для чего иногда нужно менять роль в общении с ребенком?

«Образ». Родителю и ребенку предлагается на одной стороне листа нарисовать собственный аллегорический образ, отражающий главную черту своего характера, а на другой – сделать то же в отношении тех, с кем он ходит на занятия. После этого с достаточной долей юмора комментируются сопоставляемые образы само- и взаимооценок (мама-«утюг» и сын-«котенок», отец-«солнце» и дочь-«снегурочка», мама-«наседка» и дочь-«лисица», отец-«танк» и сын-«компьютер»). Предлагается, вжившись в избранный для себя аллегорический образ, разыграть в сценке ситуацию взаимодействия с тем, кем себя представляет другой член семьи. Например, мама-«рыба» зовет сына-«котенка» к себе в воду.

Высказывается предположение, что многие конфликты обусловлены либо тем, что люди неадекватно оценивают друг друга, либо неприятием чужой индивидуальности и стремлением подогнать близкого, но иного человека под «свой аршин». Предлагается увидеть то уникально хорошее, что есть в каждом человеке, и не ломать его сущность для собственного удобства, а взаимно приспособляться, притираясь, взаимодополнять и обогащать друг друга своей неповторимостью.

Занятие 3. Освобождение

Задачи:

1. Осознание родителями скрытых механизмов поддержания болезни у ребенка в результате проявления фиксированных форм семейного поведения.

2. Формирование готовности семьи к преодолению часто повторяющегося (хронического) заболевания у ребенка.

Содержание занятия:

Игра «Боремся с болезнью». Моделируется взаимодействие врача, ребенка и родителя. Психолог предлагает взрослому (лучше одному из родителей ребенка) изобразить «болезнь» и крепко обхватить тело пациента (ребенка), а другому (чужому родителю) – изобразить врача; затем показывает, что происходит, если лечением ребенка занят один врач. Врач пытается вытянуть ребенка за руку из «лап болезни», но «болезнь» крепко держит ребенка и не отпускает. Ребенок инстинктивно выдергивает руку на себя, прижимаясь к «болезни». Тогда психолог просит родителей ребенка более умело попытаться вытянуть ребенка. Обращается внимание на то, что в этом случае ребенок действует заодно с родителями. Поскольку «болезнь» очень сильна, то к родителям присоединяется врач. Вместе они спасают ребенка, забирая его у «болезни».

После завершения игры проводится обсуждение: «Чему научила данная игра?». Психолог резюмирует высказывания участников группы, фиксируя смысл приобретенного опыта следующими фразами: «Если родители не в стороне, а влекут ребенка к здоровью, то ребенок тянется за ними!», «Чем активнее борешься с болезнью, тем легче ее победить!».

Рисование «Моя болезнь». Детям предлагается на листе бумаги нарисовать «свою болезнь», выбирая любой цвет(а). Затем вместе со своими родителями каждый ребенок составляет рассказ «про болезнь» (откуда она пришла? Что она делает и почему не хочет уходить? Кто ей помогает?). После этого совместное придумывание группой способов, как расправиться с каждой болезнью (сжечь, разорвать, закрасить, выкинуть в мусор, поговорить с ней и объяснить, что она больше не нужна, и т.д.). Выбрав наиболее подходящий вариант, семья «избавляется» от болезни ребенка. Важно, чтобы ребенок принимал активное участие во всем процессе.

«Сбор энергии». Ребенок подходит к каждому родителю, кладет руки на его ладони сверху и смотрит в глаза в течение 10 секунд, «собирая» всю любовь, энергию, надежды, которые тот хочет передать. Затем раздает полученное, «распределяя» родительскую энергию между всеми детьми. Детям дается установка, что та энергия, которую они получили, – это теперь их сила, которая поможет им преодолеть болезнь (тревожность, страхи, непонимание между им и родителем и д.т.).

Домашнее задание

Материнская суггестия (терапия материнской любовью по Б.З. Драпкину). В ее основе лежат глубинная психоэмоциональная общность матери и ребенка, материнская любовь и особая роль для ребенка материнской речи и голоса.

Цель: улучшение здоровья детей и нормализация нарушенных внутрисистемных связей.

Обучение матери проходит следующим образом. Вначале психолог объясняет сущность метода, диктуется программа, состоящая из 4 блоков. Совместно с психологом подбираются тон голоса, темп.

