

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»

В.О. Штумф

**РОЛЬ КОГНИТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ
ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО
СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНИКА
(НА ПРИМЕРЕ ПОНИМАНИЯ
ФЕНОМЕНА ОБМАНА)
В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ
И РЕАЛИЗАЦИИ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Монография

Электронное издание

КРАСНОЯРСК
2016

ББК 74.1
И 943

Рецензенты:

Доктор психологических наук, доцент Красноярского государственного
медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

И.О. Логинова

Кандидат психол. наук, доцент Красноярского государственного
педагогического университета им. В.П. Астафьева

Е.Ю. Дубовик

Штумф В.О.

Ш 973 Роль когнитивной способности часто болеющего старшего дошкольника в формировании представлений и реализации здорового образа жизни: монография / [Электронный ресурс] / Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2016. – Систем. требования: PC не ниже класса Pentium I ADM, Intel от 600 MHz, 100 Мб HDD, 128 Мб RAM; Windows, Linux; Adobe Acrobat Reader. – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-85981-938-6

Рассматривается теоретический и практико-ориентированный материал по проблеме формирования представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих старших дошкольников.

Приводятся методики по выявлению представлений о здоровом образе жизни и комплекс формирующих ортобиоз мероприятий.

Издание адресовано работникам образования и здравоохранения, студентам психологических, педагогических и медицинских факультетов высших и средних учебных заведений, а также родителям детей, страдающих соматическими заболеваниями.

ББК 74.1

Издается при финансовой поддержке проекта № 09/12 «Создание новой образовательной среды для развития альтернативных форм дошкольного образования» Программы стратегического развития КГПУ им. В.П. Астафьева на 2012–2016 годы.

ISBN 978-5-85981-938-6

© Красноярский государственный
педагогический университет

им. В.П. Астафьева, 2016

© Штумф В.О., 2016

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Когнитивная способность часто болеющего старшего дошкольника как предпосылка формирования представлений и реализации здорового образа жизни	8
1.1. Когнитивная способность ребенка (на примере понимания феномена обмана) в работах зарубежных и отечественных исследователей.....	8
1.2. Социальная ситуация развития и психологические особенности старшего дошкольника, имеющего статус «часто болеющий»	28
Глава 2. Формирование представлений и реализация здорового образа жизни у часто болеющих старших дошкольников	45
2.1. Представления об ортобиозе и влияние на них когнитивной способности детей (на примере понимания феномена обмана).....	45
2.2. Возможности формирования здорового образа жизни у часто болеющих старших дошкольников	93
Заключение	101
Библиографический список	106
Приложения	118

Введение

Формирование и реализация здорового образа жизни являются важными приоритетами в системе государственных и общественных мер, включённых в Концепцию долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года (на основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р). Данная концепция ориентирована на совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания населения, а также создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и их участие в профилактических мероприятиях.

Федеральный государственный стандарт дошкольного образования (от 17 октября 2013 № 1155) года ориентирован, среди прочих задач, на охрану и укрепление физического и психического здоровья детей, их эмоционального благополучия; формирование общей культуры личности, в том числе – ценностей здорового образа жизни; обеспечение психолого-педагогической поддержки семьи и повышение компетентности родителей или их законных представителей в вопросах развития и образования, охрану и укрепление здоровья детей [102].

Ортобиоз, или здоровый образ жизни (ЗОЖ), – это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека (труд, нормальный сон, положительное эмоциональное состояние, оптимизм, рациональное питание, соблюдение режима, закаливание, физические упражнения), которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций. Целью ортобиоза выступает научение человека правильному и безошибочному выбору в любой ситуации толь-

ко полезного, содействующего здоровью и отказ от всего вредного (И.И. Мечников, 1903; Ю.П. Лисицын, 1986; Н.М. Амосов, 1987; В.Е. Апарин, 2001; Р.А. Захарова, 1999; О.В. Груздева, 2003).

Изучение психологических особенностей часто болеющих детей (ЧБД) продолжает оставаться одним из актуальных направлений отечественной психологии. Данные по процентному соотношению здоровых и ЧБД на текущий момент в литературе не освещены, но косвенные факты указывают, что категория последних продолжает неуклонно расти в силу снижения уровня жизни, нестабильности социальных гарантий для детей в сферах духовного и физического развития, увеличения числа неполных семей, состояния института семейного воспитания, ухудшения экологической обстановки.

Анализ факторов и условий психического развития детей показывает, что наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний является социальный фактор. Неблагоприятное влияние условий и образа жизни является причиной 50% случаев заболеваний. Остальные 50% составляют: состояние окружающей среды – 25%, состояние здравоохранения – 10%, влияние наследственности – 15% случаев [33].

ЧБД до сих пор вызывают повышенное внимание со стороны специалистов, что обосновывает необходимость разработки и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории.

Соматическое заболевание часто болеющего ребенка приводит к формированию особой социальной ситуации развития, составляющими которой являются: ограничение условий для активного познавательного развития, дефицитность общения детей со сверстниками, отсутствие условий для реализации игры (как ведущего вида деятельно-

сти), ограниченность общения кругом семьи, неблагоприятные личностные проявления родителей, наличие у них непродуктивных установок и неэффективных стилей воспитания (Б.С. Братусь, 1988; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1995; В.Н. Касаткин, 1996; А.А. Михеева, 1999; В.А. Ковалевский, 2005 и др.).

Важным фактором развития личности ребенка, дополняющим характеристику социальной ситуации развития часто болеющих детей, является собственная активность ребенка, реализованная им в представлениях и реализации факторов ортобиоза (Груздева О.В., 2003; Вылегжанина Г.Г., 2006; Волкова О.В., 2009).

Дошкольный возраст – особо ответственный период в развитии ребенка. Здесь закладывается фундамент психического и физического здоровья, возникает и совершенствуется система представлений об окружающей действительности, собственных возможностях и отношениях с другими, формируются основные механизмы развития личности (Ж. Пиаже, 1966, 1970, 1975; Л.И. Божович, 1968; Л.А. Венгер, 1974; Л.С. Выготский, 1982, 1983, 1984; В.С. Мухина, 2000; Е.А. Сергиенко, 2000).

Особая социальная ситуация развития, возникающая вследствие заболевания, преломляется через ее субъективное осмысление ребенком и образует субъективный компонент общей картины болезни ребенка или внутреннюю картину его болезни. Составляющими внутренней картины болезни, по мнению В.В. Николаевой, являются: уровень непосредственно-чувственного отражения болезни, эмоциональный уровень, мотивационный, а также интеллектуальный [33].

Наличие комплекса дезадаптирующих элементов в виде особой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, включающей в себя в том числе недостаточные представления родителей, а следовательно и ребенка, об ортоби-

озе, ограничение условий его когнитивного развития, а вместе с ним и развития интеллектуального компонента внутренней картины, как правило, неблагоприятно сказывается на физическом и психологическом здоровье ребенка, ограничивая его возможности в преодолении болезни.

Наиболее важным и значимым компонентом психологической помощи ЧБД является позитивное изменение собой социальной ситуации развития, препятствующей преодолению ребенком ситуации болезни (Д.Н. Исаев, 1993; В.В. Николаева, 1995 и др.), что вполне возможно через изучение роли в формировании представлений об ортобиозе когнитивной способности детей на примере понимания детьми феномена обмана (как основы для формирования не только биопсихологического, но и ноэтического компонента биопсихосоционоэтической модели здоровья) и расширения представлений родителей, а также самих детей об ортобиозе.

Данная работа раскрывает возможности коррекции когнитивных способностей детей, направленных на формирование правильных представлений и реализацию ЗОЖ и гармоничной личности ребенка в целом, ориентированной на преодоление ситуации болезни.

Глава 1.

КОГНИТИВНАЯ СПОСОБНОСТЬ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНИКА КАК ПРЕДПОСЫЛКА ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

1.1. Когнитивная способность ребенка (на примере понимания феномена обмана) в работах зарубежных и отечественных исследователей

Когнитивные способности (cognitive abilities) – рассматриваются как свойства, присущие всем людям как биологическому виду, например, способность к овладению родным языком, и как свойства, варьирующие от индивидуума к индивидууму или от одной группы лиц к другой, например, вербальная или мыслительная способность [82].

Когниция (от лат. cognitio) – знание, познание, когнитивный – соответствующий когниции, или познанию, познаваемый [104].

Когниция (cognition) может рассматриваться как центральное понятие когнитивной науки, сочетающее в себе значения двух латинских слов – *cognitio*, познание, познание и *cogitatio*, мышление, размышление, обозначая познавательный процесс или совокупность психических (ментальных, мыслительных) процессов – восприятия, категоризации, мышления, речи и пр., служащих обработке и переработке информации. Включает осознание и оценку самого себя в окружающем мире и построение особой картины

мира – все то, что составляет основу для поведения человека [55]. То есть фактически речь идет о неких умозаключениях о явлениях окружающего мира, выступающих основой для последующего поведения индивида.

Согласно Ж. Пиаже (1932) когнитивное развитие личности представляет собой процесс адаптации ребенка к требованиям социальной среды и является результатом формирования у него особых «схем» поведения – способов адаптации, повторяющейся структуры или организации действий в определенных ситуациях (умственных действий, навыков, умений или простых движений) [78].

Рассматривая вопросы детского обмана или лжи, автор указывал, что мораль является системой правил, которые навязываются детям взрослыми. Осознание моральных норм детьми, по мнению Ж. Пиаже, начинается за пределами дошкольного возраста. Детская ложь – достаточно серьезная проблема, и определяется она как результат столкновения эгоцентрических побуждений ребенка с моральными принуждениями взрослых [139].

Эгоцентризм (по Ж. Пиаже) – это неспособность индивида изменить свою познавательную позицию по отношению к некоторому объекту, мнению или представлению [139]. В понимании обмана можно проследить отражение всех видов детского эгоцентризма: *познавательного* – характеризующего процессы восприятия и мышления, *морального* – отражающего неспособность восприятия моральных действий и поступков других людей, *коммуникативного* – наблюдающегося при передаче информации другим людям и отрицающего существование другого смысла в передаваемой информации.

Одно из важнейших положений Ж. Пиаже гласит, что перемены в моральных суждениях ребенка связаны с ростом его знаний и изменениями в его социальных отношениях. По мере взросления, дети проходят определенные эта-

пы нравственного развития: от полного отрицания к соблюдению определенных норм под внешним контролем и далее – к внутреннему самоконтролю; от эгоистической мотивации следования моральным установкам – к альтруистической; от выполнения правил поведения под угрозой наказания – к сознательному подчинению своего поведения требованиям ситуации во избежание самоосуждения [78].

Развитие знаний о себе возникает у ребенка только при условии социального взаимодействия. А общество выступает суммой социальных отношений, среди которых Ж. Пиаже выделяет два крайних варианта: *отношения принуждения* и *отношения кооперации*.

Отношения *принуждения* по отношению к ребенку не способствуют смене его умственных позиций. Для осознания своего «Я» ребенку необходимо освободиться от принуждения, кроме того, он нуждается во взаимодействии различных мнений, причем, мнений с равными себе. Такие взаимоотношения возможны среди представителей одного возраста, например, в детском коллективе.

Отношения *кооперации* строятся на основе взаимного уважения, здесь у ребенка сразу возникает потребность приспособиться к другому человеку и реализует себя необходимость осознать существование другой (чужой) точки зрения.

Достигнув определенного уровня развития, ребенок становится способным к сотрудничеству с другими людьми благодаря разделению и координации своей и чужих точек зрения, что является признаком *адаптации личности к социальной среде* или *социализации* личности. А далее – именно социализация обуславливает решающий поворот в психическом развитии ребенка и его переход от его эгоцентрической позиции к объективной. Этот переход происходит к 7–8 годам.

Ж. Пиаже также писал о *явлении реализма*, при котором на определенной ступени своего развития ребенок рассматривает предметы такими, какими их поставляет восприятие

и не обладает способностью видеть вещи в их внутренних отношениях. Именно реализм мешает ребенку видеть вещи независимо от субъекта, в их внутренней взаимосвязи – дети не могут отделить свое «Я» от окружающего мира вещей.

Автор выделял два типа реализма: *интеллектуальный* (ребенок уверен, что взрослый всегда прав) и *моральный* (ребенок не учитывает в оценке поступка, в частности, в обмане, внутреннее намерение и судит о поступке только по внешнему эффекту, материальному результату).

Развитие представлений ребенка о мире, по мнению Ж. Пиаже, реализует себя в трех направлениях: 1) *от реализма к объективности*; 2) *от реализма к реципрокности (взаимности)*; 3) *от реализма к релятивизму*.

Развитие детских идей *от реализма к реципрокности (взаимности)* идет параллельно эволюции детских представлений о мире, направленной *от реализма к объективности*, когда ребенок открывает для себя точки зрения других людей, приписывает им то же значение, что и собственной, устанавливает определенное соответствие между ними, начинает видеть реальность из всех точек зрения, взятых вместе.

Развитие *от реализма к релятивизму* включает в себя осознание, что явления окружающего мира связаны между собой, а наши оценки относительны (сначала ребенок думает, что в каждом движущемся предмете есть мотор, благодаря которому этот предмет двигается, но потом понимает, что перемещение отдельного тела есть воздействие внешних сил).

Значение экспериментальных фактов, полученных в исследованиях Ж. Пиаже, состоит в том, что, благодаря им, открывается остававшееся долгое время малоизученным и непризнанным важнейшее психологическое явление – *умственная позиция ребенка*, определяющая его отношение к действительности и, в частности, к обману.

Ж. Пиаже описаны основные механизмы перехода с одной стадии когнитивного развития на другую, которыми

являются: *ассимиляция, аккомодация и равновесие*. *Ассимиляция* – действие с новыми предметами на основе уже сложившихся умений и навыков. *Аккомодация* – стремление изменить свои умения и навыки в результате изменившихся условий и в соответствии с ними. Восстанавливая нарушенное *равновесие* в психике и поведении, аккомодация устраняет несоответствие между имеющимися навыками, умениями и условиями выполнения действий. Когда ассимиляция доминирует над аккомодацией, мышление становится ригидным, а поведение – негибким. В случае обратного процесса, поведение ребенка становится непоследовательным и неорганизованным, наблюдается задержка в формировании устойчивых и экономных приспособительных умственных действий и операций. Когнитивное развитие происходит благодаря механизмам ассимиляции, аккомодации и их равновесию и продолжается на протяжении всей жизни человека [78].

На основании теории, в которой субъект стремится к равновесию с реальностью, Ж. Пиаже выдвинул гипотезу о существовании *стадий интеллектуального развития*. Когнитивное развитие ребенка – это последовательное продвижение через четыре качественно различные стадии: *сенсомоторную, дооперациональную, стадию конкретных операций и формальных операций*.

Сенсомоторная стадия длится от рождения до 18–24 месяцев. Ребенок становится способным к элементарным символическим действиям. Происходит психологическое отделение себя от внешнего мира, познание себя как субъекта действия. Начинает осуществляться волевое управление своим поведением, появляется понимание устойчивости и постоянства внешних объектов, осознание, что предметы продолжают существовать и находиться на своих местах и тогда, когда не воспринимаются через органы чувств.

Дооперационная стадия охватывает период от 18–24 месяцев до 7 лет. Дети начинают пользоваться символами и ре-

чью, могут представить предметы и образы словами, описать их. В основном ребенок использует предметы и образы в игре, в процессе подражания. Ему трудно представить, как другие воспринимают то, что наблюдает и видит он сам. В этом находит отражение эгоцентризм мышления – ребенку трудно встать на позицию другого человека, увидеть явления и вещи чужими глазами. Но дети уже могут классифицировать объекты по отдельным признакам, справляются с решением конкретных проблем, связанных с реальными отношениями людей. Сложность заключается лишь в том, что им трудно выразить это в словесной форме. На этой стадии развития ребенок уже понимает, что человек может поступать правдиво, а может обманывать.

Стадия *конкретных операций* протекает с 7 до 12 лет. Ребенок здесь, пользуясь понятиями, связывает их с конкретными объектами. Дети уже могут выполнять гибкие и обратимые операции, совершаемые в соответствии с логическими правилами, логически объяснять выполненные действия, рассматривать разные точки зрения, становятся более объективными в своих оценках, приходят к интуитивному пониманию логических принципов.

В 6 лет детьми усваиваются представления о сохранении числа, в 7 лет – массы, около 9 лет – веса предметов; начинают классифицировать объекты по отдельным существенным признакам и выделять из них подклассы.

Стадия *формальных операций* начинается после 12 лет и продолжается на протяжении всей последующей жизни человека. Мышление становится более гибким, осознается обратимость умственных операций и рассуждений, появляется способность к абстрактному мышлению; развивается способность к системному поиску способов решения задач с видением нескольких вариантов решения и способностью оценки эффективности каждого из них [78].

Л. Кольберг, а затем и К. Гиллиган в качестве критериев разделения процесса когнитивного развития на этапы выделяют три вида ориентаций, образующих собой некую иерархию: *ориентацию на авторитеты, ориентацию на обычаи, ориентацию на принципы.*

Последовательный переход от одной стадии к другой базируется на двух процессах: *нарушении когнитивного равновесия и принятии роли.* Развитие суждений, в частности моральных, является результатом конфронтации каждого уровня с более высоким, что естественным образом ведет к конфликтам, нарушению равновесия и как следствие – к напряжению, заставляющему индивида выйти из противоречивой ситуации и перейти на более высокую ступень своего развития. Принятие *роли* заключается в способности встать на позицию другого человека, что особенно актуально при переходе со второй на третью стадию когнитивного развития.

Л. Кольбергом было выделено три основных уровня морального развития ребенка, каждый из которых состоит из двух подуровней. Первый уровень – предконвенциональный (или доморальный), второй – конвенциональный (или уровень соответствия общепринятым нормам) и третий – постконвенциональный (уровень самостоятельно выработанных нравственных принципов). Предконвенциональный уровень характеризуется эгоцентричностью детских суждений, построенных на принципе выгоды. Здесь поступки оцениваются по их физическим последствиям. *Конвенциональный уровень* определяется готовностью ребенка к некритичному усвоению и соблюдению моральных норм, предлагаемых его референтной группой (семьей, дошкольной группой, классом, компанией). *Постконвенциональный уровень* характеризуется наличием у человека собственных нравственных принципов, которые могут совпадать или не совпадать с мнением референтной группы [110]. Л. Кольберг пришел к выводу, что для младших возрастных групп (до 7

лет) характерен уровень доморального мышления, а третьего уровня дети могут достигать только к 13 годам [104; 110]. Стоит обратить внимание на тот факт, что третьего – постконвенционального уровня морального развития способны достигать далеко не все взрослые.

Л.С. Выготский (1960) считал, что: «Понятие развитие высших психических функций» охватывает две группы явлений, которые на первый взгляд кажутся совершенно разнородными, а на деле представляют две основные ветви, два русла развития высших форм поведения, неразрывно связанных, но не сливающихся никогда воедино. Это, во-первых, *процессы овладения внешними средствами культурного развития и мышления, языком, письмом, счетом, рисованием*; во-вторых, *процессы развития специальных высших психических функций*, не отграниченных и не определенных сколько-нибудь точно и называемых в традиционной психологии произвольным вниманием, логической памятью, образованием понятий и т.д. [21; с. 24].

В основе когнитивного развития лежит интеллектуализация всех психических процессов: «...центральным для всей структуры сознания и для всей системы деятельности психических функций является *развитие мышления*» [20; с. 415].

В процессе исторического развития ребенок изменяет способы и приемы своего поведения, трансформирует природные задатки и функции, вырабатывает и создает новые формы поведения – *специфически культурные* [22; с.29-30].

Л.С. Выготский писал: «Длительный анализ дал нам возможность установить, что развитие идет, прежде всего, в направлении опосредствования тех психологических операций, которые на первых ступенях осуществлялись непосредственными формами приспособления. Усложнение и развитие форм детского поведения и сводится к смене привлекаемых для этой задачи средств, к включению в операцию прежде незаинтересованных психологических си-

стем и к соответствующей перестройке психического процесса» [25; с.77].

Моральное несовершенство детей, по мнению Л.С. Выготского, является не врожденным, а приобретенным в ходе развития. Оно возникает на основе социальных факторов, «направляющих и приспособляющих поведение к условиям существования в той среде, в которой ребенку приходится жить» [19].

Развитие способностей представляет собой сложный процесс переструктурирования целого, когда ни врожденные структуры, ни задаваемые ребенку (в любом случае внешние по отношению к развитию) не работают как отдельные механизмы, а подчиняются общей логике развития высших форм психики. В этом случае принципиальным для понимания развития способностей становится положение о роли знаковых средств в перестраивании психических функций, включении их во все более сложные структурные объединения. При этом природные возможности ребенка не игнорируются и не культивируются, а естественным образом модифицируются в процессе освоения им культурных способов познания:

Л.С. Выготский упрекал Ж. Пиаже в том, что тот описывал психическое развитие ребенка вне его исторического развития и как процесс, управляемый внутренними силами. Ж. Пиаже, по мнению Л.С. Выготского, рассматривал развитие высших психических функций абстрактно, вне социальной и культурной среды, вне конкретной обстановки, окружающей ребенка.

Различия взглядов Ж. Пиаже и советских психологов (Выготский Л.С., Гальперин П.Я., Обухова Л.Ф., Бурменская Г.В., Запорожец А.В.) проявляются в понимании источника и движущих сил развития. Ж. Пиаже рассматривал умственное развитие ребенка как спонтанный, относительно независимый от обучения процесс, который подчиняет-

ся биологическим законам. Влияние среды здесь сводилось к задержке или стимуляции процесса умственного развития, а сам источник развития помещался внутрь индивида. В противоположность такому пониманию советские психологи подчеркивали, что источник умственного развития лежит вне ребенка – в окружающей его среде [73].

Дальнейшее развитие теории когнитивного развития получили в относительно новом, актуальном подходе к изучению генезиса понимания собственного психического и психического других людей – «модель психического» [27; 30; 129; 136; 141; 148] или – «теории теорий» («эти термины синонимичны и подчеркивают уровень метакогнитивной организации, позволяющей понимать субъективный мир других людей») [90, с. 54].

Врожденные базовые способности, позволяющие сориентироваться в окружающем мире и разделить мир вещей и мир людей, которыми наделен уже младенец, являются изначальной точкой последующего развития сложной многоуровневой системы знаний человека о себе самом и о взаимодействии с другими.

«Модель психического не является врожденной, она конструируема ребенком на основе личного опыта взаимодействия с другими» [137, с. 8].

Благодаря «модели психического» человек приобретает возможность регулировать собственное поведение, прогнозировать поведение других, что в целом способствует лучшей коммуникации с другими и лучшей собственной адаптации [63].

Термин возник в 1978 году благодаря исследованию Д. Примака и Д. Вудрафф. Говоря о том, что человек имеет «модель психического», авторы подразумевали, что он приписывает независимые ментальные феномены себе и другим. С помощью модели психического мы способны сделать вывод о ментальных состояниях, которые могут быть причи-

ной, как наших собственных действий, так и действий других. Мы способны рефлексировать содержание нашего собственного психического и психического других.

В то же самое время А.М. Лесли (Leslie A.M.) [135] предлагает просто принять, что «дети обладают репрезентационной системой, которая позволяет понимать когнитивные содержания, лежащие в основе поведения».

В развитии «модели психического» или «теории теорий» – представлениях детей о психическом других людей, – по мнению Дж.Флейвелла [89; 90; 128; 130], можно выделить *три основных течения*.

Первое из них связано с именем Ж. Пиаже и его *теорией когнитивного развития*. Ж. Пиаже пишет, что сначала дети не знают о том, что они сами и другие люди являются носителями психического и что ментальные феномены могут существенно отличаться у разных индивидуумов. Но медленно и постепенно дети постигают свои психические состояния и научаются отличать их от состояний других людей. В русле теории Ж. Пиаже в большинстве исследований констатируется рост способности понимания психического с возрастом ребенка [130].

Второе течение (начало 70-х гг. XX в.) представлено работами *по метакогнитивному развитию* детей и включает в себя знание о природе людей как познающих субъектах, что дает возможность проникнуть в природу различных когнитивных задач и возможных стратегий их решения. Эти знания позволяют регулировать когнитивную активность, управлять процессами внимания, восприятия, памяти, мышления и организовывать оптимальные исполнительные стратегии [90]. Понятие «метакогниции» использовалось в многочисленных исследованиях детского познания процессов восприятия, коммуникации, языка, понимания [119; 130].

Третье течение – непосредственно «*модель психического*» (80-е годы XX в.) – в настоящее время является до-

минирующим в изучении когнитивного развития детей и, по представлениям ряда авторов (Флейвелл Дж., Пернер Й., Вельман Г.М.), означает становление новой системной ментальной теории.

Работы, выполненные в рамках данного течения, пытаются выявить, как организованы знания детей о психических состояниях и феноменах, как эти знания определяют их собственное поведение и как дети понимают поведение других людей [129; 139].

В самой «модели психического» выделено три основных блока исследований: «теория теорий» («theory theory» – ТТ), «теория модулярности» («modularity theory» – ТоММ) и «теория имитации» («simulation theory» – СТ).

Первый блок или «теория теорий» берет начало в исследованиях Ж. Пиаже. Суть теории заключается в представлении о том, что дети медленно и постепенно постигают свои психические состояния и научаются отличать свои состояния от состояния других людей, формируя понимание психического других через процесс рассуждений.

Несколько позже К. Бартч и Г.М. Вельман (1995) выделили три основных уровня в достижении понимания психического. По их представлениям оно происходит от становления психологии желаний – в 2 года, когда дети учатся понимать простые эмоции, желания и интерпретировать получаемые ими перцептивные впечатления до психологии предсказаний – в 4 года. Сначала дети демонстрируют понимание того, что люди могут хотеть, видеть и чувствовать объекты. Ближе к 3 годам дети развивают психологию желаний-убеждений. Они начинают говорить об убеждениях, желаниях и мыслях и проявляют понимание того, что ментальные репрезентации могут различаться у разных индивидуумов. В 4 года ими достигается финальная стадия психологии желаний-убеждений – они понимают, что мысли, убеждения и желания других людей оказывают влияние на их соб-

ственное поведение [124]. Е.А. Сергиенко и Е.И. Лебедева пишут, что именно в этом возрасте дети начинают понимать значение веры и доверия и активно манипулировать доверием к ним, что часто находит проявление в обмане [90].

Й. Пернером (1991) были выделены *три ступени в развитии ментальных моделей*. Первая ступень – *модель текущих событий*, вторая – *мультимодель*, третья – *метамодель*. Й. Пернер указывает, что данные модели формируются в первые четыре года жизни человека [133; 138].

Второй блок составляет *«теория модулярности»*, в рамках которой А.М. Лесли объясняет совершенствование «модели психического» развитием врожденных механизмов – модулей [18; 128; 134]. Здесь, в отличие от представителей подхода «теория теорий», автор настаивает на решающем значении нейробиологического взросления у человека трех специфических модульных механизмов. «Главная цель модулярного подхода – определить требования к системе обработки информации, необходимой для когнитивного развития» [88].

С. Барон-Кохен (Baron-Cohen S.) считает, что решающую роль в развитии «модели психического» играет детекция ребенком направления взгляда и выделяет *4 вида модулей*: «*интенциональный детектор*» интерпретирует целенаправленные движения к стимулам в терминах примитивных произвольных намерений и желаний; «*детектор направленности взгляда*» устанавливает взгляд на лице и глазах другого человека, анализирует, куда смотрят глаза; интерпретирует направление взгляда как перцептивного состояния, то есть кодирует состояние диадической репрезентации в форме «агент смотрит на меня» или «агент смотрит не на меня»; «*механизм общего внимания*» принимает диадическую репрезентацию из предыдущих модулей и продуцирует триадическое взаимодействие, то есть связь между субъектом действия, «Я» и объектом; «*механизм модели*

психического» обеспечивает способ репрезентации познавательных ментальных состояний в других агентах и механизм связывания вместе всех наших знаний о ментальных феноменах в единое целое [145].

Третий блок теорий – «теория имитации». Р.М. Гордон (Gordon R.M.) и Д. Круз (Cruz J.) пишут: «В самом общем виде «теория имитации» утверждает, что индивидуум представляет ментальные процессы и действия через ментальную стимуляцию, то есть через порождение подобных активностей и процессов в самом себе. Например, индивидуум предвосхищает внутреннее намерение и внешние проявления обманного поведения другого, делая вывод из особенностей ситуации, примененной к самому себе» [89].

Сторонники «теории имитации» склонны считать, что важнейшую формирующую роль играет собственный опыт ребенка, когда он совершенствует свою возможность имитации через практическое «примеривание» на себя определенных ролей. Поэтому так важно, чтобы рядом с ребенком были «достойные» для подражания образцы поведения.

К сожалению, ни одна концепция или модель в настоящее время не в состоянии представить системную картину становления «теории теорий» [90].

Обман занимает особое место в направлении «модель психического», выступая эффективной экспериментальной моделью различения ментальных феноменов [29]. Понимание обмана ярко отражает развитие представлений о психическом мире других людей и свидетельствует о сложной организации этих представлений. После того как дети осознают, что человек может заблуждаться, что его неверное мнение может влиять на его поведение, у ребенка появляется способность понимать обман и обманывать самому. Эта способность появляется после того, как ребенок понимает, что на убеждения других людей можно влиять и что другие формируют свои убеждения на основе увиденного и услышанного.

Понимание всегда включает в себя выяснение того, почему что-то непонятно, почему в процессе мышления получено именно такое знание, а также на какие потенциальные вопросы оно может ответить, какую роль сыграть в решении жизненной задачи [44]. Как пишет В.В. Знаков: «Понимание, глубокое осмысление проблем указывает человеку возможные варианты его развития, открывает пути к самосовершенствованию. Отсюда следует, что понимание субъектом мира и себя в мире необходимо рассматривать как предпосылку психического развития, в частности личностного роста» [44].

Исследования способностей детей к обману изучались, в частности, с использованием феномена «макиавеллизма» – способности детей манипулировать другими. С.Ф. Китинг (Keating C.F.) и К.Р. Хельтман (Heltman K.R.), 1994, рассматривали связь между успешностью обмана других у детей дошкольного возраста и их социальным статусом. Результаты показали, что дети, успешно обманувшие эксперта, являлись социально доминантными [131]. С. Hughes и J. Russel, 1993 изучали различия в способности к обману у умственно отсталых детей и детей с аутизмом [148].

P.Gardenfors утверждал, что психические состояния, которые изучаются в рамках данного направления, – это не просто отдельные области изучения, а иерархические компоненты в развитии «модели психического», которая включает в себя владение: внутренним миром – необходимый компонент для способности планировать; моделью эмоций – когда индивид понимает, например, что кто-то еще страдает; понимание им эмоций других не означает понимания их убеждений и желаний; моделью внимания – когда индивид может понять, например, что кто-то еще может смотреть на что-то (способность не предполагает каких бы то ни было представлений о чем-то внутреннем мире); моделью намерений – способностью понимания объектной на-

правленности, лежащей в основании индивидуального поведения; моделью психического других – способностью представлять убеждения и желания других; самосознанием – способностью представлять собственный внутренний мир, то есть размышлять о том, в чем сам убежден и чего сам хочешь [131].

«Модель психического» является тем механизмом, без которого обман невозможен, – считают М. Адензато (Adenzato M.) и Р. Ардито (Ardito R.), 1999. Индивидуум, который хочет обмануть другого, прежде чем сформировать в нем ложное убеждение, должен убедиться, что человек взаимодействует с ним – это способность, напрямую связанная с «моделью психического». Более того, чтобы убедить другого поверить во что-то ложное, необходимо четко представлять себе его убеждения [121].

Останавливаясь на особенностях понимания обмана как эффективной экспериментальной модели различения ментальных феноменов, нельзя не рассмотреть содержание самих основных ментальных феноменов: знаний, эмоций и намерений.

Ментальный феномен знаний – это сложный и длительный процесс развития ребенка от «отсутствия знаний» (до 2,2–3 лет) до представления о том, что полная информация о предмете может быть реконструирована посредством умозаключений по одному элементу (к 5–6 годам). К 2,2–3 годам у ребенка наблюдается процесс постижения значения «знать как» – как выполнять определенные действия и задания (до этого момента слово «знать» преимущественно используется во фразах типа «я не знаю») [139]. К 3–4 годам происходит постижение ребенком значения «знать об» (например, об отношении). Дети начинают приписывать кому-то информацию об объекте на основании, видел или нет этот субъект этот объект. Затем к 3,8–4 годам появляются представления об источниках информации – дети начи-

нают интересоваться источниками информации и, очевидно, фиксируют, откуда они узнают информацию. Чуть позднее, к 4–5 годам, детские знания требуют источников, объясняющих причины, и дети начинают представлять, что индивид, который не имел доступа к требуемой информации ранее, может правильно ответить на вопрос только благодаря «счастливой догадке». С 4–5 лет дети начинают понимать, что рисунок, лежащий на столе, может быть правильно ориентирован по отношению к ним, но при этом являться перевернутым для кого-то другого, сидящего с другой стороны стола. Детьми начинают осознаваться сложности понимания ситуации, в которой каждое действующее лицо обладает только некоторой информацией (целиком не доступной ребенку) и признается важность учета позиции и участия других индивидов. Здесь ребенок уже пробует отделять информацию, которую получает каждый индивид в результате собственного восприятия. И только около 5–6 лет приходит понимание, что информация может быть доступной по частям. Дети начинают понимать, что индивиды, которые видят часть объекта, не знают о нем все. Они представляют, что информация об объекте может иметь несколько аспектов (цвет, размер, мягкость и т.д.), которые могут становиться известными только через соответствующие органы чувств (зрение, осязание). У детей появляется представление, что полная информация об объекте может быть реконструирована по одному элементу этого объекта посредством умозаключений [28].

Что касается ментального феномена эмоций, то различать эмоции способны уже младенцы. При предъявлении изображения лица и фигуры, составленной из тех же элементов, но по-другому расположенных, дети отдадут предпочтение изображению лица. Младенцы способны различать выражения печали, счастья, радости уже через 36 часов после рождения [63]. В настоящий момент широко рас-

пространено представление, что эмоциональные состояния человека взаимосвязаны с его когнитивными процессами, физиологическими состояниями и факторами среды [127].

К. Oatley и J.M. Jenkins (1996) определили эмоцию как состояние, являющееся следствием важного для субъекта события. Это состояние включает в себя: осознание знакомого чувства, телесное волнение некоторого вида, узнаваемую экспрессию лица, тона голоса и жестовой активности и готовность к определенному виду деятельности [127]. Дети показывают ранние способности к пониманию разных аспектов эмоций, которые появляются даже раньше, чем определения, связанные с убеждениями (Wellman, Phillips, Rodrigues, 2000). Понимание детьми эмоций часто классифицируется в терминах «убеждений-желаний», а сами исследования проводятся по схеме заданий на ложные убеждения. Счастье и печаль как результат исполнения желания способны понять уже дети 2–3 лет (Wellman, Bartsch, 1988) [125].

Г.М. Вельман и К. Бартч (Wellman Н.М. и Bartsch К.) показали, что дети 4 лет могут опознавать удивление другого человека в случае, когда эмоция является результатом рассогласования между убеждениями и реальностью [124]. Однако J. Nadwin и Й. Пернер (1991) получили результаты, которые позволяют утверждать, что только дети 5 и даже 6 лет способны понять, что будет чувствовать персонаж, если его убеждения противоречат реальности [125; 139].

Маленькие дети понимают эмоции как ментальные феномены человека, отличающиеся и от действий (например, ударить), и от экспрессии (например, улыбка), они способны проводить различия между субъективными эмоциональными состояниями разных индивидуумов. В более старшем возрасте дети расширяют свои представления об эмоциях. Например, они узнают, что люди не всегда реально чувствуют то, что им кажется; что аффективные реакции людей на какое-то событие могут быть результатом предшествующей

щего эмоционального опыта в связи с подобными событиями и что люди могут выражать две амбивалентные эмоции почти одновременно [128]. Важно подчеркнуть, что развивающееся понимание мыслей другого приводит к тому, что впоследствии эмоции другого человека становятся менее важным сигналом.

Исследователи О.А. Прусакова и Е.А. Сергиенко получили результаты о связи интеллектуального развития детей с пониманием ими эмоций. Наиболее тесная связь между уровнем интеллекта и пониманием эмоций была выявлена ими у детей 3 лет. Но уже у детей 4 лет выявлены менее тесные связи между интеллектуальным уровнем и пониманием эмоций, а особенно между уровнем интеллекта и воспроизведением эмоций. А у детей 5 и 6 лет значимых связей между уровнем интеллекта и уровнем эмоций не выявлено [81].

Что касается феномена намерений, то S. Baron-Cohen утверждает, что понимание индивидом намерения включает в себя три типа заключений, которые он должен произвести: во-первых самостоятельное движение (self-propulsion), во-вторых, целенаправленность (goal-direction) и, в-третьих, само намерение (intentionality). «Намерение, таким образом, может быть первоначальным выводом на основе движения, но представленное в терминах ментальных феноменов» [123].

Намерение может быть разделено по интенсивности измерения: от «выполнения рутинной, но целенаправленной деятельности» до «отчаянного желания достигнуть некоторую цель» [123].

Д. Примак (1996) показал, что даже очень маленькие дети способны отличать события, обусловленные естественными (физическими) силами, от тех, которые обусловлены опосредованными (людьми и животными) силами. Способность различать феномены, производимые другими агентами, является фундаментальным основанием для пони-

мания намеренности в поведении других. Когда мы видим, как что-то произведено агентом, то предполагаем, что есть какая-то цель этого действия, другими словами, это действие является намеренным [131]. Результаты, полученные Р. Bloom и L. Markson (1998) на основе работы с использованием рисунков детей, являются доказательством того, что дети дают ответы не случайно, а на основе ментальной репрезентации [142].

В. Schick, J. de Villers, P. de Villiers и В. Hofmeister пишут о том, что совершенствованию «модели психического» могут способствовать некоторые воспитательные приемы: «Игры понарошку и ролевые игры позволяют детям уходить от реальности объектов и ролей. Дети нуждаются в создании отдельных когнитивных репрезентаций того, что является реальным, а что – представляемым. Разговоры о случившихся происшествиях также способствуют развитию «модели психического» – дети нуждаются в обсуждении событий, не относящихся к имеющемуся контексту. Кроме этого, даже в книгах для дошкольников содержатся подходящие случаи для объяснения того, как функционирует психическое. И сама жизнь представляет достаточно ситуаций, когда люди, например, забыли, куда они что-либо положили, когда они неправильно поняли и дразнят друг друга, представляя, что могло бы произойти, а также обсуждают свои мнения и перспективы. Беседы о реальных и предполагаемых событиях помогают детям освоить язык описания ментальных феноменов» [146].

Краткие выводы:

1. Теории когнитивного развития (Пиаже Ж., Кольберг Л., Гиллиган К., Выготский Л.С.) рассматривают феномен обмана как составляющую процесса адаптации ребенка к требованиям социальной среды и результат ее влияния на формирующуюся личность. В рамках относительно но-

вого направления «модели психического» обман выступает как когнитивный феномен, отражающий становление психического (Флейвелл Дж., Лесли А.М., Сергиенко Е.А., Герасимова А.С. и др.).

2. Содержание «модели психического» является логическим продолжением теорий когнитивного развития. Оно изложено в рамках трех основных течений: Ж. Пиаже, его теории когнитивного развития, работ по метакогнитивному развитию Дж. Флейвелла и самой «теории теорий» (Флейвелл Дж., Пернер Й., Вельман Г.М.) и отражено в трех основных блоках «модели психического»: «теории теорий», «теории модулярности», «теории имитации» (Бартч К., Вельман Г.М., Пернер Й., Лесли А.М. и др.).

3. «Модель психического» является не только «теоретической», но и успешной «опытной» моделью, позволяющей исследовать когнитивные способности ребенка, в том числе – часто болеющего.

1.2. Социальная ситуация развития и психологические особенности старшего дошкольника, имеющего статус «часто болеющий»

До настоящего времени в группу ЧБД принято относить на основании критериев частоты заболеваний в зависимости от возраста (А.А. Баранов и В.Ю. Альбицкий) [4]. «Часто болеющими» считаются дети, болеющие до 1 года – четыре и более раз в год, от 1 до 3 лет – шесть и более раз в год, 4–5 лет – пять и более раз, старше 5 лет – четыре и более раз, а начиная с 6 лет – три и более заболеваний в год.

ЧБД – это не нозологическая категория, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за корригируемых отклонений в защитных системах организма при отсутствии стойких органических нарушений в них (по опре-

делению национальной научно-практической программы «ОРЗ у детей: лечение и профилактика», 2002). Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у ЧБД не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями [35].

Среди причин частых заболеваний у детей также выделяют: детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний в фазе обострения (А.Г. Румянцев, В.Н. Касаткин, 1996) [84].

При этом с медицинской точки зрения в группе ЧБД выделяют следующие подгруппы:

- относительно часто болеющие (ОЧБД) – это дети, болеющие острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) 4 – 5 раз в год;

- истинно часто болеющие дети (ИЧБД) – болеющие ОРВИ более 6 раз в год. Здесь помимо высокой частоты заболеваний для них характерны их более продолжительное и тяжелое течение.

Данные группы отличаются в том числе и особенности социальной ситуации развития. В первом случае часто болеющий ребенок посещает детский сад или школу, живет «общественной жизнью», участвует вместе со здоровыми детьми в играх и занятиях, во втором случае он в основном «замкнут» в кругу своей семьи [26].

Согласно культурно-исторической концепции Л.С. Выготского (1984), специфика каждого возрастного периода раскрывается через особенности социальной ситуации развития ребенка, которая «... не есть просто среда, то есть то, что находится вне человека в виде совокупности объективных внешних факторов развития, не есть просто обстановка развития, а особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, типичное для каждого возрастного периода. Она обуславливает психическое развитие на данном этапе и возникающие психологические новообразования...» [22].

Условия как система отношений между индивидом и средой могут быть благоприятными для процесса индивидуального развития и неблагоприятными. Роль системы отношений между индивидом и средой является ведущей для психического развития человека. Социальная ситуация полностью определяет формы и пути развития ребенка, виды деятельности, приобретаемые им новые психические свойства и качества [23].

На необходимость и важность изучения соматически болеющего ребенка посредством исследования его социальной ситуации развития указывают результаты многих исследований (Арина Г.А., Братусь Б.С., Касаткин В.Н., Михеева А.А., Ковалевский В.А., Николаева В.В. и др.) [11; 40; 70]. Болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную особую социальную ситуацию развития, она сужает пространство возможной активности индивидуума, создает дефицитарные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и этим изменить жизненный опыт человека. При этом ряд авторов подчеркивает, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является качественно иным [53; 70].

И.Г. Киян, И.В. Равич-Щербо и А.Г. Румянцев пишут: «... Установлено, что индивидуально-психологические особенности и психосоматическое развитие больных и здоровых детей неодинаковы. Тяжелое соматическое заболевание изнуряет ребенка, лишает его физических сил, вызывает душевные страдания. Поведение больного ребенка изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, как правило, не прекращает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход...» [52].

В.В. Николаевой и Г.А. Ариной (1995) выделены два вида ограничений, создающих для больного ребенка новую социальную ситуацию развития: ограничение движений и ограничение познавательной деятельности. Частая необходимость соблюдения постельного режима ограничивает одну из важных форм самовыражения ребенка – его двигательную активность, а отсутствие возможности регулярно посещать детский сад фрустрирует познавательную потребность, изменяя познавательную активность [53].

Анализ исследований по проблеме развития личности соматически больного ребенка позволяет выделить характерные особенности категории часто болеющих детей.

Особенности познавательной деятельности:

– истощаемость психической деятельности в виде значительного снижения показателей умственной работоспособности (дети, больные острой пневмонией, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой) [75];

– трудности переключения внимания, снижение продуктивности воспроизведения предложенного материала [71];

– снижение продуктивности внимания (меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания) [53];

– статистически достоверное уменьшение уровня развития творческого воображения (по результатам исследования часто болеющих старших дошкольников) [53];

– меньший объем произвольной зрительной памяти [53];

– более позднее формирование моделирующих перцептивных действий по сравнению со здоровыми детьми [53];

– большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая ее самостоятельность, полнота и логическая последовательность [53].

Особенности развития личности и самосознания:

– преобладание позиции собственной «малоценности», ущербности; непосредственно-чувственное отношение к себе [58; 71];

– приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины [6];

– выраженная тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения [53];

– формирование негативного представления о собственной личности; неустойчивая оценка своей болезни, нарастание пессимизма и депрессивности; изменение иерархии мотивов со снижением их побудительной силы; инфантилизм как задержка развития личности в результате изменения социальной ситуации развития [58];

– выраженная тенденция к адекватной самооценке в сравнении со здоровыми сверстниками, но во многом зависящая от типа семейного воспитания (характерно для младшего и среднего дошкольного возраста) [53];

– преобладание направленности желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий (84% опрошенных часто болеющих дошкольников), в отличие от преобладания желаний, направленных на преобразование окружающей среды (63%) и на взаимодействие с другими людьми (70%) у их здоровых сверстников [53].

Особенности межличностного взаимодействия и деятельности:

– ограничение до минимума круга общения, присутствии объективной зависимости от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь [63];

– преобладание симбиотического, симбиотически-авторитарного, привязывающее-подавляющего стиля родительского отношения к ребенку [53; 71];

– фиксация родителями внимания ребенка на болезненных проявлениях, введение родителями различных запретов и ограничений [6; 70];

– скованность, замкнутость детей; их меньшая контактность и общительность [6];

– утрата непосредственности общения со взрослыми и детьми, отсутствие радости от совместных игр и развлечений; частые случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, проявлений упрямства [48];

– ограничение игровой деятельности (ее возможности и проявления) и, как следствие, ограничение двигательной потребности ребенка [48; 71].