Упражнение выполняется ежедневно, через 30 минут после того, как ребенок заснул. Матери предлагается закрыть глаза и мысленно, а затем вслух, выразительно передавать ребенку содержание фраз, вкладывая в каждую чувство большой любви к ребенку. Завершается процедура фразой «Я тебя очень сильно люблю!». Предлагается вести дневник, отражающий динамику психофизического состояния ребенка в течение периода выздоровления.

Блоки программы:

1. **Витамин материнской любви.** «Я тебя очень сильно люблю. Ты самое дорогое и родное, что у меня есть. Ты моя родная частичка. Мы все тебя очень сильно любим».

2. **Физическое здоровье.** Необходимо мысленно воспроизводить идеальный образ своего ребенка. «Ты сильный, здоровый, красивый ребенок.

Ты хорошо кушаешь и поэтому быстро и хорошо растешь и развиваешься. У тебя крепкие и здоровые сердечко, грудка, животик (называется орган или система органов в зависимости от заболевания ребенка). Ты легко и красиво двигаешься. Ты закаленный ребенок, редко, мало и легко болеешь».

3. Нервно-психические расстройства. «У тебя хорошие, крепкие, здоровые нервы. У тебя хорошо развивается голова. У тебя хорошее настроение. Ты любишь улыбаться. Ты очень хорошо спишь. Ты легко и быстро засыпаешь. Ты видишь только хорошие и добрые сны. Ты очень хорошо отдыхаешь, когда спишь. У тебя хорошо и быстро развивается речь».

4. «Я забираю твою болезнь». Используется народный прием, когда мама за счет своего эмоционального напряжения, концентрированного желания, волевого усилия освобождает ребенка от болезненных проявлений.

Занятие 4. Повзрослеем вместе

Задачи:

1. Осознание родителями необходимости содействовать (а не препятствовать) растущей автономности, независимости ребенка (особенно мальчиков).
2. Обучение матерей безусловному принятию часто болеющих мальчиков.

Содержание занятия:

Установка. Наш девиз сегодня: «Болезнь в семье возникла, в семье развивалась и семьей должна быть преодолена».

Семья – это система. Только улучшив всю систему, можно рассчитывать на сохранение положительных изменений в составляющих ее элементах. Если мы хотим, чтобы ребенок повзрослел и избавился от детских проблем, надо, чтобы «взрослела» вся семья. Иными словами, поведение каждого члена семьи должно измениться таким образом, чтобы не тянуть ребенка обратно в беспомощность, в болезнь, а удерживать его в новом, взрослом, здоровом качестве, научить самостоятельно справляться с

болезнью (вспомните, как в свое время вы обучали ребенка ходить). Самостоятельность же предполагает не только больше ответственности, но и больше равноправия, уважения и доверия со стороны родителей.

Упражнение «Плюс-минус». Матери собираются психологом отдельно до совместного занятия с детьми. Им предлагается составить таблицу, в которой в первой колонке записать, что их раздражает («не устраивает») в своем часто болеющем сыне, а напротив – во второй колонке – найти в этом «раздражающем» качестве положительные стороны. Затем проводится обсуждение, важную роль играет обмен «опытом» находить «плюсы» в «минусах». После чего психолог подводит матерей к тому, что можно и нужно принимать как неотъемлемую частичку все черты своего любимого ребенка, что нельзя одно в нем любить, а другое – не любить. Любить надо таким, какой он есть.

Игра «Электрическая стена». Предлагается игровой сюжет: «На нашем пути стоит преграда – стена, по которой проходит ток высокого напряжения (через зал протягивается веревка на уровне вершины спинки стула). Надо всем членам группы перебраться через стену, не задев ее (для контроля к веревке подвешивается колокольчик или выделяется нейтральный эксперт). Использовать для взаимопомощи можно только собственные руки и тела. Задевание веревки даже одеждой, а также любое нарушение условий игры карается тем, что вся команда возвращается назад, и все начинается сначала. Принимайте коллективное решение и действуйте».

С целью преодоления тенденции взрослых решать все самим, не интересуясь мнением детей, им предлагается во время обсуждения способов преодоления «стены» ограничивать собственную активность задаванием наводящих вопросов. При этом взрослые на собственном опыте познают, как трудно играть, не нарушая правил, тем более детям. В случае если родители нарушают принцип равноправия и игнорируют детей в процессе принятия решения, ведущий организует «мозговой штурм». Он выстраивает группу таким образом, чтобы родители стояли за детьми, и предлагает каждому

ребенку по очереди высказать свое мнение. Задача каждого родителя – проследить, чтобы его ребенок был обязательно выслушан группой.