Социальная ситуация развития больного ребенка, по И.С. Арону (2000), характеризуется:

– дефицитарностью общения детей со сверстниками;
– отсутствием условий для реализации игры как ведущего вида деятельности;

– ограниченностью общения кругом семьи;
– неблагоприятными личностными проявлениями родителей;

– наличием у родителей непродуктивных установок по отношению к ребенку и применением неэффективных стилей воспитания;

– тревожно-конфликтной психологической атмосферой в семье [26].

Перечисленные факторы оказывают выраженное отрицательное влияние на формирование личности ребенка, находящегося в особой социальной ситуации развития. Правомерность данной точки зрения можно проследить на следующих примерах.

В рамках исследования В.А. Ковалевского [53] при изучении особенностей реального общения в группе детского сада по методике Т.А. Репиной у больных детей наблюдалось достоверное преобладание одиночной игры, при этом 20% ЧБД были исключены из детских коллективных игр, а 14% обладали уровнем развития игровых умений ниже возрастной нормы; при исследовании межличностных отношений детей по методике Я.Л. Коломенского 33 % часто болеющих дошкольников не получили ни одного выбора,

остальная их часть – не более 4 выборов, что является крайне низким результатом по сравнению со здоровыми детьми. В.А. Ковалевский пишет: «Наблюдается своеобразная «изоляция» часто болеющих дошкольников, которая, по видимому, искажает представления ребенка о заболевании и усугубляет его переживании по данному поводу...» [53]. А.А. Михеева указывает, что чем чаще ребенок болеет, тем большие трудности он испытывает в общении со сверстниками и тем ниже его социометрический статус в группе [67].

Что касается отсутствия условий для игры, то В.А. Ковалевский также констатирует, что больной ребенок находится совершенно в другой ситуации, нежели здоровый: «Из-за своей болезни ему приходится проводить длительное время в домашних условиях, где в большинстве случаев круг общения ограничен до минимума «ребенок – родители». В большинстве своем родители склонны переоценивать страдания ребенка и, относясь к нему как к тяжелобольному, фиксируют внимание дошкольника на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения...» [53]. Данный факт является также ярким примером реализации родителями представлений о наличии фиксированных форм семейного поведения, при которых повторяющееся поведение родителей в отношении к больному ребенку закрепляет у последнего проявления болезни, препятствуя улучшению его психосоматического статуса [36].

Фиксированные формы семейного поведения – формы поведения семейной системы, «упорно повторяющиеся и / или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменения» (Залевский Г.В., 2007). Поведение родителей, воспитывающих часто болеющего ребенка, осуществляется в неизменяемых (или трудноизменяемых), то есть фиксированных, застывших, ригидных стереотипах (когнитивных, эмоциональных и собственно поведенческих) [36].

Фиксированная цель родителей (когда не учитываются желания и реальные возможности ребенка, он ограждается от любых неприятностей и жизненных трудностей) и фиксированные средства (когда родитель продолжает использовать прежние средства воспитательного воздействия при их очевидной неэффективности) могут приводить к отставанию в психическом и личностном развитии ребенка [38; 48]. Фиксированные формы семейного поведения всегда определяют неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку.

Значительную часть жизни часто болеющий ребенок старшего дошкольного возраста проводит в семье, где у него начинают складываться индивидуальные механизмы развития. Особенности взаимоотношений и общения между членами семьи создают специфическую морально-психологическую атмосферу, которая играет важную роль в решении и реализации семьей воспитательных, развивающих и образовательных задач. Выделяют следующие *факторы родительского отношения, патогенно влияющие на морально-психологическую атмосферу в семье*:

1) *хроническая недостаточность привязанности*, которая может приводить к эмоциональной бедности (синдром госпитализма, описанный R.A.Spitz [138], и синдром «аффективной тупости», описанный M. Rutter, D.Shaffer, M. Shepherd, или так называемый «внутрисемейный госпитализм»: прерывистость отношений, повторяющиеся разлуки, плохой присмотр, формальные отношения, неспособность воспитывать собственное дитя) [134];

2) *перевозбуждение и сверхстимуляция* (непрерывное возбуждение одной из функциональных сфер, например, питания или опорожнения кишечника, способствует возникновению и развитию анорексии и запора; материнская гиперопека с отстранением отца порождает симбиотиче-

скую связь между матерью и ребенком, препятствуя его отделению и процессу индивидуализации);

3) *качественные и временные непоследовательности, рассогласованности отношений*, когда отношения подчиняются не нуждам ребенка, а материальным требованиям окружения. Качественные и количественные нарушения привязанности влияют на всю эмоциональную организацию и вредят построению психосоматических защитных механизмов в настоящем и иногда, по-видимому, будущем [86].

Н. Stierlin исследовал семьи, в которых есть психосоматические больные дети и показал, что семья, в которой воспитывается ребенок, может способствовать снижению толерантности к стрессовым ситуациям, сенсбилизации к «утратам значимого объекта». Автором было выделено *три типа отношений, которые характеризуют семью с психосоматическим больным*:

1) *«связывание»* – характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций, дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает от нормы;

2) *«отвержение»* – ребенок как бы «отказывается» от своей личности, развиваются аутизм и тенденция к автономности;

3) *«делегирование»* – у родителей происходит сдвиг в ожиданиях по отношению к детям. Истинные достижения ребенка игнорируются, а на ребенка перемещаются собственные несбывшиеся надежды и ожидания, им манипулируют как продолжением своего «Я» [56; 135].

Анализ ряда исследований родительского отношения к детям с хроническими соматическими заболеваниями (Варга А.Я., Лифинцева А.А., Писаренко Н.А., Романова О.Л., Урядницкая Н.А., Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., Ковалевский В.А., Котова Е.В., Дубовик Е.Ю., Дусказиева Ж.Г., Штумф В.О.) позволяет выделить некоторые общие характеристики: стремление к симбиотическим отноше-

ям с ребенком, страх потери ребенка, гиперпротекция, недостаточность требований-обязанностей у ребенка в семье, чрезмерность родительских требований-запретов, расширение сферы родительских чувств, авторитаризм, неустойчивость стиля воспитания, стремление инфантилизировать ребенка [56; 106].

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих часто болеющего ребенка, Г.А. Арина и Н.А. Коваленко (1995) говорят о том, что она имеет вид: активная, «доминантная» мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца здесь связывается с тотальной традиционной ответственностью за все, что происходит с больным ребенком. Эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. И, таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия в воспитании ребенка отца [26].

Ряд отечественных психологов (Спиваковская А.С. (1981); Прихожан А.Н., Толстых Н.Н. (1982); Варга А.Я. (1987); Соколова Е.Т., Николаева В.В. (1995); Филиппова Г.Г. (2001) и др.) [17; 78; 94; 101] считают, что наиболее патогенным в раннем и дошкольном возрасте является *нарушенное материнское отношение*. Это представление поддерживается рядом зарубежных авторов (Barhit С., 1978; Genevie L., Margolies E., 1989; Bonnet С., 1992) [113; 117; 123]. Исследователи говорят о том, что болезнь может стать устойчивой составляющей триады *«мать – болезнь – ребенок»*, и ее исчезновение повлечет за собой изменение всей семейной структуры. Когда болезнь выступает «регулятором» семейных отношений, семья неосознанно стремится к ее поддержанию.

В литературе исчерпывающе описаны личностные особенности матерей ЧБД и специфика их внутрисемейных отношений (Арина Г.А., Коваленко Н.А., 1995; Николае-

ва В.В., 1995; Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., Касаткин В.Н., 1999; Киян И.Г., Равич-Щербо И.В., Румянцев А.Г., 2000) [6; 53; 69; 77; 84]. Исследователи отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. По их мнению, для матерей ЧБД характерна, прежде всего, высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, при которой болезнь ребенка выступает возможностью отреагирования собственных проблем. Большинство матерей ЧБД склонны в ситуации фрустрации выдавать экстрапунитивные реакции, при которых доля их собственной ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается. Матерям также присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение, в их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство), чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое), которое связано с болезнью ребенка.

Рассматривая особенности материнского отношения к часто болеющему ребенку, авторы выявили «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение, проявляющееся в эмоциональном отвержении ребенка, низкой оценке его личностных качеств, восприятию его более младшим по сравнению с реальным возрастом, в некоторых случаях с приписыванием ребенку дурных наклонностей.

Авторы делают вывод о наличии особого стереотипа отношения таких матерей к своему часто болеющему ребенку, который характеризуется неосознаваемым эмоциональным отвержением ребенка, сочетающимся с тенденцией к авторитарному контролю всей его психической и телесной жизни [26].

А.А. Михеева (1999) пишет, что когда ребенок болеет четыре – пять раз в году, он явно отвергается матерью, не соответствует ее ожиданиям, мать не принимает болезни ребенка, хочет видеть его здоровым и предъявляет достаточно высокие социальные требования к его личности. В случаях, когда ребенок болеет шесть и более раз в году, отвержение ребенка матерью присутствует, хотя и не осознается. На первый план выступает симбиотическая связь, способом поддержания которой выступает болезнь ребенка. В результате этого возникает отношение к ребенку по типу «маленький неудачник», при котором социальные требования к нему сводятся до минимума по причине уверенности матери в том, что он не может обойтись без ее участия и опеки [26].

Работы отечественных и зарубежных исследователей (Морозов Г.В., Лебединский М.С., 1972; Бассин Ф.В., 1972; Николаева В.В., 1987; Шац И.К., 1990; Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 1999; Исаев Д.Н., 1996, 2000; Гиндикин В.Я., 2000; Старшенбаум Г.В., 2005; Engel B.T., 1972; Chertok L., 1982; Zimprich H., 1984; Jochmus I., Schmitt G.M., 1986; Stark T., Blum R., 1986; Kreisler L., 1994 и др.) подчеркивают единство психического и соматического.

В соответствии с основным положением психосоматического подхода к проблеме развития и преодоления болезни (Бассин Ф.В., Березин Ф.Б., 1978; Кристиан П., Рад М., 1999; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002) больного человека следует рассматривать как существо, живущее и действующее со всеми его межчеловеческими отношениями и взаимодействиями с миром, с его культурными нормами и ценностями. На сегодняшний день выделено два вида патогенного влияния болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Соматогенный связан с непосредственным влиянием на центральную нервную систему соматических вредностей: интоксикации, интенсивности болевых ощущений. Психогенное влияние обусловлено нали-

чем психологической реакции на факт заболевания и его последствия: астении, нарушения общего самочувствия.

Соматогенный путь наблюдается лишь в случае отдельных соматических заболеваний при тяжелых формах болезни, основным же видом влияния на психику является психогенный [70].

В механизмах взаимоотношения психики и сомы значимую роль играют механизмы «замкнутого круга», при которых нарушения, изначально возникшие в соматической (или психической) сфере, вызывают реакции в психике (или соме). Затем эти реакции выступают причиной дальнейших соматических (или психических) расстройств. Так по «замкнутому кругу» и разворачивается целостная картина болезни [92]. Особенно велика роль «замкнутого круга» в патогенезе психосоматических болезней. Категория детей с психосоматическими заболеваниями включает в том числе и ЧБД.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ).

Понятие ВКБ было введено Р.А. Лурия, который относил к ВКБ «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из всех сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [60].

А.Ш. Тхостов и В.В. Николаева предлагают рассматривать процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), направленной на понимание человеком новой жизненной ситуации – ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах, «обладающей

собственным содержанием и специфичностью, но тем не менее подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования» [71; 100].

В.В. Николаева выделила четыре уровня ВКБ:

– чувственный (сенситивный): сюда относят все болезненные или другие неприятные ощущения, которые или исходят из какого-то конкретного места («болит рука», «кружится голова», «колет в сердце»), или вызваны общим изменением самочувствия («плохо себя чувствую», «все болит»);

– эмоциональный уровень включает в себя эмоции, которые человек испытывает в связи с заболеванием («все время хочется плакать», «мне кажется, что это никогда не кончится»);

– интеллектуальный уровень: отражает представления, знания и оценку человеком своей болезни, является результатом размышлений больного о своем состоянии, конкретном заболевании, его причинах и о возможных последствиях («я заболела, так как ходила без шапки», «боюсь, что умру»);

– мотивационный уровень или волевая составляющая: содержит более или менее осознанное отношение больного к своему заболеванию, к изменению своего поведения и образа жизни в условиях болезни, а также разную степень желания действовать, чтобы вернуть или сохранить свое здоровье («мне надоело быть больной и беспомощной») [70].

Д.Н. Исаев понимает под ВКБ комплекс факторов различной природы, влияющих на проявление и течение заболевания ребенка, к которым отнесены отношения в семье, успеваемость, наличие и характер внутриличностных конфликтов [47]. К составляющим ВКБ им отнесены объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт, полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношении родителей и других лиц

из окружения ребенка к его заболеванию, влияние медперсонала и врача, наличие других стрессоров. Д.Н.Исаев отмечал, что понимание происходящего в организме, возможность оценки болезненных переживаний зависят у ребенка от уровня психического развития [48].

Отношение к болезни зависит от возраста ребенка, уровня его интеллектуального развития, особенностей характера, имеющегося личного опыта, а также тяжести проявлений заболевания и его восприятия.

В раннем детском возрасте полной психологической ВКБ нет, здесь (примерно с 6 месяцев) преобладают чувственный и эмоциональный компоненты. Дети не подозревают об опасности заболевания, у них преимущественно складывается только внешняя картинка переживания, а болезнь воспринимается как ограничение активности.

В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте (от 5 до 11 лет) ВКБ остается представленной частично и воспринимается как мешающий, ненужный факт ограничения активности и общения. В этом возрастном периоде начинает формироваться интеллектуальный уровень ВКБ. При этом большое влияние на этот процесс, помимо родителей, начинает оказывать и врач.

В полном объеме ВКБ начинает оформляться в подростковом возрасте (12–17 лет), здесь усиливается тревожность, дети начинают осознавать ценность жизни и здоровья. Болезнь часто воспринимается как остановка жизни, хотя внешне больными подростки себя часто не признают.

Во многом отношение ребенка к болезни определяется представлением родителей и других значимых лиц о заболевании и часто совпадает с ним [1; 6; 45; 47]. Д.Н. Исаев отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Пережива-

ния родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу их ВКБ [46].

Как правило, дети старшего дошкольного возраста не понимают причин своего заболевания, часто рассматривают его как наказание за плохое поведение, нарушение питания, гигиенических правил. У детей часто можно встретиться с наличием фантастических представлений о болезни, связанных с переживаниями страха медицинских манипуляций. Часто наблюдаются как задержки в развитии, так и явления регрессии – возврата к более ранним формам психического реагирования, которые являются защитным психологическим механизмом.

Для ЧБД характерно амбивалентное отношение к своей болезни. Большинство детей признают, что болезнь им мешает – нельзя ходить в гости, на улицу, нужно принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на бессознательном уровне болезнь является для них более привлекательной, чем здоровье, – она «выгодна» ребенку потому, что дает ему возможность приблизиться к матери, получить ее эмоциональную поддержку, дополнительную заботу и внимание [6]. А.А. Михеева пишет, что 84 % часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, уделять им больше внимания и больше заботиться о них [67].

Краткие выводы:

1. ЧБД – это группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за корригируемых отклонений в защитных системах организма при отсутствии стойких органических нарушений в них.

2. Социальная ситуация развития больного ребенка характеризуется наличием двух видов ограничений – двигательной и познавательной деятельности; родительское отношение преимущественно характеризуется: стремлением к сим-

биотическим отношениям, гиперпротекцией, недостаточностью требований-обязанностей, чрезмерностью родительских требований-запретов, авторитаризмом, неустойчивостью стиля воспитания, стремлением инфантилизировать ребенка; поведение родителей зачастую осуществляется в фиксированных, ригидных стереотипах (когнитивных, эмоциональных и собственно поведенческих).

3. Важной представляется ВКБ ребенка, которая во многом определяется представлением о заболевании родителей и других значимых лиц. Болезнь выступает «пусковым механизмом», определяющим (посредством социально-психологических характеристик семьи, недостаточно эффективного родительского отношения и родительского примера, недостаточных представлений о ЗОЖ и их реализации) когнитивную способность ребенка, которая, влияя на интеллектуальный компонент ВКБ, определяет представления ребенка и реализацию им ЗОЖ, а в целом – соматический статус ребенка.

4. Рассмотрение компонента когнитивной способности часто болеющего старшего дошкольника (на примере понимания им феномена обмана), изучение влияния на нее социально-психологических характеристик семьи, материнского отношения и представлений матерей об ортобиозе; а также изучение роли когнитивной способности ребенка в формировании представлений и реализации ЗОЖ; исследование возможностей коррекции когнитивной способности часто болеющего ребенка в связи с имеющимися особенностями социальной ситуации развития являются актуальными и соответствующими как задачам развития психологической теории, так и потребностям психологической практики.

Глава 2.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

2.1. Представления об ортобิโอze и влияние на них когнитивной способности детей (на примере понимания феномена обмана)

В развитии соматически больного ребенка важным является фактор осознания ситуации болезни и включение индивидуальных механизмов ее преодоления. Установка на преодоление болезни – категория субъективная, но в то же время значимая в плане объективного фактора здоровья. Для преодоления болезни у ребенка дошкольного возраста огромное значение имеет субъективная установка родителей. Так как именно родители формируют отношение к здоровью и болезни, а также способствуют выработке механизмов преодоления болезни. Поэтому неотъемлемой характеристикой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка является позиция родителей и самого ребенка по отношению к понятию «здоровый образ жизни».

Ортобиоз, или здоровый, или правильный образ жизни является одним из основных условий формирования позитивного эмоционально-ценностного отношения к себе и адекватной самооценки ребенка, выступающих важными составляющими самосознания. Само понятие было сформулировано нашим выдающимся соотечественником И.И. Мечниковым

(1903), который считал, что это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

В основе концепции ортобиоза лежит этическая система здоровья и счастливой жизни. Руководствуясь «рациональной нравственностью» и активной саморегуляцией, человек способен устранить или смягчить несоответствия своей природы, тем самым достичь бодрого душевного настроения. К средствам продления жизни И.И. Мечников относит: исправление физических недостатков и др. несовершенств; победу над болезнями, укорачивающими жизнь; противодействие вредным привычкам; соблюдение правил гигиены; разумное социальное переустройство.

Цель ортобиоза – научить человека правильному и безошибочному выбору в любой ситуации только полезного, содействующего здоровью и отказ от всего вредного. Составляющими ортобиоза выступают: труд, как важнейшее условие физиологического, нормальный сон, положительное эмоциональное состояние, оптимизм, рациональное питание, устранение вредных привычек, соблюдение режима, закаливание, физические упражнения [41; 65].

Содержание работ, посвященных ЗОЖ и вышедших в свет до начала XX века, позволяет выделить такие направления изучения ЗОЖ, как философско-мировоззренческий (Платон), медико-профилактический (Гиппократ), семейно-бытовой (Остроумов А.А.), социально-экономический (Писарев Д.И.), медико-педагогический (Пирогов Н.И.), физкультурно-педагогический (Лесгафт П.Ф.) и др. [77; 79; 87]. Наиболее актуальным для нас выступил медико-педагогический аспект.

Н.И. Пирогов, П.Ф. Лесгафт, П.Ф. Каптерев важной задачей в рамках реализуемого ими комплексно-системного подхода к развитию ребенка рассматривали заботу о здоровье обучаемых. Исследователи характеризовали здоровье неотъемлемым показателем всестороннего развития человека и ратовали за постоянное и деятельное усовершенствование самой природы человека, его души и тела [49; 57; 79]. Н. И. Пирогов в педагогических сочинениях неоднократно отстаивал идею самосовершенствования человека и убеждал, что стать неременным элементом повседневной деятельности людей должны физические упражнения: «Для цели гигиенической ... нужно, чтобы весь образ жизни был изменен и приноровлен к упражнениям» [79, с.72].

К.Д. Ушинский, поднимая вопрос о влиянии ЗОЖ на процесс гармоничного развития личности, утверждал, что воспитание основам ЗОЖ «как ничто другое, может далеко раздвинуть пределы человеческих сил: физических, умственных, нравственных» [101, с. 24].

П.Д. Каптерев считал, что систематические упражнения – верное и доступное средство приближения человека к идеалу [49, с. 167].

П.Ф. Лесгафт широко пропагандировал такие компоненты ЗОЖ, как: разумное применение гигиенических мер, предупреждающие отклонение от нормального хода развития ребенка, правильное составление распорядка занятий и их постановку, разъяснение важности профилактических процедур [57]. Автор отмечал, что «метод физического образования, так же как и умственного, не должен в каком – либо отношении понижать деятельность молодого организма и ослаблять её – напротив, он непременно должен содействовать правильному развитию молодого человека и его здоровью» [57, с. 310]. В ряде педагогических изданий П.Ф.Лесгафт и Н.И.Пирогов указывали на взаимосвязь об-

раза жизни и здоровья человека, что является прекрасным руководством к воспитанию детей [57; 79].

К середине XX века произошло накопление большого объема материала о ЗОЖ в разных сферах исследования: философии, социологии, медицине, психологии, биологии, физической культуре. И, как следствие, в 1980 году, благодаря И.И.Брехману, появилась новая специальная область знания – валеология. В отличие от разделов медицины (санология, реабилитология, патология), которые занимаются восстановлением здоровья на уровне больного или ослабленного организма [54; 98], валеология была призвана поддерживать здоровье, не допуская развития болезни [8; 14; 51].

На значение условий гармонизации социального и биологического при характеристике ЗОЖ или отклонении от него указывают работы Ю.П.Лисицына, А.В.Сахно [59].

Согласно определению Ю.П.Лисицына, «ЗОЖ – это типичные формы жизнедеятельности людей, укрепляющие адаптивные возможности человека, способствующие полноценному выполнению им биологических и социальных функций и достижению активного долголетия» [59, с.219].

При этом сам ЗОЖ является сложным понятием, включающим в себя ряд компонентов. Анализ литературы позволил выделить девять основных составляющих этого понятия:

- 1) достаточная двигательная активность,
- 2) закаливание,
- 3) рациональное питание,
- 4) соблюдение режима дня,
- 5) грамотное экологическое поведение,
- 6) психогигиена, направленная на формирование умения управлять своими эмоциями,
- 7) отказ от вредных привычек и выработка позитивных,

8) безопасное поведение дома, на улице, обеспечивающее предупреждение травм и отравлений,

9) сексуальная грамотность [3; 12; 94; 1115].

Основными компонентами ЗОЖ по Н.М.Амосову выступают: правильное и рациональное питание, двигательная активность, положительные эмоции, закаливание, предупреждение формирования пагубных привычек, плодотворная трудовая деятельность [5].

Р.А.Захаровой (1999) были выделены такие компоненты ЗОЖ, как: серьезное отношение к здоровью, физическая активность, соблюдение режима сна, соблюдение режима питания, самообладание, оптимистичное настроение, отказ от алкоголя (кроме случаев лечебного назначения), полный отказ от курения, полный отказ от наркотиков, самоотдача в работе, материальный достаток, сексуальная удовлетворенность, теплые отношения в семье [34; 39].

Эффективность формирования ЗОЖ, согласно ряду авторов, находится в прямой зависимости от психологии человека, уровня его сознания и оказываемых на него педагогических воздействий [12; 94; 115]. При этом считается, что педагогическое воздействие не должно быть ориентировано к сознанию ребенка напрямую, а должно влиять через убеждения, стимуляцию внутренней работы по переосмыслению себя и окружающего мира. Важную роль играет в этом процессе формирование у детей осознанной потребности в здоровье, которая, проявляясь в мотивах, определяет целенаправленное поведение по поддержанию здоровья. Такая осознанная потребность в здоровье выступает внутренним стимулом, приводящим к сознательному овладению знаниями и их трансформации из «внешне заданных» во «внутренне принятые и реально действенные» [115].

С учетом этих позиций ортобиоз может выступать важным фактором развития личности ребенка и дополнять характеристику социальной ситуации развития ЧБД. При этом

важно помнить, что фактор ортобиоза у детей во многом определяется и представляется родителями. А представления родителей о ЗОЖ могут либо способствовать преодолению психологических преград, вызванных болезнью, либо препятствовать этому процессу.

Авторы работ по выявлению особенностей формирования личности ЧБД и затрагивающие в своих исследованиях представления об ортобиозе указывают на недостаточность представлений и реализации семьями ЧБД ЗОЖ (О.В. Груздева, 2003; Н.А. Мосина, 2006; Г.Г. Вылегжанина, 2006; О.В. Волкова, 2009).

О.В. Груздева (2004) подчеркивает, что фактор ортобиоза необходимо оптимизировать и развивать в процессе групповой и индивидуальной коррекционно-развивающей деятельности соматически больных детей дошкольного возраста, направленной на развитие их личности. Также необходим поиск новых эффективных возможностей осознания болезни на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях [34].

С целью выявления *роли когнитивной способности часто болеющего старшего дошкольника (на примере понимания феномена обмана) в формировании представлений и реализации здорового образа жизни* было предпринято исследование.

Выборку составили относительно здоровые (60 человек) и часто болеющие дети (60 человек), а также матери детей (120 человек), посещавших МБДОУ г.Красноярска, реализующих свою деятельность по программе воспитания и обучения в детском саду под редакцией М.А.Васильевой (максимально приближенной к традиционной, с исключением фактора целенаправленного формирующего воздействия на морально-нравственную сферу детей).

Обе группы детей составляли 50% девочек и 50% мальчиков (см. табл. 1).

Таблица 1

**Характеристики часто болеющих и здоровых детей
старшего дошкольного возраста по полу, возрасту,
группам здоровья и имеющимся заболеваниям**

Характеристики	Экспериментальная группа (ЧБД), %	Контрольная группа (здоровые), %
Мальчики / девочки	50/50	50/50
Возраст (от /до), лет	5/7,5	5/7,6
1-я группа здоровья	0	43,33
2-я группа здоровья	100	56,67
Из них:		
Острая респираторная вирусная инфекция	86,67	20
Хронический бронхит	5	5
Хронический гайморит	1,66	1,67
Хронический фарингит	6,67	0
Отсутствие заболеваний	0	73,33

Группу часто болеющих старших дошкольников составляли дети в возрасте от полных 5 лет до 7 лет 5 месяцев включительно со 2-й группой здоровья, страдающие до 6 лет – 4 и более раза в год, после 6 лет – 3 и более раза в год: острыми респираторными вирусными инфекциями (далее ОРВИ) – 86,67%, хроническим бронхитом – 5%, хроническим гайморитом – 1,66%, хроническим фарингитом – 6,67%.

Группу здоровых старших дошкольников – дети в возрасте от 5 полных лет до 7 лет 6 месяцев, из них с 1-й группой здоровья – 43,33%, со 2-й группой здоровья – 56,67%, из них страдали ОРВИ – 20% детей, хроническим бронхитом – 5%, хроническим гайморитом – 1,67%.

Родителям предлагалось заполнить анкету (см. Прил. 2), которая включала в себя: личные сведения (пол, возраст, образование, состав семьи, количество детей, их возраст), утверждения методики изучения социально-валеологического состояния семьи Р.А. Захаровой [39],

утверждения теста-опросника родительского отношения А.Я. Варга-В.В. Столина [16].

Результаты исследования социально-психологических характеристик семьи представлены ниже (см. Табл. 2).

Таблица 2

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

Характеристики		Экспериментальная группа (матери ЧБД), %	Контрольная группа (матери здоровых), %
Пол родителя	Женский	100	100
Средний возраст, лет		31,02	33,1
Полная семья		73,33	70
Неполная семья		26,67	30
Несколько детей в семье		26,67	31,67
Единственный ребенок в семье		73,33	68,33
Образование (матери)	Высшее	30	40
	Неполное высшее	5	1,67
	Среднее специальное	60	46,67
	Среднее	5	11,66

Группу матерей часто болеющих старших дошкольников составляли: матери, средний возраст которых – 31,02 года. Полных семей – 73,33%, неполных – 26,67%. Семей с несколькими детьми – 26,67%, с единственным ребенком – 73,33%. Образование высшее – 30%, неполное высшее – 5%, среднее специальное – 60%, среднее – 5%.

Группу матерей здоровых старших дошкольников: матери, средний возраст которых – 32,1 года. Полных семей – 70%, неполных – 30%. Семей с несколькими детьми – 31,67%, с единственным ребенком – 68,33%. Образование

высшее – 40%, неполное высшее – 1,67%, среднее специальное – 46,67%, среднее – 11,66%.

Преобладание в экспериментальной группе матерей с единственным ребенком объясняется необходимостью вложения больших эмоциональных, физических, материальных затрат на воспитание часто болеющего ребенка и соответственно – трудностями в принятии решения о рождении второго и последующих детей.

Преобладание в экспериментальной группе матерей со средним специальным образованием и неполным высшим (5 %, в отличие от 1,67 %), а также меньшее количество матерей с высшим образованием также может объясняться трудностями собственной профессиональной реализации в силу большой вовлеченности матери в процессы воспитания и ухода за часто болеющим ребенком.

С целью выявления представлений об ортобиозе у матерей старших дошкольников была использована методика изучения социально-валеологического состояния семей Р.А. Захаровой. С целью выявления представлений об ортобиозе у детей на основе вышеуказанной методики была составлена и использована анкета по выявлению представлений и реализации ортобиоза детьми (см. Прил.1).

Полученные результаты показали, что реальное соблюдение факторов ортобиоза ниже идеального представления о нем как у матерей ЧБД (10,58 выборов, в отличие от 9,28), так и матерей здоровых детей (10,82 выборов, в отличие от 9,3). В исследуемых группах по части методик «Соблюдение ЗОЖ» матерями обеих групп преимущественно недооценивалась значимость первых четырех факторов ортобиоза: здоровья, прогулок, режима дня, питания, которые, в свою очередь, зависят только от позиции самого человека и его собственной активности. Возможно, что в своем большинстве заботу о данных факторах роди-

тели склонны перекладывать «на плечи» дошкольных образовательных учреждений.

У детей наблюдается обратная зависимость – реальное соблюдение факторов ортобиоза было оценено ими выше, чем идеальные представления о здоровом ребенке (11,83 выборов, в отличие от 11,5 – у часто болеющих и 12 выборов, в отличие от 11,72 – у здоровых детей). Последний факт, возможно, связан с особенностями самооценки ребенка-дошкольника, ее нормативной склонности к завышению.

В части анкеты «Соблюдение ЗОЖ» (в собственном поведении) детьми обеих групп преимущественно недооценивались такие составляющие ортобиоза, как: «я спокоен в любых ситуациях», «у меня всегда хорошее настроение», «я много играю», «я самостоятельный», «я имею хорошие отношения с родителями и братьями-сестрами».

ЗОЖ (включает соблюдение от 4 до 10 факторов ортобиоза) соблюдают 88,3% семей, имеющих часто болеющего ребенка, и 90% семей, имеющих здорового ребенка; соответственно, не соблюдают ЗОЖ – 11,7% семей с ЧБД и 10% семей со здоровыми детьми (см. Рис.1).

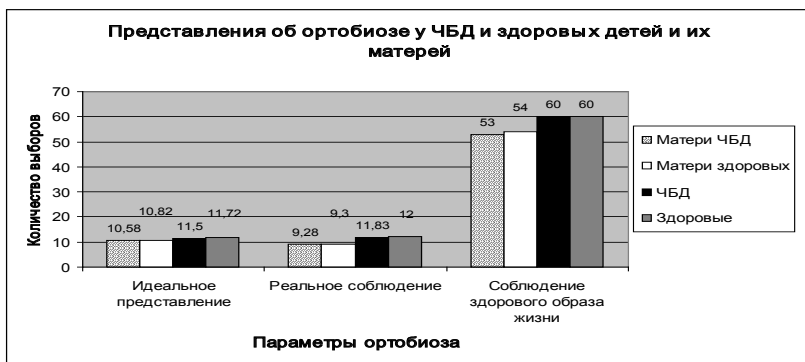


Рис. 1. Выраженность представлений об ортобиозе у часто болеющих и здоровых старших дошкольников и их матерей по методике изучения социально-валеологического состояния семей (Р. А. Захаровой и анкете для детей на ее основе)

Сравнительный анализ идеального представления об ортобиозе и реального соблюдения факторов ортобиоза как матерями ЧБД, так и матерями здоровых детей с помощью критерия t-Стьюдента подтвердил, что представления о ЗОЖ и реализация этих принципов в реальной жизни матерей не совпадают ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$).

Матери достаточно хорошо знают, что такое ЗОЖ, но не всегда соблюдают его требования в реальной жизни. Причинами такого поведения матерей могут выступать: отсутствие саморегуляции, низкая культура поведения в быту, недалёковидность относительно способности детей к копированию родительских образцов поведения [26].

Сравнительный анализ идеального представления об ортобиозе и реального соблюдения факторов ортобиоза ЧБД, а также здоровыми детьми с помощью критерия t-Стьюдента показал, что представления о ЗОЖ (в данном случае – о здоровом ребенке) и реализация поведения здорового ребенка в реальной жизни детей совпадают (см. Табл. 3).

Таблица 3

Достоверность различий между выбранными и соблюдаемыми факторами ортобиоза у матерей часто болеющих и здоровых старших дошкольников и самих часто болеющих и здоровых детей

Параметры сравнения	M±m		t-критерий	Уровень достоверности
	Выбранные факторы ЗОЖ	Соблюдаемые факторы ЗОЖ		
Матери часто болеющих детей	10,58±0,35	9,28±0,39	2,85	$p \leq 0,01$
Матери здоровых детей	10,82±0,28	9,30±0,36	3,36	$P \leq 0,001$
Часто болеющие дети	11,50±0,32	11,83±0,32	-1,39	$p > 0,05$
Здоровые дети	11,72±0,21	12,00±0,20	-1,09	$p > 0,05$

С одной стороны это можно объяснить отсутствием у детей вредных привычек (склонности к употреблению алкоголя, наркотиков, курению), а с другой – возможным следствием воспитательно-оздоровительных мероприятий, реализуемых в дошкольном образовательном учреждении.

При этом статистически достоверных различий между представлениями о ЗОЖ и соблюдаемыми факторами ЗОЖ между матерями ЧБД и матерями здоровых детей, а также между самими ЧБД и здоровыми детьми не выявлено (см. Табл. 4).

Таблица 4

Достоверность различий между часто болеющими и здоровыми старшими дошкольниками и их матерями по параметрам ортобиоза

Параметры ортобиоза	M±m		t-критерий	Уровень достоверности
	Матери ЧБД	Матери здоровых		
Идеальное представление	10,58±0,35	10,82±0,28	0,61	$p>0,05$
Реальное соблюдение	9,28±0,39	9,30±0,36	0,33	$p>0,05$
Соблюдение здорового образа жизни	0,88±0,04	0,90±0,04	0,29	$p>0,05$
Параметры ортобиоза	ЧБД	здоровые	t-критерий	Уровень достоверности
Идеальное представление	11,50±0,32	11,72±0,21	0,72	$p>0,05$
Реальное соблюдение	11,83±0,32	12,00±0,20	0,66	$p>0,05$
Соблюдение здорового образа жизни	1,00±0,02	1,00±0,00	0,00	$p>0,05$

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что при прочих равных условиях (отсутствии достоверных различий между представлениями об ортобиозе и его реализации у матерей и детей) соблюдаемый ЧБД ЗОЖ оказывается недостаточным для достижения детьми состояния здо-

ровья. Данный факт может быть связан с особенностями социальной ситуации развития ЧБД.

Нами также изучалась *когнитивная способность ЧБД старшего дошкольного возраста, реализованная ими на примере понимания феномена обмана*. С этой целью были использованы методики А.С.Герасимовой [28].

Аспекты обмана, изучаемые в рамках исследования:

1. *Общее и абстрактное представления об обмане.*

2. *Успешность и способы распознавания обмана. К способам распознавания относились признаки и стратегии.*

Признаки-характеристики, учитываемые ребенком при распознавании обмана и подвергавшиеся контролю при собственном обмане: слова (то, что сказано), поведенческие проявления (улыбка, движения, взгляд, общее впечатление), знания (абстрактные и конкретные, связанные с данной ситуацией), контекст (особенности внешнего окружения во время или после обмана), индивидуальные особенности (пол и возраст); а также отождествление (приписывание своих представлений другому).

Стратегии – проявляемая склонность к принятию или отрицанию ребенком предлагаемой информации; адекватной оценке, – когда испытуемый правильно определял правду и обман, и смешанной, при которой предыдущие стратегии были представлены нечетко.

3. *Условия применения разных признаков распознавания обмана.* К условиям реализации относились две ситуации обмана, представленные в личном опыте ребенка (конкретное понимание обмана): собственный обман и обман со стороны другого.

Три аспекта понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста рассматривались с учетом разных характеристик применения, к которым были отнесены: область (знаний, эмоций, намерений) и вид обмана (вербализованный, невербализованный).

4. Самостоятельное использование обмана.

1. Общее и абстрактное представления об обмане.

Изучение данного аспекта было реализовано с использованием методики «Опросник» (блок 1: общее понимание, блок 2: абстрактное понимание обмана). Общее понимание ребенком обмана отражало суть понимания предлагаемой ситуации обмана, а абстрактное понимание обмана позволяло выявить самостоятельные суждения ребенка.

Ситуация *общего понимания обмана* (см. Рис. 2).



Рис. 2. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по методике «Опросник» блок 1: общее понимание обмана

Часто болеющие старшие дошкольники, в отличие от здоровых сверстников, испытывали большее количество затруднений – детьми часто использовались такие фразы, как «я не знаю» или молчание (30%, в отличие от 11,67%). Наблюдалось более частое использование оценки: «это плохо», «позор», «ужасно» (25%, в отличие от 18,33%) и более редкое использование синонимов обмана, таких как «вранье» и «ложь» (13,33%, в отличие от 36,67%).

Методы математической статистики подтвердили, что *общее понимание обмана* у ЧБД характеризуется большей степенью затруднений ($p \leq 0,01$) и меньшим количеством использования синонимов обмана ($p \leq 0,01$) (см. Табл.5).

Таблица 5

Достоверность различий по общему пониманию обмана между часто болеющими и здоровыми детьми старшего дошкольного возраста по методике «Опросник»

Параметры сравнения (количество выборов)	M±m		t-критерий	Уровень достоверности
	ЧБД	Здоровые		
Загруднение	0,30±0,05	0,12±0,06	-2,52	$p \leq 0,01$
Оценка	0,25±0,05	0,18±0,06	-0,88	$p > 0,05$
Синонимы	0,13±0,04	0,37±0,04	3,04	$p \leq 0,01$
Обман	0,32±0,06	0,33±0,06	0,19	$p > 0,05$

Абстрактное понимание обмана (см. Рис. 3) у ЧБД также вызвало большее количество затруднений (18,33%, в отличие от 5%). Наблюдалось более частое, чем у здоровых сверстников, использование тавтологии: «обман – это когда обманывают» (28,33%, в отличие от 8,33%), меньшее количество синонимов (1,67%, в отличие от 8,33%) и оценочных суждений (13,33%, в отличие от 20%).



Рис. 3. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых детей старших дошкольников по методике «Опросник» блок 2: абстрактное понимание обмана

Методы математической статистики подтвердили (см. Табл. 6), что абстрактное понимание обмана ЧБД характе-

ризуется большей степенью затруднений, а также более редким использованием синонимов и самого понятия «обман» ($p \leq 0,05$), в отличие от здоровых сверстников.

Таблица 6

Достоверность различий по абстрактному пониманию обмана между часто болеющими и здоровыми детьми старшего дошкольного возраста по методике «Опросник»

Параметры сравнения (количество выборов)	M±m		t-кри- терий	Уровень достоверности
	ЧБД	Здоровые		
Затруднение	0,18±0,05	0,05±0,05	-2,31	$p \leq 0,05$
Тавтология	0,28±0,06	0,18±0,06	-1,29	$p > 0,05$
Оценка	0,13±0,04	0,20±0,04	0,97	$p > 0,05$
Пример	0,38±0,06	0,43±0,06	0,55	$p > 0,05$
Синонимы	0,02±0,02	0,08±0,02	1,68	$p \leq 0,05$
Обман	0,00±0,00	0,05±0,00	1,76	$p \leq 0,05$

Результаты исследования А.С. Герасимовой показывают, что для здоровых детей старшего дошкольного возраста характерно развитие представлений об обмане от наличия затруднений в определении заявленного понятия в 5 лет и наличия оценочных суждений до использования самого понятия «обман» и его синонимов ближе к 7-ми годам [28].

Отличия в общем и абстрактном понимании обмана у часто болеющих старших дошкольников, характеризующиеся некоторой задержкой в использовании «нормативных» понятий (понятий, используемых в данном возрасте здоровыми детьми), можно объяснить особенностями развития детей в условиях болезни.

Обман – специфический феномен социальной жизни – он возможен только при взаимодействии людей друг с другом. Социальная суть феномена обмана определяет существенное влияние, которое на него оказывают различные социальные факторы [28]. Особенности социальной ситуации развития часто болеющего ребенка характеризуется ограни-

чением как двигательной, так и познавательной активности (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1995), ограниченностью общения кругом семьи, дефицитарностью общения со сверстниками (Г.А.Арина, Б.С.Братусь, В.Н.Касаткин, А.А.Михеева, В.А.Ковалевский, В.В. Николаева и др.), вследствие чего значительно страдает личный опыт ребенка, связанный с познанием окружающего мира и в частности – феномена обмана.

2. Успешность и способы распознавания обмана.

Данный аспект изучался с использованием методики «Распознавание обмана в разных областях». Согласно методике, к способам распознавания обмана детьми относились стратегии: принятие или отрицание ребенком предлагаемой информации, адекватная оценка (когда испытуемый правильно определял правду и обман) и смешанная (когда стратегии распознавания были представлены нечетко).

Обобщенные результаты часто болеющих и здоровых детей старшего дошкольного возраста позволяют сделать следующие выводы (см. Рис. 4; 5)

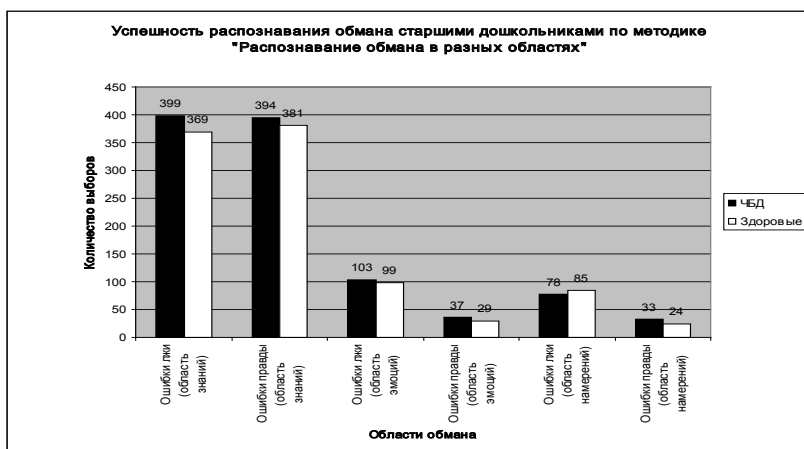


Рис. 4. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по успешности распознавания обмана по методике «Распознавание обмана в разных областях»

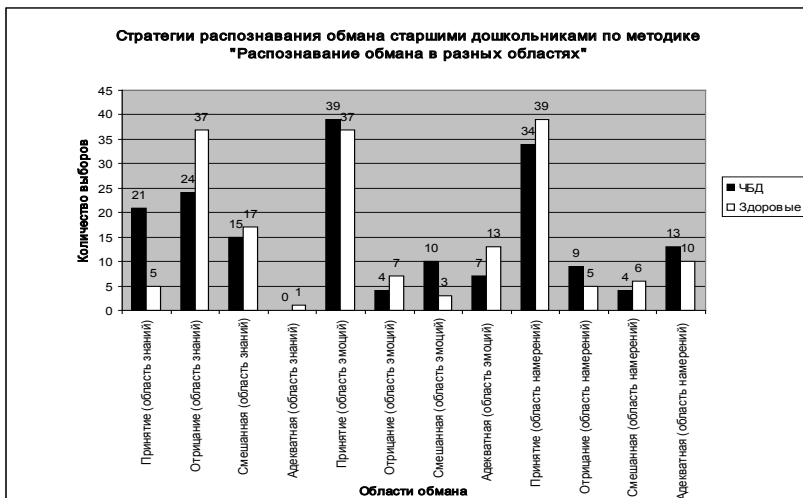


Рис. 5. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по стратегиям распознавания обмана по методике «Распознавание обмана в разных областях»

Часто болеющие старшие дошкольники хуже распознают обман в области знаний (399 выборов, в отличие от 369) и правдивые ситуации в области эмоций (37 выборов, в отличие от 29).

Чаще демонстрируют стратегию принятия обмана за правду в области знаний в таких случаях, как: «молоко мы получаем от свиней», «пара – это три человека» (21 выбор, в отличие от 5), реже отрицают правдивую информацию в области знаний (24 выбора, в отличие от 37). В большей степени, чем здоровые старшие дошкольники, проявляют смешанную (нечеткую) стратегию распознавания обмана в области эмоций (10 выборов, в отличие от 3).

В целом, в процессе выполнения методики часто болеющие старшие дошкольники демонстрируют большую растерянность, чаще просят уточнить задание, в большей степени ищут помощи экспериментатора.

Ниже представлены статистически значимые различия в успешности и стратегиях распознавания обмана (см. Табл. 7).