После того как все без исключения участники группы перебираются через стену, они рассаживаются в круг и обсуждают проведенную игру, вербализуя полученный опыт, делая самостоятельные выводы. Каждый участник рассказывает о том, что чувствовал, думал, опасался, чему научился. Например, что чувствовал, когда по его вине вся группа вернулась обратно? Что значит «постеснялся предложить»? Чего испугался? Что не примут всерьез, осудят, не поймут, дадут непосильную задачу... Откуда такие опасения? От прежнего опыта, в котором было больше неудач, чем похвалы, разочарований, чем радости? Самый надежный способ не ошибиться – это вообще ничего не делать. Тогда возможно ли будет преодолеть препятствие?

Психолог подводит взрослых участников группы к тому, что даже если у ребенка не все сразу получается, нужно дать ему возможность потренироваться, попробовать самому, иначе он никогда не сможет стать самостоятельным. У детей спрашивают, что помогло преодолеть препятствие, поощряют похвалой за достижение? Что укрепляет их веру в собственные возможности?

«Пересаживание». Детей сажают рядом с чужими родителями, проводится общая беседа о целях эксперимента (тренировка у детей самостоятельности, ослабление симбиотической сверхпривязанности матери и ребенка, коррекция ригидных (сверхконтролирующих, сверхопекающих, нетерпеливых, отстраненных, неравноправных) стереотипов поведения родителей в ситуации взаимодействия с новым ребенком, разъединение невротизирующей друг друга и деструктивной для группы пары и др.). Затем даются несколько простых заданий, которые должны выполняться детьми в парах с «чужими» родителями (например, вместе слепить из пластилина какую-нибудь композицию или придумать рассказ).

Затем обсуждаются ощущения родителей и детей («Какие чувства вы испытывали, когда ваш ребенок был не с вами?», «Что у тебя получилось сделать, когда ты был с чужим папой (мамой)?», «Вы удивлены что ваш ребенок смог ... без вашей помощи?») и т.д.

Игра «Меняемся ролями». Работа преимущественно в диадах «мать – сын» и «отец – дочь». Моделирование ситуаций, когда необходимо срочно принять решение («как перебраться на другой «берег»») или «как справиться с Драконом»), при которых ребенок меняется ролью с родителем. Ребенок «ведет» за собой родителя. Как правило, в подобных играх родитель «разглядывает» в ребенке самостоятельность и понимает «психологические выгоды» от перекладывания ответственности за решения на другого.

«Массаж по кругу». Стоя в круге, друг за другом, участники массируют плечи впереди стоящего, затем поворачиваются кругом и делают то же. Данный прием или другие подвижные формы взаимодействия можно использовать также в паузах между продолжительными по времени играми / упражнениями.

Занятие 5. Не боюсь!

Задачи: преодоление страхов, тревожности детей.

Игра «Маски страхов». Вначале все участники надевают маски и устрашающе кричат. Затем следует:

- а) поочередное демонстрирование в круге собственной маски;
- б) поочередное пребывание в центре круга в окружении масок;
- в) исполнение «танца страха» под соответствующую музыку;
- г) исполнение «танца страха» под веселую мелодию;
- д) разговор с маской с демонстрацией заранее заданной модели ответа на угрозу:

- варианты аггравации страха («Боюсь, боюсь, спасите – помогите!»);
- критики («Да разве так пугают!? Вот как надо – У-У-У!!!»);

- комплимента («Какие у тебя красивые зубы, носик, губки...»);
- обращения за помощью («А у тебя здорово получается, научишь меня пугать?»);
- варианты высмеивания страха («Почему у тебя зубы черные? Не чистишь или стоматолога боишься?»);
- неожиданного вопроса («Ну это все понятно, а знаешь, кто в Африке живет?»);
- варианты сочувствия к объекту страха («Бедный ты, бедный. Надоело, наверное, всех пугать?»);
- совета переадресовать агрессию («Ты бы лучше надул пакет и хлопнул – будет и страшно и не обидно», «Записался бы ты в секцию бокса»);
- предложения помощи, развлечения («Слушай, давай сходим в зоопарк»).