Таблица 7

Достоверность различий в успешности и способах распознавания обмана между часто болеющими и здоровыми детьми старшего дошкольного возраста по методике «Распознавание обмана в разных областях»

Параметры сравнения (количество выборов)	M+m		t-критерий	Уровень достоверности
	ЧБД	здоровые		
Область знаний				
Ошибки лжи	6,65±0,23	6,15±0,19	-1,71	$p>0,05$
Ошибки правды	6,57±0,18	6,52±0,10	-0,21	$p>0,05$
Стратегия принятия	0,35±0,06	0,08±0,06	-3,72	$p\leq 0,001$
Стратегия отрицания	0,40±0,06	0,62±0,06	2,41	$p\leq 0,01$
Стратегия смешанная	0,25±0,05	0,28±0,06	0,41	$p>0,05$
Стратегия адекватная	0,00±0,00	0,02±0,00	0,99	$p>0,05$
Ошибки основные	1,10±0,14	0,95±0,14	-0,74	$p>0,05$
Ошибки дополнительные	12,18±0,33	11,87±0,21	-0,87	$p>0,05$
Область эмоций				
Ошибки лжи	1,72±0,15	1,65±1,61	-0,25	$p>0,05$
Ошибки правды	0,62±0,09	0,48±0,68	-0,99	$p>0,05$
Стратегия принятия	0,65±0,06	0,62±0,49	-0,38	$p>0,05$
Стратегия отрицания	0,07±0,03	0,12±0,32	-0,95	$p>0,05$
Стратегия смешанная	0,17±0,04	0,05±0,22	-2,07	$p\leq 0,05$
Стратегия адекватная	0,12±0,04	0,22±0,42	1,47	$p>0,05$
Ошибки основные	0,43±0,08	0,53±0,81	0,73	$p>0,05$
Ошибки дополнительные	2,05±0,19	1,60±1,32	-1,64	$p>0,05$
Область намерений				
Ошибки лжи	1,30±0,15	1,42±0,16	0,51	$p>0,05$
Ошибки правды	0,55±0,09	0,40±0,09	-1,18	$p>0,05$
Стратегия принятия	0,57±0,07	0,65±0,07	0,90	$p>0,05$
Стратегия отрицания	0,15±0,05	0,08±0,05	-1,13	$p>0,05$
Стратегия смешанная	0,07±0,03	0,10±0,03	0,66	$p>0,05$
Стратегия адекватная	0,22±0,05	0,17±0,05	-0,69	$p>0,05$
Ошибки основные	0,62±0,10	0,65±0,10	0,22	$p>0,05$
Ошибки дополнительные	1,22±0,13	1,15±0,13	-0,37	$p>0,05$

Часто болеющие старшие дошкольники в большей степени, чем здоровые сверстники, демонстрируют стратегию принятия обмана за правду в области знаний ($p \leq 0,001$) и в меньшей степени – стратегию отрицания предложенной им правдивой информации ($p \leq 0,01$) в той же области.

Часто болеющие старшие дошкольники в большей степени проявляют смешанную (нечеткую) стратегию распознавания обмана в области эмоций ($p \leq 0,05$), то принимая обман за правду, то принимая правду за обман.

При этом в норме распознавание обмана осуществляется от реализации детьми: стратегии отрицания правдивых ситуаций и принятия обмана за правду (в 5 лет) до адекватной стратегии распознавания в области эмоций; преобладание стратегии отрицания правдивой информации в области знаний; стратегий как отрицания правдивых ситуаций, так и принятия ситуаций обмана за правду в области намерений [27; 28].

Данные особенности могут быть вызваны особенностями социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, при которой, в силу ограничения круга общения, происходит снижение возможности получения опыта взаимодействия с другими, играющего важную роль в формировании способности к осознанию как собственных мыслей, эмоций, желаний, так и мыслей, эмоций и намерений других людей. «Модель психического», как пишет S.Park, не является врожденной, она конструируема ребенком на основе личного опыта взаимодействия с другими [137], который в данном случае является ограниченным.

В норме успешность распознавания обмана наиболее рано появляется в области эмоций, так как эмоции являются первой, наиболее доступной формой взаимодействия ребенка с матерью, с возрастом, в процессе овладения языком, в области знаний и чуть позже (7–9 лет) в области намерений (А.С.Герасимова, 2003). Старшие дошкольники

уже обладают знаниями о том, что люди не всегда реально чувствуют то, что им кажется; что аффективные реакции людей на какое-то событие могут быть результатом предшествующего эмоционального опыта в связи с подобными событиями [125; 128].

В настоящий момент широко распространено представление о том, что эмоциональные состояния человека взаимосвязаны с его когнитивными процессами, физиологическими состояниями и факторами среды [127]. Трудности ЧБД в распознавании обмана и правды в области эмоций и смешанной (непоследовательной) стратегии их распознавания могут объясняться, с одной стороны, состоянием физического и психического истощения вследствие заболевания (И.Г.Киян, И.В.Равич-Щербо и А.Г.Румянцев), с другой – следствием особой морально-психологической атмосферы в семье, наличия явлений «внутрисемейного госпитализма», который характеризуется прерывистостью отношений со значимыми близкими, часто повторяющимися разлуками с ними и формальными отношениями с ребенком (M. Rutter, D. Shaffer, M. Shepherd) [143].

Н. Stierlin пишет о преобладании в семьях с больными детьми трех типов отношений: «связывание» – жесткие стереотипы коммуникаций, при которых дети инфантилизируются и их эмоциональное развитие отстает от нормы; «отвержение», когда ребенок как бы «отказывается» от своей личности, у него может развиваться тенденция к автономности вплоть до аутизма; «делегирование», при котором у родителей происходит сдвиг в ожиданиях по отношению к детям – игнорируя истинные достижения ребенка, на него перемещаются собственные несбывшиеся надежды и ожидания [56].

Следует вспомнить также и особый стереотип отношения матерей к своим ЧБД. В ситуации с часто болеющим ребенком мы имеем дело с большей выраженностью эмоционального отвержения к ребенку со стороны родителей, как

осознанного, так и неосознанного (А.С.Спиваковская, 1981; А.Н.Прихожан, Н.Н.Толстых, 1982; В.В.Николаева, 1995; Г.Г.Филиппова, 2001; С.Barhit, 1978; L.Genevie, E.Margolies, 1989; C.Bonnet, 1992). Эмоциональное отвержение проявляется нежеланием общения и уходом от взаимодействия с ребенком [26; 71; 80; 95; 106; 114; 118; 122; 126; 132]. Ограничение эмоционального общения ребенка с родителями сужает возможности первого к расширению спектра эмоциональных проявлений от освоения основных эмоций (радость, гнев, печаль, страх) до освоения преимущественно дополнительных (отвращение, презрение, интерес, вина, удивление, стыд), и соответственно препятствуют пополнению круга его знаний об окружающем мире.

Что касается области знаний, то большая выраженность стратегии принятия обмана за правду и меньшая выраженность стратегии отрицания правдивой ситуации у ЧБД скорее также связаны с особенностями социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, в частности, ограничениями его двигательной и познавательной активности (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1995), вследствие чего значительно страдает личный опыт ребенка, связанный с объемом его знаний об окружающем мире, а сам ребенок склонен доверять любой информации, поступающей извне.

3. Условия применения разных признаков распознавания обмана.

Изучение данного аспекта осуществлялось с использованием методики «Опросник» блок 3 – конкретное понимание обмана.

Согласно методике, к условиям применения относились ситуации обмана, представленные в личном опыте ребенка, где ребенок сначала выступал как обманщик, а затем как обманываемый со стороны других. К изучаемым признакам относились слова (то, что сказано), поведенческие проявления (улыбка, движение, взгляд, общее впечатление), знания

(абстрактные и конкретные знания, связанные с данной ситуацией), контекст (особенности внешнего окружения, возникающие во время или после обмана), индивидуальные особенности (личностные характеристики, пол и возраст).

Обобщенные результаты, полученные у ЧБД и здоровых детей старшего дошкольного возраста, представлены ниже (см. Рис. 6; 7).



Рис. 6. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по признакам распознавания обмана в условиях собственного обмана по методике «Опросник: конкретное понимание обмана»

В ситуации собственного обмана часто болеющие старшие дошкольники несколько чаще здоровых детей указывали на проявления собственного обмана как «иногда» (26,67%, в отличие от 21,67), реже выбирали ответ «никогда» (68,33%, в отличие от 73,33). Чаще указывали на обман вербальный – с использованием слов (73,68%, в отличие от 68,75), в большей степени с целью избегания неприятностей (36,84%, в отличие от 25); они реже обманывали взрослых (31,58%, в отличие от 56,25) и более часто – ровесников (68,42%, в отличие от 43,75), преимущественно женского пола (63,16%, в отличие от 43,75), преимущественно в сфере знаний (52,63%, в отличие от 43,75).

В заявленных ситуациях собственного обмана ЧБД чаще использовали такие признаки, как: слова (14 выборов, в отличие от 9), поведение (10 выборов, в отличие от 7) и контекст ситуации (5 выборов, в отличие от 0).

В ситуации обмана со стороны другого часто болеющие старшие дошкольники чаще выбирали ответ «никогда» (28,33%, в отличие от 23,33). Из заявленных ситуаций обмана чаще указывали на ситуации вербального обмана со стороны других (72,09%, в отличие от 67,39), с целью повышения статуса (32,56%, в отличие от 28,26), обман взрослыми людьми (27,91%, в отличие от 23,91), преимущественно в области знаний (67,44%, в отличие от 63,04).



Рис. 7. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по признакам распознавания обмана в условиях обмана со стороны другого по методике «Опросник блок 3: конкретное понимание обмана»

В ситуации обмана со стороны другого ЧБД чаще обращали внимание на слова обманщика (34 выбора, в отличие от 31), знания, им выданные (11 выборов, в отличие от 6). Реже обращали внимание на признак поведения (17 выборов, в отличие от 26), контекст ситуации (0 выборов, в отличие от 5) и индивидуальные особенности (2 выбора, в отличие от 13).

Методы математической статистики подтвердили (см. Табл. 8), что в *ситуации собственного обмана* часто болеющие старшие дошкольники чаще опираются на такой признак распознавания обмана, как контекст ситуации ($p \leq 0,05$).

В *ситуации обмана со стороны другого* часто болеющие старшие дошкольники реже опирались на поведенческие проявления обманщика и контекст ситуации в целом ($p \leq 0,05$), а также индивидуальные особенности обманщика ($p \leq 0,01$).

Таблица 8

**Достоверность различий по условиям применения
разных признаков распознавания обмана
между часто болеющими и здоровыми детьми старшего до-
школьного возраста по методике «Опросник»:
конкретное понимание**

Параметры сравнения (количество выборов)	Собственный обман		t-кри- терий	Уровень достоверности
	ЧБД	Здоровые		
1	2	3	4	5
Часто	0,05±0,03	0,05±0,03	0,00	$p > 0,05$
Иногда	0,27±0,06	0,22±0,06	-0,64	$p > 0,05$
Никогда	0,68±0,06	0,73±0,06	0,60	$p > 0,05$
Вербальный обман	0,23±0,05	0,18±0,05	-0,67	$p > 0,05$
Невербальный обман	0,08±0,04	0,08±0,04	0,00	$p > 0,05$
Получение желаемого	0,13±0,04	0,13±0,04	0,00	$p > 0,05$
Избегание неприятностей	0,12±0,04	0,07±0,04	-0,95	$p > 0,05$
Повышение статуса	0,07±0,03	0,07±0,03	0,00	$p > 0,05$
Область знаний	0,17±0,05	0,12±0,05	0,00	$p > 0,05$
Область эмоций	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00	$p > 0,05$
Область намерений	0,15±0,05	0,15±0,05	0,00	$p > 0,05$
Взрослый	0,10±0,04	0,15±0,04	0,82	$p > 0,05$
Ровесник	0,22±0,05	0,12±0,05	-1,47	$p > 0,05$
Младше	0,00±0,00	0,00±0,00	0,53	$p > 0,05$
Мужской	0,12±0,04	0,15±0,04	-1,24	$p > 0,05$
Женский	0,20±0,05	0,12±0,05	-0,78	$p > 0,05$

Окончание табл. 8

1	2	3	4	5
Слова	0,23±0,05	0,15±0,05	-1,16	$p>0,05$
Поведение	0,17±0,05	0,12±0,05	-0,78	$p>0,05$
Знания	0,00±0,00	0,03±0,00	1,43	$p>0,05$
Контекст	0,08±0,04	0,00±0,04	-2,32	$p\leq 0,05$
Индивидуальные особенности	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00	$p>0,05$
Обман со стороны другого				
Часто	0,13±0,04	0,18±0,04	0,75	$p>0,05$
Иногда	0,58±0,06	0,58±0,06	0,00	$p>0,05$
Никогда	0,28±0,05	0,23±0,06	-0,63	$p>0,05$
Вербальный обман	0,52±0,06	0,52±0,06	0,00	$p>0,05$
Невербальный обман	0,20±0,05	0,25±0,05	0,65	$p>0,05$
Получение желаемого	0,47±0,06	0,50±0,06	0,36	$p>0,05$
Избегание неприятностей	0,02±0,02	0,05±0,02	1,01	$p>0,05$
Повышение статуса	0,23±0,05	0,22±0,05	-0,22	$p>0,05$
Область знаний	0,48±0,06	0,48±0,06	0,00	$p>0,05$
Область эмоций	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00	$p>0,05$
Область намерений	0,23±0,05	0,28±0,05	0,62	$p>0,05$
Взрослый	0,20±0,05	0,18±0,05	-0,23	$p>0,05$
Ровесник	0,52±0,06	0,53±0,06	0,18	$p>0,05$
Младше	0,00±0,00	0,05±0,00	1,76	$p>0,05$
Мужской	0,42±0,06	0,47±0,06	0,55	$p>0,05$
Женский	0,30±0,06	0,30±0,06	0,00	$p>0,05$
Слова	0,57±0,06	0,52±0,06	-0,54	$p>0,05$
Поведение	0,28±0,06	0,43±0,06	1,72	$p\leq 0,05$
Знания	0,18±0,05	0,10±0,05	-1,31	$p>0,05$
Контекст	0,00±0,00	0,08±0,00	2,31	$p\leq 0,05$
Индивидуальные особенности	0,03±0,02	0,22±0,02	3,13	$p\leq 0,01$

А.С. Герасимова пишет, что с возрастом для детей становится более важным не то, что и кем сказано, а то, как сказано и проявлено, то есть растет значимость признака индивидуальных особенностей [28].

В целом, можно утверждать, что признаки обмана, на которые опираются ЧБД и здоровые дети старшего дошкольного возраста, зависят от условий – собственного обмана или обма-

на со стороны другого человека. Часто болеющие старшие дошкольники чаще опираются на контекст ситуации в ситуации собственного обмана – то есть, по сути – на собственное видение ситуации; при этом реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности другого в ситуации обмана со стороны другого, не учитывая мыслей, представлений и поведения другого человека. Выявленные у ЧБД особенности, очевидно, также связаны с ограничением возможности полноценного, широкого взаимодействия с другими, с ограничением опыта и умения быстро ориентироваться в социально «опасной» ситуации обмана.

4. Самостоятельное использование обмана.

Данный аспект изучался с помощью методики «Склонность к обману» (см. Рис. 6).

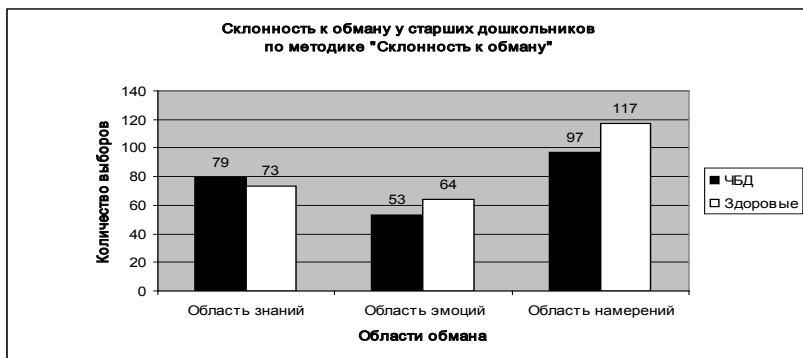


Рис. 6. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по склонности к обману в областях знаний, эмоций и намерений по методике «Склонность к обману»

При самостоятельном использовании обмана, его реализации в личном опыте часто болеющие старшие дошкольники проявляли несколько большую частоту обмана в области знаний (79 выборов, в отличие от 73), меньшую частоту обмана в области эмоций (53 выборов, в отличие от 64) и намерений (97 выборов, в отличие от 117).

Методы математической статистики позволяют сделать вывод лишь о меньшей склонности ЧБД к обману в области намерений ($p \leq 0,05$) (см. Табл. 9).

Таблица 9

**Достоверность различий в склонности к обману
в сфере знаний, эмоций и намерений
между часто болеющими и здоровыми детьми старшего
дошкольного возраста по методике «Склонность к обману»**

Параметры сравнения (количество выборов)	M+m		t-кри- терий	Уровень достоверности
	ЧБД	здоровые		
Область эмоций	0,88±0,11	1,07±0,12	1,09	$p > 0,05$
Область знаний	1,32±0,12	1,22±0,12	-0,61	$p > 0,05$
Область намерений	1,62±0,14	1,95±0,14	1,73	$p \leq 0,05$

Эту ситуацию у часто болеющих старших дошкольников с одной стороны можно объяснить более поздним формированием компетенции в этой области в целом и, в силу специфики социальной ситуации развития, наличием ограниченной познавательной деятельности, с другой – особенностями межличностного взаимодействия ЧБД. Последние проявляются ограничением до минимума круга общения, присутствием объективной зависимости от взрослых (родителей, педагогов) со стремлением получить от них помощь; скованностью, замкнутостью детей; их меньшей контактностью и общительностью; утратой непосредственности общения со взрослыми и детьми, отсутствием радости от совместных игр и развлечений (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, 1995; Д.Н. Исаев, 1993; И. Мамайчук, 2003; В.В. Николаева, 1987).

В целом можно сделать вывод о том, что выявленные особенности понимания обмана отражают особенности социальной ситуации развития часто болеющего ребенка. Ряд отечественных исследователей (Г.А.Арина, Б.С.Братусь, В.Н.Касаткин, А.А.Михеева, В.А.Ковалевский, В.В.Николаева и др.) считают, что болезнь, независимо

от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную «особую» социальную ситуацию развития, сужает пространство возможной активности индивидуума, создает дефицитарные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа [11; 40; 70], что находит свое проявление в особенностях понимания обмана. При этом важно помнить, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является качественно иным [53; 70; 109; 110; 113].

С целью выявления возможных факторов, влияющих на понимание обмана детьми, были исследованы социально-психологические характеристики семьи, материнское отношение к детям и их влияние на понимание детьми обмана.

С целью изучения материнского отношения к часто болеющим и здоровым детям старшего дошкольного возраста была использована методика А.Я. Варга-В.В. Столина «Опросник родительского отношения». Результаты представлены ниже (см. Рис. 7).



Рис. 7. Выраженность материнского отношения к часто болеющим и здоровым старшим дошкольникам по методике «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга-В.В. Столина

Выявлено, что наиболее выраженными типами материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам являются симбиоз (38,33%, в отличие от 31,67) и маленький неудачник (21,67%, в отличие от 15); меньшими являются показатели авторитарной гиперсоциализации (18,33%, в отличие от 31,67).

Использованные методы математической статистики подтвердили (см. Табл. 10), что материнское отношение к часто болеющим старшим дошкольникам характеризуется достоверно большими проявлениями эмоционального отвержения ($p \leq 0,05$) и достоверно меньшими проявлениями авторитарной гиперсоциализации ($p \leq 0,05$). То есть с одной стороны мать воспринимает своего ребенка преимущественно не приспособленным к жизни, неудачливым в ней, «недалеким» в плане умственных способностей, она недостаточно уважает ребенка и недостаточно доверяет ему; испытывает к ребенку преимущественно злость, досаду, раздражение и обиду. С другой стороны, она сама провоцирует такую ситуацию проявлениями меньшей критичности к выполнению ребенком определенных требований, послушанию и соблюдению дисциплины, чем мать здорового ребенка.

При этом матери как ЧБД, так и здоровых детей в равной степени проявляют «кооперацию», «симбиоз» и воспитание по типу «маленький неудачник», что подтверждается отсутствием достоверных различий по данным типам родительского отношения.

С целью сравнения полученных значений коэффициентов и определения характера корреляционных связей между социально-психологическими характеристикам семей, типами материнского родительского отношения и особенностями понимания обмана старшими дошкольниками был использован коэффициент корреляции r -Спирмена. Подсчеты производились с помощью компьютерной программы Statgraphics Plus v.2.1.

**Достоверность различий между матерями часто болеющих
и здоровых детей старшего дошкольного возраста
по типам родительского отношения**

Параметры сравнения	M±m		t-критерий	Уровень достоверности
	Матери ЧБД	Матери здоровых		
Эмоциональное отвержение	11,97±0,43	10,80±0,57	-1,78	$p \leq 0,05$
Кооперация	7,17±0,19	7,20±0,12	0,19	$p > 0,05$
Симбиоз	4,25±0,21	4,25±0,20	0,00	$p > 0,05$
Авторитарная гиперсоциализация	3,82±0,19	4,33±0,19	2,04	$p \leq 0,05$
Маленький неудачник	2,20±0,17	2,15±0,16	0,24	$p > 0,05$

Было выявлено наличие значимой положительной корреляционной связи между:

– затруднениями при объяснении обмана ЧБД как общего понятия и типами материнского отношения «эмоциональное отвержение», «симбиоз» ($p \leq 0,01$), «маленький неудачник» ($p \leq 0,05$) (у здоровых детей – типами материнского отношения «эмоциональное отвержение» ($p \leq 0,01$) и «маленький неудачник» ($p \leq 0,05$)); использованием детьми синонимов и характеристикой семьи ($p \leq 0,01$), типом материнского отношения «кооперация» ($p \leq 0,01$) (у здоровых: уровнем образования матери, характеристикой семьи, возрастом детей ($p \leq 0,01$) и «авторитарной гиперсоциализацией» ($p \leq 0,05$) со стороны матерей);

– использованием ЧБД синонимов при объяснении обмана как абстрактного понятия и возрастом матери, уровнем ее образования ($p \leq 0,05$) (у здоровых – уровнем образования матери ($p \leq 0,05$), «кооперацией» со стороны матерей ($p \leq 0,01$)); использованием понятия «обман» и уровнем образования матери ($p \leq 0,05$), «эмоциональным отвержением» и «авторитарной гиперсоциализацией» ($p \leq 0,05$) со сто-

роны матерей; затруднениями и «эмоциональным отвержением» со стороны матерей ($p \leq 0,01$) (как и у здоровых детей при ($p \leq 0,05$));

Было выявлено наличие значимой отрицательной корреляционной связи между:

1. Общее и абстрактное понимание обмана

– затруднениями в объяснении обмана ЧБД как общего понятия и возрастом матери ($p \leq 0,05$), уровнем ее образования ($p \leq 0,01$) и возрастом ребенка ($p \leq 0,01$) (у здоровых детей – уровнем образования матери ($p \leq 0,05$), а также возрастом детей ($p \leq 0,01$));

– затруднениями в объяснении обмана как абстрактного понятия и возрастом детей ($p \leq 0,01$) (у здоровых – уровнем образования матери ($p \leq 0,01$), количеством детей и возрастом детей ($p \leq 0,05$), типом материнского отношения «маленький неудачник» ($p \leq 0,05$)); использованием детьми понятия «обман» и возрастом детей ($p \leq 0,01$); использованием детьми синонимов обмана и «симбиозом» со стороны матерей ($p \leq 0,05$) (у здоровых – «симбиозом» и «авторитарной гиперсоциализацией» со стороны матерей ($p \leq 0,05$));

2. Успешность и способы распознавания обмана.

Было выявлено наличие значимой положительной корреляционной связи между:

– стратегией отрицания правдивых ситуаций в области знаний и уровнем образования матери, характеристикой семьи и возрастом ребенка ($p \leq 0,05$);

– смешанной стратегией распознавания обмана и правды в области эмоций и «кооперацией» со стороны матерей ($p \leq 0,01$) (у здоровых – возрастом ребенка ($p \leq 0,01$));

Было выявлено наличие значимой отрицательной корреляционной связи между:

– стратегией принятия обмана за правду в области знаний и уровнем образования матери, возрастом ребенка ($p \leq 0,01$), типами материнского отношения «эмоциональное

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

– смешанной стратегией распознавания обмана и правды в области эмоций и характеристикой семьи ($p \leq 0,01$), «эмоциональным отвержением» ($p \leq 0,01$), «авторитарной гиперсоциализацией» ($p \leq 0,05$) со стороны матерей;

3. Условия применения разных признаков распознавания обмана.

Было выявлено наличие значимой положительной корреляционной связи между:

– использованием признака контекста ситуации в ситуации собственного обмана и возрастом детей ($p \leq 0,05$);

– использованием признака индивидуальных особенностей обманщика в ситуациях обмана со стороны другого и уровнем образования матери ($p \leq 0,01$), «кооперацией» со стороны матерей ($p \leq 0,05$) (у здоровых – «эмоциональным отвержением» ($p \leq 0,05$), «авторитарной гиперсоциализацией» и «маленьким неудачником» ($p \leq 0,01$) со стороны матерей);

– использованием признака контекста ситуации в ситуации обмана со стороны другого и «эмоциональным отвержением», «авторитарной гиперсоциализацией» со стороны матерей ($p \leq 0,05$) (у здоровых – характеристикой семьи, возрастом детей ($p \leq 0,05$) и их полом ($p \leq 0,01$));

Было выявлено наличие значимой отрицательной корреляционной связи между:

– использованием признака контекста ситуации в ситуации собственного обмана и полом детей ($p \leq 0,05$), типами материнского отношения «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» ($p \leq 0,01$) (у здоровых – типом материнского отношения «симбиоз» и «авторитарная гиперсоциализация» ($p \leq 0,05$));

– использованием признака контекста ситуации в ситуации обмана со стороны другого и уровнем образования матери ($p \leq 0,01$), возрастом ребенка ($p \leq 0,05$);

– использованием признака индивидуальных особенностей обманщика *в ситуациях обмана со стороны другого* и «авторитарной гиперсоциализации» со стороны матерей ($p \leq 0,05$) (у здоровых – уровня образования матери ($p \leq 0,05$));

4. Самостоятельное использование обмана.

Было выявлено *наличие значимой положительной корреляционной связи* между:

– склонностью детей к обману в области намерений и характеристикой семьи ($p \leq 0,05$), полом детей ($p \leq 0,01$), «эмоциональным отвержением» со стороны матери ($p \leq 0,05$).

Таким образом, *пониманию общей ситуации обмана* у ЧБД способствуют: возраст матери, уровень ее образования, возраст ребенка, характеристика семьи, «кооперация» между матерью и ребенком (у здоровых детей – уровень образования матери, возраст детей, характеристика семьи и «авторитарная гиперсоциализация» со стороны матери), *затруднения* вызывают: «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «маленький неудачник» со стороны матери (у здоровых детей – «эмоциональное отвержение» и «маленький неудачник»); *пониманию обмана как абстрактного понятия* у ЧБД *способствуют*: возраст матери, уровень ее образования, возраст детей, «эмоциональное отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация» (у здоровых – уровень образования матери, количество детей в семье, возраст ребенка, «кооперация» между матерью и ребенком), *затруднения вызывают* «эмоциональное отвержение» со стороны матерей (как у ЧБД, так и у здоровых детей).

Успешности распознавания обмана в области знаний *способствуют*: возраст матери, количество детей в семье, возраст ребенка (у здоровых – уровень образования матери, возраст детей), *затруднения вызывают*: «эмоциональное отвержение» и «симбиоз» со стороны матерей (у здоровых – «эмоциональное отвержение» и «маленький неудачник»). *Успешности распознавания обмана в области эмоций спо-*

собствуют: пол ребенка, его возраст (у здоровых – характеристика семьи и возраст ребенка), *затруднения вызывают*: «эмоциональное отвержение», и «авторитарная гиперсоциализация» со стороны матерей (у здоровых – «симбиоз»).

На использование *при собственном обмане* признака контекста влияет возраст ребенка. На учет ребенком *при обмане со стороны другого признака индивидуальных особенностей* – уровень образования матери, «кооперация» между матерью и ребенком; на использование *признака контекста* – «эмоциональное отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация» со стороны матери. Меньшей *склонности ЧБД к обману в области намерений* способствуют: характеристика семьи, пол ребенка и «эмоциональное отвержение» со стороны матери.

Был реализован факторный анализ с использованием метода анализа главных компонент и последующим варимакс-вращением. Предварительно было выделено 45 показателей, использованных в анализе. Результаты факторизации матрицы генеральной выборки позволили выделить 16 факторов, описывающих 100% изменчивости, задаваемые всей совокупностью показателей. Максимальная нагрузка пришлось на первые 7 факторов, которые объяснили более 51% суммарной дисперсии признаков:

- *возрастные способности ребенка к пониманию обмана как общего понятия* – 15,88% информативности;
- *опыт собственного обмана* – 8,14% информативности;
- *опыт распознавания чужого обмана в области намерений* – 7,33%;
- *эффективное материнское отношение (кооперация)* – 5,58%;
- *опыт обмана со стороны других с целью избегания неприятностей* – 4,99%;
- *опыт собственного обмана в области эмоций* – 4,68% информативности;
- *наличие полной семьи* – 4,50%.

Таким образом, была подтверждена возможность влияния на понимание ЧБД обмана социально-психологических характеристик семьи и материнского отношения к ребенку.

Данные результаты вполне объяснимы особенностями особой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка и представляются ценными в плане обоснованного психокоррекционного вмешательства с целью улучшения когнитивной способности ребенка (на примере понимания им феномена обмана) и через когнитивный компонент его внутренней картины болезни – на его представления о ЗОЖ и его реализацию детьми.

Так как возраст ребенка – величина независимая, целенаправленное расширение опыта ребенка в плане приобретения им опыта обмана представляется неэтичным, а характеристика семьи (полная, неполная) находится в компетенции лишь родителей ребенка, то единственным фактором, допускающим обоснованные психолого-педагогические воздействия, является материнское отношение к ребенку.

На основании того, что материнское отношение входило в первую четверку факторов, берущих на себя 36,93% изменчивости общей дисперсии признаков (более ее трети), мы сочли материнское отношение основным фактором, поддающимся внешнему воздействию, положив возможность его изменения в основу коррекционной программы [109; 110].

Общая стратегия коррекционных воздействий была реализована в отношении трех субъектов образовательного пространства: самих ЧБД (960 человек), их матерей (60 человек) и педагогов (17 человек) на протяжении 2,5 месяцев.

С целью уточнения факта наличия или отсутствия изменений после формирующего эксперимента был реализован контрольный срез. Его основными задачами стали:

- 1) определение типа материнского отношения к детям;
- 2) выявление изменений в понимании обмана часто болеющими старшими дошкольниками;

3) выявление изменений в представлениях матерей и детей об ортобиозе;

4) отсроченный во времени контроль за частотой соматических заболеваний ребенка (через 12 месяцев с даты окончания формирующих мероприятий).

Исследование и сравнительный анализ результатов осуществлялись с помощью методик, использованных в констатирующем эксперименте. Для матерей был использован тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга - В.В. Столина, методика изучения социально-валеологического состояния семей Р.А. Захаровой, а для детей – анкета, разработанная на основе методики Р.А. Захаровой, методика «Опросник»: блок 1 и блок 2, методика «Распознавание обмана в разных областях».

1. Обобщенные результаты особенностей *материнского отношения* к ЧБД старшего дошкольного возраста до формирующего эксперимента и после представлены ниже (см. Табл.11, рис.8).

Таблица 11

Достоверность различий в типах материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам до и после формирующего эксперимента

Параметры сравнения	$M \pm m$	$M \pm m$	t-критерий	Уровень достоверности
	Матери ЧБД (до)	Матери ЧБД (после)		
Эмоциональное отвержение	11,97±0,43	10,07±0,41	2,97	$p \leq 0,001$
Кооперация	7,17±0,19	7,72±0,25	-3,84	$p \leq 0,0001$
Симбиоз	4,25±0,21	3,28±0,22	3,85	$p \leq 0,0001$
Авторитарная гиперсоциализация	3,82±0,19	2,82±0,21	4,11	$p \leq 0,0001$
Маленький неудачник	2,20±0,17	1,32±0,18	4,79	$p \leq 0,0001$

Выраженность материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам до и после формирующего воздействия отражена на рис. 10.



Рис. 10. Выраженность материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам до и после формирующего эксперимента по методике «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга-В.В. Столина)

Значение параметра «эмоциональное отвержение» снизилось с 16,67% до 15; параметра «авторитарная гиперсоциализация» с 18,33% до 8,33; параметра «маленький неудачник» с 21,67% до 10; показатели «симбиоза» изменились с 38,33% до 41,67; а «кооперации» повысились с 5 до 25%.

Сравнительный анализ результатов с использованием t-критерия Стьюдента показал наличие достоверных различий между материнским отношением к ЧБД до и после формирующих мероприятий (таблица 14) по характеристикам: «эмоциональное отвержение» ($p \leq 0,001$), «симбиоз» ($p \leq 0,0001$), «авторитарная гиперсоциализация» ($p \leq 0,0001$), «маленький неудачник» ($p \leq 0,0001$) и, что наиболее значимо, «кооперация» ($p \leq 0,0001$). В целом это проявляется большим эмоциональным принятием детей матерями, появлением большей оптимистичности в оценке способностей и возможностей своих

детей, меньшей дистанцией в отношениях, меньшими ограничениями и контролем часто болеющих старших дошкольников, верой в их способности, а также стремлением к объединению усилий, помощи и поддержке в сложных ситуациях.

Таким образом, промежуточная цель нашего формирующего воздействия – изменение материнского отношения к ЧБД на более эффективное – была достигнута.

2. Одновременно с изменением материнского отношения после проведения формирующего эксперимента изучалось изменение отдельных *аспектов понимания детьми обмана*. Обобщенные результаты приведены ниже (см. Табл. 12, рис. 9).

1. Общее и абстрактное понимание обмана.

После формирующих мероприятий часто болеющие старшие дошкольники стали испытывать меньше затруднений (6,67 выборов, в отличие от 30), стали чаще использовать понятие обман (48,33 выборов, в отличие от 31,67), что подтверждается достоверными различиями по данным параметрам (табл. 12).

Таблица 12

Достоверность различий по общему пониманию обмана часто болеющими старшими дошкольниками до и после формирующих мероприятий по методике «Опросник»: блок 1

Параметры обмана	M ± m		t-критерий	Уровень достоверности
	ЧБД (до)	ЧБД (после)		
Затруднение	0,30±0,05	0,07±0,05	3,44	$p \leq 0,001$
Оценка	0,25±0,05	0,32±0,05	-0,81	$p > 0,05$
Синонимы	0,13±0,04	0,13±0,04	0,00	$p > 0,05$
Обман	0,32±0,06	0,48±0,06	-1,88	$p \leq 0,05$

Результаты особенностей общего понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста до и после формирующих воздействий отражены ниже.

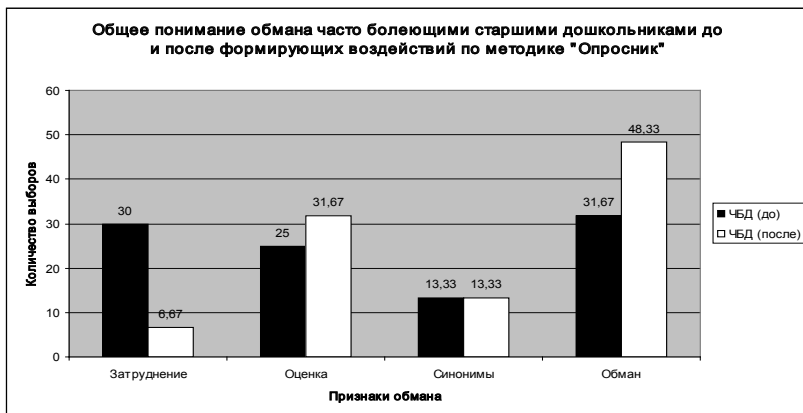


Рис. 9. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента по методике «Опросник»: блок 1: общее понимание

После формирующих мероприятий снизилось количество затруднений (с 18,33 выборов до 5), стали чаще приводить примеры обмана (увеличение показателей с 38,33 выборов до 53,33), что подтверждается достоверными различиями по данным параметрам (см. Табл. 13).

Таблица 13

Достоверность различий по абстрактному пониманию обмана между часто болеющими старшими дошкольниками до и после формирующих мероприятий по методике «Опросник»: блок 2

Параметры обмана	M ± m		t-критерий	Уровень достоверности
	ЧБД (до)	ЧБД (после)		
Затруднение	0,18±0,05	0,05±0,04	2,31	$p \leq 0,05$
Тавтология	0,28±0,06	0,20±0,06	1,06	$p > 0,05$
Оценка	0,13±0,04	0,18±0,04	-0,75	$p > 0,05$
Пример	0,38±0,06	0,53±0,06	-1,65	$p \leq 0,05$
Синонимы	0,02±0,02	0,02±0,02	0,00	$p > 0,05$
Обман	0,00±0,00	0,02±0,00	-0,99	$p > 0,05$

Особенности абстрактного понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста до и после формирующих воздействий отражены в рис. 10.



Рис. 10. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента по методике «Опросник»: блок 2: абстрактное понимание

2. Успешность распознавания обмана в разных областях.

После формирующих мероприятий ЧБД стали реже ошибаться при распознавании ситуаций обмана в области основных (8 выборов, в отличие от 26) и дополнительных (50 выборов, в отличие от 123) эмоций; основных (33 выбора, в отличие от 66) и дополнительных знаний (506 выборов, в отличие от 731), а также основных намерений (16 выборов, в отличие от 37).

Успешность распознавания обмана в разных областях до и после формирующих воздействий отражена в рис. 11.

3. Способы или стратегии распознавания обмана.

После коррекционных мероприятий уменьшилось количество ошибок при распознавании обмана (270 выбо-

ров, в отличие от 399) и правды в области знаний (271 выбор, в отличие от 394); ошибок распознавания обмана (48, в отличие от 103) и правды (10 выборов, в отличие от 37) в области эмоций; ошибок распознавания обмана (56 выборов, в отличие от 78) и правды (19 выборов, в отличие от 33) в области намерений. ЧБД стали реже демонстрировать стратегию принятия обмана за правду в области эмоций (25 выборов, в отличие от 39) и адекватную стратегию распознавания обмана в области эмоций (28 выборов, в отличие от 7).



Рис. 11. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента в успешности распознавания обмана по методике «Распознавание обмана в разных областях»

Сравнительный анализ результатов с использованием t-критерия Стьюдента показал наличие достоверных различий по следующим стратегиям распознавания обмана детьми до и после формирующих мероприятий (табл. 14).

Таблица 14

**Достоверность различий в успешности
и способах распознавания обмана
между часто болеющими старшими дошкольниками
до и после формирующих мероприятий по методике
«Распознавание обмана в разных областях»**

Параметры обмана	M ± m		t-кри- терий	Уровень достовер- ности
	ЧБД (до)	ЧБД (после)		
Область знаний				
Ошибки лжи	6,65±0,23	4,50±0,26	6,70	$p < 0,001$
Ошибки правды	6,57±0,18	4,52±0,23	7,51	$p < 0,001$
Принятие	0,35±0,06	0,28±0,06	0,78	$p > 0,05$
Отрицание	0,40±0,06	0,47±0,06	-0,73	$p > 0,05$
Смешанная	0,25±0,05	0,25±0,06	0,00	$p > 0,05$
Адекватная	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00	$p > 0,05$
Ошибки основные	1,10±0,14	0,55±0,13	2,89	$p < 0,01$
Ошибки дополнительные	12,18±0,33	8,43±0,42	7,40	$p < 0,001$
Область эмоций				
Ошибки лжи	1,72±0,15	0,80±0,14	4,37	$p < 0,001$
Ошибки правды	0,62±0,09	0,17±0,08	4,01	$p < 0,001$
Принятие	6,65±0,06	0,42±0,06	2,61	$p < 0,01$
Отрицание	0,07±0,03	0,03±0,03	0,83	$p > 0,05$
Смешанная	0,17±0,04	0,08±0,04	1,38	$p > 0,05$
Адекватная	0,12±0,04	0,47±0,04	-4,53	$p < 0,001$
Ошибки основные	0,43±0,08	0,13±0,08	3,08	$p < 0,01$
Ошибки дополнительные	2,05±0,19	0,83±0,13	4,91	$p < 0,001$
Область намерений				
Ошибки лжи	1,30±0,15	0,93±0,11	1,74	$p < 0,05$
Ошибки правды	0,55±0,09	0,32±0,08	2,01	$p < 0,05$
Принятие	0,57±0,07	0,52±0,07	0,53	$p > 0,05$
Отрицание	0,15±0,05	0,17±0,05	-0,25	$p > 0,05$
Смешанная	0,07±0,03	0,08±0,03	-0,34	$p > 0,05$
Адекватная	0,22±0,05	0,23±0,05	-0,22	$p > 0,05$
Ошибки основные	0,62±0,10	0,27±0,08	2,65	$p < 0,01$
Ошибки дополнительные	1,22±0,13	0,98±0,11	1,38	$p > 0,05$

Произошло уменьшение количества ошибок при распознавании ситуаций обмана и правды в области знаний ($p \leq 0,001$), обмана и правды в области эмоций ($p \leq 0,001$) и намерений ($p \leq 0,05$); увеличилась способность к распознаванию основных и дополнительных знаний ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$), основных и дополнительных эмоций ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$), основных намерений ($p \leq 0,01$). Выросла адекватность стратегии распознавания обмана в области эмоций ($p \leq 0,001$).

Особенности стратегий распознавания обмана между ЧБД старшего дошкольного возраста до и после формирующих воздействий отражены в рис. 12.



Рис. 12. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента по стратегиям распознавания обмана по методике «Распознавание обмана в разных областях»

3. Изучалось изменение представлений матерей и детей об ортобиозе

У матерей ЧБД наблюдалось изменение параметров по составляющим: идеальное представление о факторах ортобиоза (с 10,58 до 11,33), реальное соблюдение этих фак-

торов в жизни (с 9,28 до 10,17), были сформированы навыки ЗОЖ (параметры изменились с 53 до 60).

У самих ЧБД также улучшилось идеальное представление о здоровом ребенке (с 11,5 до 12,52) и выросло реальное соблюдение факторов ортобиоза в жизни (с 11,83 до 12,63).

Сравнительный анализ результатов с использованием t-критерия Стьюдента показал наличие достоверных различий между представлением о факторах ортобиоза у матерей ЧБД и самих детей до и после формирующих воздействий (см. Табл. 15).

Таблица 15

Достоверность различий между часто болеющими старшими дошкольниками и их матерями по параметрам ортобиоза до и после формирующих мероприятий

Параметры ортобиоза	M±m		t-критерий	Уровень достоверности
	Матери ЧБД (до)	Матери ЧБД (после)		
Идеальное представление	10,58±0,35	11,33±0,44	-2,21	$p \leq 0,05$
Реальное соблюдение	9,28±0,39	10,17±0,45	-1,94	$p \leq 0,05$
Соблюдение здорового образа жизни	0,88±0,04	1,00±0,04	-2,79	$p \leq 0,01$
Параметры ортобиоза	ЧБД (до)	ЧБД (после)	t	Уровень достоверности
Идеальное представление	11,50±0,32	12,52±0,45	-4,32	$p \leq 0,001$
Реальное соблюдение	11,83±0,32	12,63±0,44	-3,74	$p \leq 0,001$
Соблюдение здорового образа жизни	1,00±0,02	1,00±0,03	0,00	$p > 0,05$

Улучшилось идеальное представление матерей о факторах ортобиоза ($p \leq 0,05$), выросли показатели реального соблюдения этих факторов в жизни ($p \leq 0,05$), увеличилось количество семей, соблюдающих ЗОЖ ($p \leq 0,01$).

Улучшилось идеальное представление детей о здоровом ребенке ($p \leq 0,001$), выросли показатели реального соблюдения факторов ортобиоза детьми в жизни ($p \leq 0,001$). Полученные результаты представлены на рис. 13.

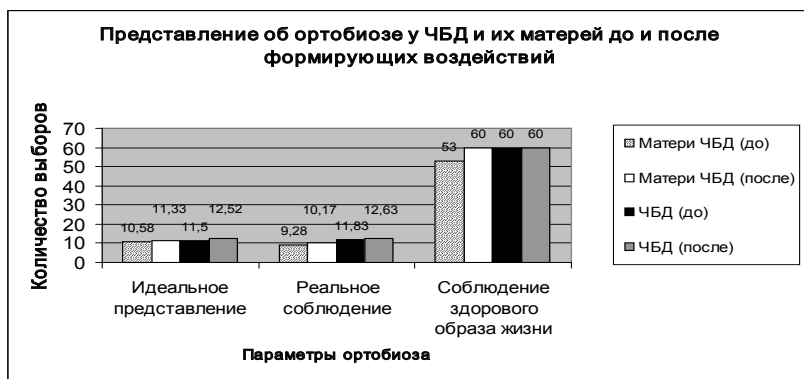


Рис. 13. Выраженность представлений об ортобиозе у матерей ЧБД и самих детей до и после формирующих мероприятий по методике изучения социально-валеологического состояния семей Р. А. Захаровой и анкете для детей на ее основе

4. Отсроченный контроль за частотой соматических заболеваний ребенка, осуществленный через 12 месяцев с даты окончания формирующих мероприятий, показал снижение частоты заболеваемости у детей, подвергшихся формирующему эксперименту. Так, значительно снизилась частота заболеваемости детей: 41,7% детей совсем не болели в течение года (ОРВИ, ОРЗ, хр. фарингит), 38,3% детей болели значительно реже – их заболевания протекали быстрее (ОРВИ, ОРЗ за 3–5 дней; хр. бронхиты за 12–14 дней, хр. фарингиты за 6–8 дней) и в более легкой форме.

Результаты формирующего эксперимента позволяют сделать вывод об эффективности коррекционного воздействия – достижении изменений материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам на более эффек-

тивное с повышением показателей «кооперация» и снижением показателей «эмоциональное отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник», улучшении представлений матерей и детей о ЗОЖ.