Тот или иной вариант нетрадиционного ответа на угрозу предлагается в зависимости от психологических особенностей пугающего (агрессивного сбивают с толку вопросом «на засыпку», неуверенному говорят комплимент, сензитивному выражают сочувствие, заносчивого высмеивают и т.д.);

е) стоящий в круге пугающих масок заявляет: «Меня нельзя пугать, я хороший!». Маски спрашивают: «А что ты делаешь хорошего?» После убедительного ответа страхи успокаиваются;

д) десенсибилизация страха с помощью контрастной роли (например, ребенок, боящийся зубных врачей, в халате и маске врача уговаривает остальных сесть в кресло полечить зубки и т.п.).

Подвижная игра «Жмурки» (преодоление страха замкнутого пространства, темноты).

Игра «Поменяемся местами». Проигрываются семейные ситуации, в которых ребенок испытывает сильную тревогу, например: «Я разбил любимую мамину вазу». При этом родитель и ребенок меняются местами.

Эта игра позволяет родителю посмотреть на себя со стороны, оценить целесообразность своего поведения в тех или иных ситуациях, а ребенок научается в подобных ситуациях владеть своими эмоциями.

После игры группой обсуждаются результаты и делаются выводы о наиболее конструктивных способах поведения родителей / детей.

«Герб семьи». Родители со своими детьми создают эскиз семейного герба, объясняя свой выбор. Родители следят за тем, чтобы герб был «оптимистичным». После презентации все участники, обсуждают, где в квартире можно разместить герб [3; 5; 10; 69; 91; 127; 131].

Статистическая проверка гипотезы

Рассмотрим расчет Т-критерия Вилкоксона ситуационной тревожности матерей, воспитывающих детей с психосоматическими проявлениями.

Первый шаг в подсчете Т-критерия – вычитание каждого индивидуального значения "до" из значения "после".

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности
60	50	-10	10
60	50	-10	10
62	50	-12	12
60	45	-15	15
75	55	-20	20

Исключим нулевые сдвиги.

Так как в матрице имеются связанные ранги (одинаковый ранговый номер) 1-го ряда, произведем их переформирование. Переформирование рангов производится без изменения важности ранга, то есть между ранговыми номерами должны сохраниться соответствующие соотношения (больше, меньше или равно). Также не рекомендуется ставить ранг выше 1 и ниже значения равного количеству параметров (в данном случае $n = 5$).

Переформирование рангов производится в табл.

Номера мест в упорядоченном ряду	Расположение факторов по оценке эксперта	Новые ранги
1	10	1.5
2	10	1.5
3	12	3
4	15	4
5	20	5

Гипотезы.

H_0 : Показатели после проведения опыта меньше значений показателей до эксперимента.

H_1 : Показатели после проведения опыта превышают значения показателей до эксперимента.

До измерения, $t_{до}$	После измерения, $t_{после}$	Разность ($t_{до}-t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
60	50	-10	10	1.5
60	50	-10	10	1.5
62	50	-12	12	3
60	45	-15	15	4
75	55	-20	20	5
Сумма				15

Сумма по столбцу рангов равна $\sum=15$

Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

Error!

Сумма по столбцу и контрольная сумма равны между собой, значит, ранжирование проведено правильно.

Теперь отметим те направления, которые являются нетипичными, в данном случае – положительными. В Таблице эти направления и соответствующие им ранги выделены цветом. Сумма рангов этих «редких» направлений составляет эмпирическое значение критерия T :

$$T = \sum R_t = 0$$

По таблице Приложения находим критические значения для T -критерия Вилкоксона для $n=5$:

$$T_{кр} = 0 \quad (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр} = 0 \quad (p \leq 0.05)$$

Зона значимости в данном случае простирается влево, действительно, если бы "редких", в данном случае отрицательных, направлений не было совсем, то и сумма их рангов равнялась бы нулю.

В данном же случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{\text{эмп}} < T_{\text{кр}}(0,01)$.

Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значения показателей до опыта.

Таким же способом мы рассчитываем T -критерий Вилкоксона личностной тревожности матерей, воспитывающих детей с психосоматическими проявлениями. В данном случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $(0,01)$. Гипотеза H_0 принимается. Показатели после эксперимента не превышают значений показателей до опыта.

Следовательно, произошло значимое снижение показателей уровня ситуационной и личностной тревожности после проведения психологических консультаций матерей, воспитывающих детей с психосоматическими расстройствами (различия являются статистическими значимыми).