Одновременно с повышением эффективности материнского отношения к ЧБД и улучшением представлений матерей и детей о ЗОЖ улучшилось понимание детьми общей и абстрактной ситуации обмана; повысилась успешность распознавания обмана в области основных и дополнительных эмоций и знаний, основных намерений; дети стали в большей степени проявлять адекватную стратегию распознавания обмана в области эмоций.

В целом можно констатировать, что осуществляемая коррекционная деятельность позволила достичь повышения эффективности материнского отношения, улучшения понимания детьми отдельных аспектов обмана и улучшения представлений и реализации детьми ЗОЖ [108; 109; 110; 113; 114].

Краткие выводы

1. Представление о ЗОЖ у матерей не совпадает с реальным соблюдением ЗОЖ в семье часто болеющего ребенка. Реальное соблюдение факторов ортобиоза ниже идеального представления о нем как у матерей ЧБД, так и у матерей здоровых детей (при отсутствии значимых различий). Реальное соблюдение факторов ортобиоза было оценено детьми выше, чем идеальные представления о здоровом ребенке (при отсутствии значимых различий между ЧБД и здоровыми детьми).

2. Когнитивная способность ЧБД старшего дошкольного возраста (на примере понимания им феномена обмана) в силу особой социальной ситуации развития характеризуется рядом особенностей: дети испытывают больше затруднений и реже используют синонимы обмана при его объяснении как общего, так и абстрактного понятия; чаще прини-

мают обман за правду в области знаний, в меньшей степени стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций; чаще опираются на признак контекста ситуации в ситуации собственного обмана; реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности в ситуации обмана со стороны другого; менее склонны к обману в области намерений.

3. Лучшему пониманию ЧБД обмана способствуют: возраст матери, уровень ее образования, наличие полной семьи, возраст ребенка, большее количество детей в семье; тип материнского отношения «кооперация»; реализация семьей ЗОЖ. Затруднения в понимании обмана вызывают такие неэффективные типы материнского отношения, как: «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» и «маленький неудачник»; несоблюдение семьей ЗОЖ.

4. Материнское отношение к часто болеющим старшим дошкольникам характеризуется достоверно большей выраженностью эмоционального отвержения и достоверно меньшими проявлениями авторитарной гиперсоциализации. Фактор «эффективное материнское отношение (кооперация)» к ребенку является не только неотъемлемым компонентом особой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, но и одним из наиболее действенных (что подтверждается результатами факторного анализа), влияющих на специфику понимания детьми обмана, что позволяет рассматривать его изменение как основу для коррекционной программы.

5. Выявлено наличие достоверной связи между идеальными представлениями, реализацией детьми ЗОЖ и такими аспектами понимания обмана, как: понимание обмана как общего и как абстрактного понятия, использование синонимов при определении общей ситуации обмана, способность к распознаванию обмана в области эмоций и в области знаний.

6. Своевременное внедрение коррекционно-развивающей программы, основанной на базовых положениях биопсихосоциальноэтической модели развития человека, через повышение эффективности материнского отношения, разъяснения матерями ситуаций обмана и собственный родительский пример правдивого поведения, а также расширение представлений матерей и детей о ЗОЖ обуславливает положительные изменения когнитивных способностей детей (на примере понимания ими обмана), а в целом влечет за собой расширение представлений и реальное соблюдение детьми ЗОЖ, а также положительно влияет на соматический статус детей.

2.2. Возможности формирования здорового образа жизни у часто болеющих старших дошкольников

Современные представления о здоровом образе жизни у дошкольников включают:

- оптимальный двигательный режим,
- рациональное питание,
- закаливание,
- личную гигиену,
- положительные эмоции.

Существующая на сегодняшний день система образования не достаточно формирует мотивацию к здоровому образу жизни. Неправильное, нерациональное питание, гиподинамия, отсутствие привычки к систематической физической нагрузке, низкий уровень жизни, постоянные стрессы приводят к увеличению числа людей с проблемами в здоровье.

К сожалению, семья не всегда является местом формирования и укрепления здоровья ребенка. У родителей часто не хватает ни знаний, ни опыта для реализации данной функции. Но семья является ведущей в решении столь важной проблемы. Поэтому одной из задач системы образования наряду с исследовательской деятельно-

стью здорового образа жизни дошкольников, проведением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, учебно-воспитательной работой с детьми является информационно-просветительская и воспитательная работа с родителями.

Общая стратегия работы по формированию ортобиоза подразумевает воздействие в отношении трех субъектов образовательного пространства: ЧБД, их родителей и педагогов.

Коррекционная работа предусматривала решение следующих задач:

1) формирование у родителей знаний о психолого-педагогических особенностях ЧБД, особенностях понимания детьми обмана, знаний об эффективном типе родительского отношения (с формированием собственного эффективного);

2) оптимизация фактора ортобиоза и формирование адекватных психологических приемов преодоления болезни;

3) повышение адекватности понимания обмана часто болеющими старшими дошкольниками через оптимизацию детско-родительских отношений в условиях дошкольных учреждений и в домашней обстановке;

4) расширение знаний педагогов о возрастных особенностях понимания обмана ЧБД, знакомства с методами повышения эффективности родительского отношения к ребенку, представлениях об ортобиозе и его значимости.

Информационно-просветительские и воспитательные меры должны осуществляться в комплексе с профилактическими.

На первом этапе в условиях дошкольных учреждений были реализованы:

– повышение психологической культуры родителей через ознакомление со стендовой информацией и в рамках докладов на родительских собраниях, проводимых каждые 2 недели. Речь шла о категории ЧБД, ее критериях, физических и психических особенностях; было проведено озна-

комление с основами детской психологии, особенностями понимания детьми обмана, типами родительского отношения к ребенку, понятием здоровья и его составляющих, значимости соблюдения факторов ортобиоза и их содержании;

– осуществление индивидуального и группового психологического консультирования: «Часто болеющий ребенок – Какой он?», «Родительское отношение к ребенку-дошкольнику, его типы», «Что такое ЗОЖ, его значимость», «Детский обман: причины, профилактика» [1; 4; 6; 9; 53].

На первом этапе в рамках поставленных прихоркоррекционных задач были использованы лекции, семинары и индивидуальные консультации педагогов и родителей. Большое внимание уделялось обсуждению условий воспитания у детей потребности в здоровом образе жизни.

На втором этапе проводились:

– еженедельные групповые занятия с матерями и детьми по программе И.М. Марковской (2000) [64], ориентированной на гармонизацию детско-родительских отношений, повышение их эффективности, развитие тёплых и поддерживающих отношений между родителями и детьми;

– работа на осознания ребенком и взрослыми состояния болезни на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях с формированием ЗОЖ (длительность занятий в целом составляла 60 минут, соблюдался принцип чередования интеллектуальной и физической нагрузки, использовались игровые паузы);

– индивидуальные занятия родителей с ребенком в домашних условиях (домашнее задание), позволяющие отрабатывать полученные на занятиях навыки в привычной для ребенка домашней среде.

При осуществлении психокоррекционных мероприятий должны быть реализованы принципы.

1. Принцип единства диагностики и коррекции. Задачи психолого-педагогической коррекции были поставле-

ны на основе полной психологической диагностики, включающей анализ особенностей понимания обмана ЧБД и родительского отношения к ним, изучения социально-психологических характеристик семьи и факторов ортобиза. Диагностика и коррекция осуществлялись на всех этапах работы, дополняя и обогащая друг друга.

2. Принцип комплексности. В ходе коррекционных мероприятий осуществлялся учет основных особенностей социальной ситуации развития часто болеющего ребенка на каждом возрастном этапе, включающий его внутренние условия (клинические и физиологические особенности) и внешние (взаимоотношения с родителями, сверстниками и педагогами). Коррекция осуществлялась с учетом особенностей психического и физического состояния каждого часто болеющего ребенка.

3. Принцип единства сознания и деятельности – нами осуществлялся учет роли ведущего вида деятельности индивидуума на определенном этапе его возрастного развития. Коррекционные мероприятия с детьми проводились в форме игр, взаимодействие с родителями и педагогами – в форме бесед, практических заданий и игровых ситуаций.

4. Принцип интегративного подхода. Был реализован в эклектическом подходе к использованию психокоррекционных методов в сочетании методов каузальной и симптоматической коррекции.

5. Принцип патогенетического подхода. Включал активное использование механизмов перестройки родительского отношения к ребенку, в том числе фиксированных форм родительского поведения, коррекцию неадекватных родительских реакций и оказание помощи ребенку в смягчении психотравмирующей ситуации (при ее наличии).

6. Принцип гуманистического подхода был реализован через взаимодействие всех участников психокоррекционного процесса в атмосфере психологической безопасности, безоценочного отношения и взаимного принятия.

7. Принцип индивидуального подхода. Предполагал использование в коррекционном процессе индивидуальных проявлений обобщенных возрастных норм понимания обмана и родительского отношения к ребенку с учетом особенностей формирования личности часто болеющего ребенка.

8. Онтогенетический подход был реализован при учете и соотношении психокоррекционных мероприятий с предстоящими этапами развития личности ребенка, с зоной его ближайшего развития и стимулировании более эффективных форм родительского отношения к ребенку [76].

В.А. Ковалевский [53] пишет, что в коррекционной работе по поводу семейного воспитания часто болеющего ребенка необходимо учитывать три основных компонента:

1) когнитивно-диагностический – возможность наличия у родителей знаний о возможных стилях воспитания и определение ими стиля, присущего собственной семье;

2) эмоциональный – учитывающий и отражающий отношения в семье через субъективное мнение ребенка о семейной ситуации и сравнение этого мнения с мнением родителей;

3) поведенческий – выражающийся в построении новой структуры воспитания и смене способов воспитания.

А.С. Спиваковская [95], давая характеристику оптимального родительского отношения, указывает, что оно должно отвечать требованиям адекватности, динамичности и прогностичности.

Адекватность предполагает умение родителей видеть и понимать индивидуальность собственного ребенка, замечать происходящие с его душевным миром изменения. Динамичность является способностью изменять методы и формы общения с детьми. Прогностичность предполагает умение родителей предвидеть перспективы дальнейшего развития ребенка и их способность строить взаимоотношения с ребенком с учетом этих перспектив.

Реализация психокоррекционных мероприятий осуществлялась с опорой на:

– идеи биопсихосоциоэтической модели развития человека, которая предполагает учет при оказании психологической помощи всех составляющих индивидуальности человека, в том числе психологического и духовного аспектов (Г.В. Залевский, 2006; Ю.В. Кузьмина, 2008; Straub, 2001), клиентцентрированного подхода к психологическому консультированию родителей и детей (А. Адлер, 2007; К. Роджерс, 1997; Т. Гордон, 1977; Ю.Б. Гиппенрейтер, 2004; Е.К. Лютова-Робертс, 2006), ориентированного на безусловное принятие ребенка, признание изначальной ценности его личности, и предполагающего сотрудничество участников группового процесса;

– представления и положения современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования (Г.В. Залевский, 2006), согласно которой в любой жизненной ситуации у человека лидируют три важные системы: телесно-эмоциональная (важная составляющая наших чувств и эмоций), мыслительная или когнитивная (оценка той ситуации, в которой мы находимся, ее связь с нашим прошлым и будущим, наши принципы, нормы, установки), двигательная или речедвигательная (наши движения, речь, действия, высказывания).

Необходимость опоры на данное направление была обоснована потребностью работы с фиксированными формами родительского отношения к ребенку. В рамках индивидуальных консультаций родителей и педагогов нами были использованы следующие принципы бихевиорально-когнитивного консультирования:

1) думать поведенчески – реализуется в как можно более конкретном описании проблемных ситуаций и их потенциальных решений.

2) думать решенчески – сосредоточение не на актуальном, а на «желаемом состоянии».

3) думать позитивно – сосредоточение внимания на позитивных результатах и на стратегиях, планах, которые ведут к желаемому результату.

4) думать шажками – постановка перед собой реальных, пошаговых целей, каждый из которых реально достижим.

5) думать флексибельно – гибкость в планировании программы взаимодействия с клиентом.

б) думать фьючерно – с ориентацией на будущее [37].

Повышение психологической культуры родителей в рамках детского дошкольного учреждения носило образовательный и профилактический характер. В первом случае речь шла об ознакомлении родителей с определенными, актуальными для них областями психологических знаний, в частности когнитивном развитии часто болеющего ребенка и влиянии на него родительского отношения. Во втором – о предупреждении возникновения проблем в развитии и поведении детей. Здесь предметом информирования выступали особенности понимания ребенком обмана, причины детских обманов, мотивы детей к обманному поведению (как у здоровых, так и у ЧБД), причины частых соматических заболеваний и методы их профилактики.

В рамках первой и третьей задач – оптимизации детско-родительских отношений в рамках групповых занятий с родителями и детьми – нами была использована программа И.М. Марковской (2000) [64], ориентированная на гармонизацию детско-родительских отношений и повышение их эффективности.

В рамках решения второй задачи коррекционная работа предполагала осознания ребенком и взрослыми состояния болезни на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях. С детьми использовались такие формы работы, как рассказы, сказки, викторины на оздоровительную и спортивную тематику; конкурсы рисунков на тему физической культуры и спорта; ролевые и сюжетные игры, осно-

ванные на движении и имеющие спортивную и оздоровительную идею; спектакли и театрализованные представления по сюжетам сказок и рассказов на олимпийскую тематику; разучивание стихов и песен о спорте; беседы просветительского характера на темы: «Почему не нужно бояться ангины», «На приеме у врача», «Что делать, чтобы меньше болеть» и т.п.

Педагогам были предложены педагогические советы: «Быть здоровым с детства»; круглый стол «Эмоции и здоровье»; занятия по лечебной физкультуре, фитнесу и аэробике; диагностика состояния собственного здоровья (функционального состояния); дни здоровья (совместно с родителями, детьми МБДОУ и собственными) и др.

Работа с матерями детей включала: родительские практикумы по закаливанию, семинары по основам безопасности жизнедеятельности ребенка в условиях семьи, организацию режима дня и сбалансированного питания детей, организацию режима двигательной активности ребенка в семье, встречи с представителями детского здравоохранения и спорта, практикумы по физической культуре.

Что касается решения четвертой задачи – расширения психологических знаний педагогов о возрастных особенностях понимания обмана ЧБД и знакомства педагогов с методами повышения эффективности родительского отношения к ребенку и соблюдению ЗОЖ – нами также были использованы лекции, семинары и консультирование педагогов по заявленным вопросам [109; 110; 112].

Заключение

Формирование и реализация здорового образа жизни населения России, включая старших дошкольников, является приоритетной потребностью современного времени, закрепленной на государственном уровне (Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, ФГОС дошкольного образования).

Цель ортобиоза – научение ребенка правильному и безошибочному выбору в любой ситуации только полезного, содействующего здоровью и отказ от всего вредного (И.И. Мечников, 1903; Ю.П. Лисицын, 1986; Н.М. Амосов, 1987; В.Е. Апарин, 2001; Р.А. Захарова, 1999; О.В. Груздева, 2003).

Рост числа детей, имеющих статус «часто болеющий» (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 2003; М.Г. Романцов, В.В. Ботвиньева, 1996; В.А. Ковалевский, 2005 и др.), обосновывает потребность в дальнейшей разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории (В.В. Николаева, 1995; В.Ю. Альбицкий, 2003; В.А. Ковалевский, 2005, 2007, 2010).

Для ЧБД, в отличие от их здоровых сверстников, характерна особая социальная ситуация развития: ограничение движений и условий для активного познавательного развития (в силу частоты переносимых заболеваний, общей ослабленности организма); дефицитарность общения детей со сверстниками, отсутствие условий для реализации игры (как ведущего вида деятельности), ограниченность общения кругом семьи, неблагоприятные личностные проявления родителей, наличие у них непродуктивных установок и неэффективных стилей воспитания (Б.С. Братусь, 1988; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1995; В.Н. Касаткин, 1996; А.А. Михеева, 1999; В.А. Ковалев-

ский, 2005 и др.). При этом ограничение условий для развития когнитивной способности ребенка, а вместе с ним и развития интеллектуального компонента ВКБ (В.В. Николаева, 1987; В.А. Ковалевский, 1997), как правило, неблагоприятно сказываются на физическом и психологическом здоровье ребенка, ограничивая его возможности в преодолении болезни.

Поэтому наибольшее значение приобретает возможность позитивного изменения той особой социальной ситуации развития ребенка, которая препятствует преодолению им ситуации болезни (Д.Н. Исаев, 1993; В.В. Николаева, 1995 и др.). Это возможно через изучение роли в формировании представлений об ортобиозе когнитивной способности детей на примере понимания детьми феномена обмана (как основе для формирования не только биопсихологического, но и ноэтического компонента биопсихосоционоэтической модели здоровья), расширение представлений родителей, а также самих детей об ортобиозе.

В результате предпринятого теоретического и экспериментального исследования были подтверждены следующие положения.

1. Когнитивная способность часто болеющего старшего дошкольника (на примере понимания им феномена обмана) в силу особой социальной ситуации развития характеризуется рядом особенностей: дети испытывают больше затруднений и реже используют синонимы обмана при его объяснении как общего, так и абстрактного понятия; чаще принимают обман за правду в области знаний, в меньшей степени стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций; чаще опираются на признак контекста ситуации в ситуации собственного обмана; реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуаль-

ные особенности в ситуации обмана со стороны другого; менее склонны к обману в области намерений.

2. Лучшему пониманию ЧБД обмана способствуют: возраст матери, уровень ее образования, наличие полной семьи, возраст ребенка, большее количество детей в семье; тип материнского отношения «кооперация»; реализация семьей ЗОЖ. Затруднения в понимании обмана вызывают такие неэффективные типы материнского отношения, как: «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» и «маленький неудачник»; несоблюдение семьей ЗОЖ.

Материнское отношение к часто болеющим старшим дошкольникам характеризуется достоверно большей выраженностью эмоционального отвержения и достоверно меньшими проявлениями авторитарной гиперсоциализации. Фактор «эффективное материнское отношение (кооперация)» к ребенку является не только неотъемлемым компонентом собой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, но и одним из наиболее действенных (что подтверждается результатами факторного анализа), влияющих на специфику понимания детьми обмана, что позволяет рассматривать его изменение как основу для коррекционной программы.

Результаты факторного анализа указывают также на высокий уровень информативности фактора «возрастные способности ребенка к пониманию обмана», что указывает на возможность самоорганизации структуры понимания обмана с процессом взросления.

3. Представление о ЗОЖ у матерей не совпадает с реальным соблюдением ЗОЖ в семье часто болеющего ребенка. Реальное соблюдение факторов ортобиоза ниже идеального представления о нем как у матерей ЧБД, так и у матерей здоровых детей. При этом значимых различий между матерями ЧБД и здоровых детей не выявлено.

Реальное соблюдение факторов ортобиоза было оценено детьми выше, чем идеальные представления о здоровом ребенке. Значимых различий между представлениями о здоровом ребенке и соблюдении факторов ортобиоза у ЧБД и здоровых детей не наблюдалось.

При этом было выявлено наличие достоверной связи между идеальными представлениями, реализацией детьми ЗОЖ и такими аспектами понимания обмана, как: понимание обмана как общего и как абстрактного понятия, использование синонимов при определении общей ситуации обмана, способность к распознаванию обмана в области эмоций и в области знаний.

4. Своевременное внедрение содержательной коррекционно-развивающей программы, основанной на базовых положениях биопсихосоциоэтической модели развития человека, через повышение эффективности материнского отношения, разъяснения матерями ситуаций обмана и собственный родительский пример правдивого поведения, а также расширение представлений матерей и детей о ЗОЖ, обуславливает положительные изменения когнитивных способностей детей (на примере понимания ими обмана), а в целом влечет за собой расширение представлений и реальное соблюдение детьми ЗОЖ, а также положительно влияет на соматический статус детей.

Таким образом, результаты работы позволяют сделать вывод о том, что компонент когнитивной способности часто болеющего ребенка (реализованный в понимании им феномена обмана) при своевременной коррекции особой социальной ситуации развития ребенка посредством оптимизации материнского отношения к нему и расширения представлений матерей и детей о ЗОЖ, через формирование интеллектуального компонента ВКБ ребенка будет определять представления ребенка о ЗОЖ и его реализацию, а также соматическое состояние ребенка.

Представленное исследование расширяет научные представления о роли когнитивной способности часто болеющих старших дошкольников (на примере понимания детьми феномена обмана) в формировании представлений и реализации детьми ЗОЖ; о влиянии на формирование когнитивной способности детей социально-психологических характеристик семьи, материнского отношения к ребенку и представлений матерей о ЗОЖ. Полученные выводы не претендуют на исчерпывающее решение исследуемой проблемы. Напротив, полученные результаты актуализируют необходимость дальнейшего изучения заявленной проблемы [109; 110].

Библиографический список

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М., 1998. 272 с.
2. Авхач Г.Н. Психологические особенности правдивого и неправдивого поведения детей дошкольного возраста: автореф. дис... канд. психол. наук. М., 1982. 24 с.
3. Айзман Р.И., Абаскалова Н.П. Медико-социальные и психологические аспекты формирования здоровья // Валеологическое образование (проблемы, поиски, решения). Сборник научных трудов. Липецк: ЛГПУ, 1996. С.3–12.
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клиничко-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: 1986. 183 с.
5. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. М.: Физкультура и спорт, 1987. 63 с.
6. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 3. С. 116–125.
7. Бароненко В.А., Люберцев В.Н., Рапопорт Л.А. Основы здорового образа жизни. Екатеринбург: изд. УГТУ, 2001. 407 с.
8. Баршай В.М., Бондин В.Н., Каплиев В.А., Лысенко А.В. Валеодиагностика. Учебное пособие по валеологии для студентов всех специальностей педвузов. Ростов н /Д: Издательство Ростовского педагогического университета, 1999. 100 с.
9. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития. М.: Когито-Центр, 2000. 349 с.
10. Бодалев А.А. Популярная психология для родителей / Под ред. А.А. Бодалева М.: Педагогика, 1988. 255 с.
11. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 304 с.
12. Брейхман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Л.: Наука, 1987. 97 с.
13. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учеб. / пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предислов. В.Г. Остроглазова. М.: Гэотар медицина, 1999. 376 с.
14. Вайнер Э.Н. К вопросу об основополагающих признаках валеологии // Валеология. 1997. № 4. С. 5–7.

15. Валеология: Учебное пособие / Под общей редакцией В.П. Соломина, Ю.Л. Варшамова. СПб.: Образование, 1995. 205 с.
16. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Психология. 1985. № 4. С. 32–37.
17. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1987. 25 с.
18. Виленская Г.А., Сергиенко Е.А. Социализация личности и развитие // Современная психология / Под ред. В.Н. Дружинина. М.: Инфра-М, 1999. С.430–438.
19. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: АПН РСФСР, 1960. С.155–181.
20. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 2. М.: Педагогика, 1983. С. 415.
21. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. С. 24.
22. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. С. 29-30.
23. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 4. М.: Педагогика, 1983. С.353–432.
24. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 5. М.: Педагогика, 1983. С. 369–414.
25. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6 т. Т. 6. М.: Педагогика, 1983. С.77.
26. Вылегжанина Г.Г. Часто болеющий ребенок в семье / Психология семьи и больной ребенок: Учеб. пос.: Хрестоматия / Авт.-сост.: И.В. Добряков, О.В. Заширинская. СПб.: Речь, 2007. С. 152–156.
27. Герасимова А.С. Особенности понимания обмана детьми 5 – 11 лет и становление «модели психического»: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: РГБ, 2003. 26 с.
28. Герасимова А.С. Особенности понимания обмана детьми 5 – 11 лет и становление «модели психического»: Дис. ... канд. психол. наук. М.: РГБ, 2003. 169 с.
29. Герасимова А.С., Сергиенко Е.А. Понимание обмана детьми 5 – 11 лет и становление модели психического // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 1. С. 56–70.

30. Герасимова А.С., Сергиенко Е.А. Сказки как источник детских знаний об обмане // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы III Всероссийского съезда психологов. 25–28 июня 2003 г. В 8 т. СПб.: Изд. С-Петербур. ун-та, 2003. Т. 2. С. 307–310.
31. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М.: АСТ, 2007. 240 с.
32. Гордон Т. Повышение родительской эффективности. Екатеринбург: АРД ЛТД, 1997. 150 с.
33. Груздева О.В. Методология и направления развития соматически больных детей дошкольного возраста в процессе становления их характера: монография / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П.Астафьева. – 2-е изд., испр. и доп. – Красноярск, 2013. – 164 с.
34. Груздева О.В. Социальные и биологические детерминанты личностного развития соматически больных детей дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) // Развитие личности больного ребенка: Сб. ст. Красноярск: РИО КГПУ, 2004. 116 с.
35. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия: Приложение к журналу Consilium medicum. 2004. Т. 6. №3. С. 4–7.
36. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2007. 336 с. (Достижения психологии).
37. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования: учебное пособие. Томск: Томский государственный университет, 2006. 150 с.
38. Залевский, Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психол. журн. Т. 25. № 3. 2003. С. 32–36.
39. Захарова, Р.А. Методика изучения социально-валеологического состояния семей // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. М.: Илекса, Ставрополь: Ставрополь-сервисшкола, 1999. 320 с.
40. Зейгарник Б.В. Опосредование и саморегуляция в норме и патологии // Вестник МГУ. (Сер. «Психология»). 1981. № 2. С. 9–15.

41. Зинченко Н.Н. Школа здоровья. Учебное пособие / Под об. ред. Н.Н. Зинченко. Архангельск: ГОУ СПО «АМК», 2010. 93 с.
42. Знаков В.В. Неправда, ложь и обман как проблемы психологии понимания // Вопросы психологии. 1993. № 2. С. 12–24.
43. Знаков В.В. Почему лгут американцы и русские: размышления российского психолога над книгой Пола Экмана // Вопросы психологии, 1995. № 2. С.84–91.
44. Знаков В.В. Психология понимания. Проблемы и перспективы. М.: «Институт психологии РАН», 2005. 447 с.
45. Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. (Сер. «Психология»). 1993. № 1. С. 31–38.
46. Исаев Д.Н. Отношение родителей и болезнь ребенка. / Психология семьи и больной ребенок: Учеб. пос.: Хрестоматия. / Авт.-сост.: И.В. Добряков, О.В.Защирина. СПб.: Речь, 2007. С. 150–151.
47. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. С. 313–397.
48. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. СПб., 1993. 75 с.
49. Каптерев П.Ф. Избранные педагогические сочинения / под ред. А.М. Арсеньева. М.: Педагогика, 1982. 704 с.
50. Кемпбэлл Р. Как на самом деле любить детей. М.: Знание, 1992. 192 с.
51. Кирой В.Н., Войнов В.Б. Критерии оценки уровня здоровья // Валеология. 1998. № 3. С. 43–47.
52. Киян И.Г., Равич-Щербо И.В., Румянцев А.Г. Психологические особенности тяжело больных детей // Школа здоровья. 2000. Т. 7. № 3. С. 31–37.
53. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.
54. Колбанов В.В. Методологические и организонные основы педагогической валеологии // Валеологическое образование (проблемы, поиски, решения): Сборник научных трудов. Липецк.: ЛГПУ, 1996. С. 55–61.

55. Краткий словарь когнитивных терминов. Сост. Е.С. Кубрякова, В.З. Демьянков, Ю.Г. Панкрац, Л.Г. Лузина. Электронный ресурс: <http://www.psyoffice.ru/6-849-kognicija.htm>
56. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей: Монография. Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. 156 с.
57. Лесгафт П.Ф. Собрание педагогических сочинений. Т. 1. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста. М.: Физкультура и спорт, 1951. 444 с.
58. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 1997. 20 с.
59. Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1989. 270 с.
60. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Мир, 1977. 138 с.
61. Малявкина А.М. Эмоционально-личностные особенности старших дошкольников с разной степенью склонности к обману: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 25 с.
62. Мамайчук И. Семейные отношения: психологический анализ, пути коррекции // Дошкольное воспитание. 2003. № 5. С. 80–85.
63. Манелис Н.Г. Развитие представлений о ментальных состояниях в онтогенезе // Школа здоровья. 2004. №4. С. 5–10.
64. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми: цели, задачи, основные принципы. СПб.: Речь, 2000. 149 с.
65. Мечников И.И. Этюды оптимизма. М.: НАУКА, 1988. 328 с.
66. Мечников И.И. Этюды о природе человека. М.: НАУКА, 1984. 218 с.
67. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1999. 21 с.
68. Михеева А.А., Манелис Н.Г. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой // Школа здоровья. 1995. № 3. С. 89–95.

69. Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., Касаткин В.Н. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. 1999. № 1. С. 55–72.
70. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 116 с.
71. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 1992. 44 с
72. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1995. № 2. С.86–96.
73. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебник. М.: Педагогическое общество России, 2001. 442 с.
74. Ожегов СИ, Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азъ, 1994. 908 с.
75. Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 20 с.
76. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. М.: ТЦ Сфера, 2002. 512 с.
77. Остроумов А.А. Избранные труды. М., 1950. 331 с.
78. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1994. 674 с.
79. Пирогов Н.И. Об учреждении гимнастического института. Избранные педагогические сочинения / Сост. А.Н. Алексюк, Г.Г. Савенок. М.: Педагогика, 1985. 496 с.
80. Прихожан А.Н., Толстых Н.Н. Особенности психического развития младших школьников, воспитывающихся вне семьи // Вопросы психологии. 1982. № 2. С. 80–86.
81. Прусакова О.А., Сергиенко Е.А. Репрезентация эмоций детьми от трех до шести лет // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы III Всероссийского съезда психологов. 25–28 июня 2003 г. В 8 т. СПб.: Изд. С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 6. С. 466–470.
82. Психологическая энциклопедия. Электронный ресурс: http://enc-dic.com/enc_psy/Kognitivnye-Poznavatelnye-Sposobnosti-11619

83. Пэрну Л. Я воспитываю ребенка / Пер. с фр. М.: Прогресс, 1979. 270 с.
84. Румянцев А.Г., Касаткин В.Н. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд // Школа здоровья. 1996. № 2. С. 41–47.
85. Самоукина Н.В. Родители и дети // Прикладная психология. 2000. № 2. С. 39–57.
86. Сатир В. Как строить себя и свою семью / Пер. с англ. М.: Педагогика-Пресс, 1992. 192 с.
87. Сахно А.В. Теоретико-методологические и медико-социальные проблемы общественного здоровья: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1992. 25 с.
88. Сергиенко Е.А. Когнитивное развитие // Когнитивная психология: Учебник для вузов / Под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. М.: PerSe, 2003. С. 526–570.
89. Сергиенко Е.А. Об онтогенезе субъекта // Психология индивидуального и группового субъекта / Под ред. А.В. Брушлинского. М.: PerSe, 2002. С.270–328.
90. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И. Понимание обмана детьми дошкольного возраста в норме и при аутизме // Психологический журнал. 2003 Т. 24. № 4. С.54–65.
91. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб: Речь, 2007. 350 с.
92. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Т. II: Учебник для студентов медицинских вузов. М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 381 с. (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии).
93. Смирнинская В.В. Педагогические условия коррекции детской лжи: автореф. канд. дис. ... пед. наук. М., 1993. 19 с.
94. Соломин В.П. Валеология: Учебное пособие / Под общей ред. В.П.Соломина, Ю.Л.Варшамова. СПб.: Образование, 1995. 205 с.
95. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватной родительской позиции // Семья и формирование личности / Под ред. А.А. Бодалева. М., 1981. С.38–45.
96. Спиваковская А.С. Педагогика родителям // Как быть родителями: о психологии родительской любви. М.: Педагогика, 1986. 160 с.

97. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов: комплексная психологическая коррекция. М.: Изд. МГУ, 1988. 200 с.
98. Тагдиси Д.Г., Мамедов Я.Д. Механизм выздоровления. М.: Знания, 1984. 64 с.
99. Титаренко В.Я. Семья и формирование личности. М., 1987. 351 с.
100. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
101. Ушинский К.Д. Собрание сочинений. Т. 8. Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии. М-Л.: Изд-во Академии пед. наук РСФСР, 1950. 776 с.
102. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования. Электронный ресурс: <http://d25101.edu35.ru/ourchhome/obraz-standarty/128-fgos-do>
103. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–34.
104. Философский словарь. Электронный ресурс: <http://www.onlinedics.ru/slovar/fil/k/kognitsija.html>
105. Цукерман Г.А., Мастеров Б.М. Психология саморазвития. М.: Интерпракс, 1995. 288 с.
106. Штумф В.О., Дусказиева Ж.Г. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку / В.О. Штумф, Ж.Г. Дусказиева // Проблемы и перспективы дифференцированного, интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья: региональный опыт: материалы Всероссийской научно-практической межведомственной конференции с международным участием. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2009. – С. 323–326.
107. Штумф В.О. Представления часто болеющих и здоровых старших дошкольников об ортобиозе как составляющей их образа Я / В.О. Штумф // Психологическое сопровождение развития самосознания ребенка дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста: материалы XIII Все-

- российской научно-практической конференции педагогов, психологов. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2011. – Т.2. – С. 237–242.
108. Штумф В.О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников / В.О. Штумф // Медицинская психология в России. Журнал Медицинская психология в России. – №4. – 2012. Электронный ресурс: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php
 109. Штумф В.О. Роль понимания обмана в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2012. – 25 с.
 110. Штумф В.О. Роль понимания обмана в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: дис. ... Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2012. – 243 с.
 111. Штумф В.О. Способы повышения родительской компетентности в вопросах развития особого ребенка / В.О. Штумф // Психолого-медико-педагогическое сопровождение особого ребенка: сборник статей. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2014. – С. 427–432 с.
 112. Штумф В.О. Возможности формирования ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2014. – №4.- С.48-54.
 113. Штумф В.О. Роль когнитивной способности (на примере понимания феномена обмана) в формировании представлений об ортобиозе у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2015. – №4.- С.121-125.
 114. Штумф В.О. Роль родительского отношения в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2016. – №1. С.

115. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. Новосибирск: Наука, 1989. 136 с.
116. Щербатых Ю.В. Как защититься от обмана. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 288 с.
117. Щербатых Ю.В. Искусство обмана. Популярная энциклопедия. М.: ЭКСМО-Пресс, 1998. 541 с.
118. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. СПб.: Питер, 2002. 656 с.: ил. (Сер. «Золотой фонд психотерапии»).
119. Экман П. Почему дети лгут? М., 1993. 270 с.
120. Экман П. Психология лжи. СПб.: Питер, 2007. 272 с.: ил. (Сер. «Мастера психологии»).
121. Adenzato M., Ardito R.B. The role of theory of mind and deontic reasoning in the evolution of deception // M. Hahn, S.C. Stoness (eds.), Proceedings of the Twenty-First Conference of the Cognitive Science Society. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999. P. 7–12.
122. Barhit C. Autonome Mutter – autonome Kinder? Kritik psychologisch-er Forschungsbeträge zur Mutter-Kind-Beziehung: Jnaug. Diss... Munchen, 1978. 192 s.
123. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a «theory of mind»? // Cognition. 1985. V. 21. P. 37–46.
124. Bartsch K., Wellman H.M. Children talk about the Mind. N.Y.: Oxford Univ. Press, 1995. P. 54–77.
125. Bloom M. Theory of mind and emotion // Perspectives in Psychology. 2003. Spring. P.3–8.
126. Bonnet C. Geste d amour: L accouchement sous X. Paris, 1992. 240 s.
127. Davis D.N. Minds have personalities – Emotion is the core. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.cs.bham.ac.uk/~axs/aisb/papers/darryl.paper.Pdf>.
128. Flavell J.H. Development of children's knowledge about the mental world// International J. of Behavioral Development. 2000 V. 24. № 1. P. 15–23.
129. Flavell J.H. Green F.L., Flavell E.R., Lin N.T. Development of Children Knowledge about Uncounciousness // Child Development. 1999. V. 70. № 2. P.396–412.

130. Flavell J.H. Cognitive development: children's knowledge about the Mind // *Annual Rev. Psychol.* 1999. V. 50. P. 21–45.
131. Gardenfors P. Slicing the theory of mind. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lucs.lu.se/people/Peter.Gardenfors/articles/SlicingToM.html>.
132. Genevie L., Margolies E. The motherhood report: How women Feel about being mothers. N.Y., 1989. 482 s.
133. Lang B., Perner J. Understanding of intention and false belief and development of self control // *British Journal of Developmental Psychology.* V. 20. P. 67–76.
134. Leslie A.M. Pretending and believing: Issues in the theory of ToMM // *Cognition.* 1994. № 50. P. 211–238.
135. Leslie A.M. Pretense and representation: The origins of «theory of mind» // *Psychological Review.* 1987. № 94. P. 412–426.
136. Leslie A.M. Theory of mind «as a mechanism of selective attention // M. Gazzaniga (ed.). *The New Cognitive Neurosciences*, 2nd Edition. Cambridge. 2000. P. 1235–1247.
137. Park S. Theory of mind dynamics in children's play: a qualitative inquiry in a preschool classroom. Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Child Development, 2001.
138. Perner J. Understanding the representational mind. Cambridge, MA: MIT Press, 1991.
139. Perner J., Dienes Z. Developmental aspects of consciousness: How much theory of mind do you need to be consciously aware? // *Consciousness and Cognition.* 2003. V. 12. P. 63–82.
140. Piaget J. The moral judgment of the child. N.Y., Harcourt Brace, 1932. P. 153–154.
141. Plaut D.C., Karmiloff-Smith A. Representational development and theory-of-mind computations // *Behavioral and Brain Sciences.* 1993. V. 16. № 1. P. 70–71.
142. Richert R.A., Lillard A.S. Children's understanding of the knowledge prerequisites of drawing and pretending // *Developmental Psychology.* 2002. V. 38. № 6. P. 1004–1015.
143. Rutter M., Shaffer D., Shepherd M. Classification multi-axiale des troubles psychiatriques de l'enfant Evaluation d'une proposition par. Geneve, 1975. 96 s.

144. Stierlin H. Psychoanalysis and family therapy. N.Y.: Aronson, 1977. 355 s.
145. Scassellati B. Theory of mind... for a robot. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ai.mit.edu/projects/humanoid-robotics-group/Abstracts2000/scaz.pdf>.
146. Schick B., Viiliers de J., Viiliers de P., Hofmeister B. 2002. P. 3.
147. Spitz R.A. Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung. Frankfurt a.M.: Fischer. 1972. 116 s.
148. Loth E., Gomez J. C., Happe F. Event Schemas in Autism Spectrum Disorders: The Role of Theory of Mind and Weak Central Coherence // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2008. V. 38. № 3. P. 449–463.

Анкета по изучению ортобиоза у детей
(разработана на основе методики изучения
социально-валеологического состояния семей Р.А. Захаровой)

Инструкция: Просим ответить тебя на следующие вопросы. Спасибо за помощь!

Как ты понимаешь слова «здоровый образ жизни», «здоровый ребенок»? Как ведет себя здоровый ребенок?

1. *Что из того, что я перечислю ниже, ты относишь к здоровому образу жизни?* (помечаем условным знаком «*» те факторы, которые выбрал ребенок)

2. *Какие из указанных факторов соблюдаешь ты?* (помечаем условным знаком «*» те факторы, которые соблюдает ребенок)

<p><i>Как ведет себя здоровый ребенок?</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Слушается родителей. Если заболел, то идет к доктору и пьет лекарства2. Много гуляет, бегает, прыгает3. Всегда вовремя ложится спать и ночью, и днем4. Всегда хорошо и вовремя кушает5. Не волнуется, спокоен в любых ситуациях6. Всегда имеет хорошее настроение7. Знает, как надо себя вести дома, в гостях и детском саду8. Всегда моет руки9. Имеет много друзей10. Много играет11. Самостоятельный12. Интересуется новым13. Имеет хорошие отношения с родителями и братьями-сестрами	
---	--

Какие из указанных факторов соблюдаешь ты?

1. Я слушаюсь родителей и при необходимости иду к доктору и пью лекарства
2. Я много гуляю, бегаю, прыгаю
3. Я всегда хорошо сплю и ночью, и днем
4. Я всегда хорошо и вовремя кушаю
5. Я спокоен в любых ситуациях
6. У меня всегда хорошее настроение
7. Я знаю, как надо себя вести дома, в гостях и детском саду
8. Я всегда мою руки
9. Я имею много друзей
10. Я много играю
11. Я самостоятельный
12. Я интересуюсь новым
13. Я имею хорошие отношения с родителями и братьями-сестрами.

Уважаемые родители!

Пожалуйста, укажите краткие сведения о себе:

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Образование _____

Профессия _____

Семейное положение _____

Дети (количество) _____ (их пол и возраст) _____

Анкета по изучению ортобиоза

(методика изучения социально-валеологического состояния семей Р.А. Захаровой)

Инструкция: Просим Вас честно ответить на вопросы анкеты.
Как Вы понимаете слова «здоровый образ жизни»?

1. *Что Вы относите к понятию «здоровый образ жизни»?*

Поставьте условный знак «*» в первой свободной колонке таблицы, расположенной ниже напротив тех факторов, которые Вы выбрали.

2. *Какие из указанных факторов соблюдаются Вами на самом деле?* Поставьте условный знак «*» во второй свободной колонке таблицы, расположенной ниже напротив тех факторов, которые Вы выбрали

1. Серьезное отношение к здоровью		
2. Физическая активность		
3. Соблюдение режима сна		
4. Соблюдение режима питания		
5. Самообладание		
6. Оптимистичное настроение		
7. Отказ от алкоголя (кроме случаев лечебного назначения)		
8. Полный отказ от курения		
9. Полный отказ от наркотиков		
10. Самоотдача в работе		
11. Материальный достаток		
12. Сексуальная удовлетворенность		
13. Теплые отношения в семье		

Пожалуйста, отметьте галочкой свой ответ в графе «да» или «нет» следующей таблицы

Таблица 4

Опросник родительского отношения
А.Я. Варга-В.В. Столина

	Утверждения	Да	Нет	Рез.
1	2	3	4	5
1	Я всегда сочувствую своему ребенку			
2	Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок			
3	Я уважаю своего ребенка			
4	Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы			
5	Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют			
6	Я испытываю к ребенку чувство расположения			
7	Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни			
8	Мой ребенок часто неприятен мне			
9	Я всегда стараюсь помочь своему ребенку			
10	Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу			
11	Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку			
12	Мой ребенок ничего не добьется в жизни			
13	Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком			
14	Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят			
15	Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый			
16	Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне			
17	Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка			

1	2	3	4	5
18	Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании			
19	Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек			
20	Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом			
21	Я принимаю участие в своем ребенке			
22	К моему ребенку «липнет» все дурное			
23	Мой ребенок не добьется успеха в жизни			
24	Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось			
25	Я жалею своего ребенка			
26	Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям			
27	Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время			
28	Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким			
29	Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку			
30	Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни			
31	Родители должны приспосабливаться к ребенку, а не только требовать этого от него			
32	Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка			
33	При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка			
34	Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка			
35	В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав			
36	Дети рано узнают, что родители могут ошибаться			
37	Я всегда считаюсь с ребенком			
38	Я испытываю к ребенку дружеские чувства			

1	2	3	4	5
39	Основная причина капризов моего ребенка – эгоизм, упрямство и лень			
40	Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком			
41	Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство			
42	Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее			
43	Я разделяю увлечения своего ребенка			
44	Мой ребенок может вывести из себя кого угодно			
45	Я понимаю огорчения своего ребенка			
46	Мой ребенок часто раздражает меня			
47	Воспитание ребенка – сплошная нервотрепка			
48	Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер			
49	Я не доверяю своему ребенку			
50	За строгое воспитание дети потом благодарят			
51	Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка			
52	В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств			
53	Я разделяю интересы своего ребенка			
54	Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так			
55	Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни			
56	Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть			
57	Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка			
58	Нередко я восхищаюсь своим ребенком			
59	Ребенок не должен иметь секретов от родителей			
60	Я не высокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него			
61	Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям			

Благодарим за сотрудничество!

Часто болеющий ребенок – какой он?

Содержание занятия

1. Понятие «часто болеющий ребенок», особенности данной категории.
2. Причины частой заболеваемости.
3. Особенности развития личности больного ребенка.
4. Особая социальная ситуация развития часто болеющего дошкольника.
5. Причины частой заболеваемости детей и методы их профилактики.

Библиографический список

1. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 3. С. 116–125.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учеб. / Пер. с нем.: Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предислов. В.Г. Остроглазова. М.: Гэотар медицина, 1999. 376 С.
3. Груздева О.В. Социальные и биологические детерминанты личностного развития соматически больных детей дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) // Развитие личности больного ребенка: сб. ст. Красноярск: РИО КГПУ, 2004. 116 с.
4. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия. 2004. Т. 6. № 3.
5. Исаев Д.Н. Психология семьи и больной ребенок. СПб., 2007. С. 150–151.
6. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.
7. Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., Касаткин В.Н. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. 1999. Т. 6. № 1. С. 55–73.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 166 с.

Родительское отношение к ребенку-дошкольнику, его типы

Содержание занятия

1. Понятие родительского отношения в педагогике и психологии.
2. Особенности детско-родительских отношений: стили семейного воспитания, родительские установки и отношения.
3. Эффективные и неэффективные типы родительского отношения к ребенку.
4. Способы повышения эффективности родительского отношения.

Библиографический список

1. Бодалев А.А. Популярная психология для родителей / Под ред. А.А. Бодалева. М.: Педагогика, 1988. 255 с.
2. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1987. 25 с.
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М.: АСТ, 2007. 150 с.
4. Гордон Т. Повышение родительской эффективности. Екатеринбург: АРД ЛТД, 1997. 192 с.
5. Кэмпбелл Р. Как на самом деле любить детей. М.: Знание, 1992. 192 с.
6. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей: монография. Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. 156 с.
7. Мамайчук И. Семейные отношения: психологический анализ, пути коррекции // Дошкольное воспитание. № 5. 2003. С. 80.
8. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми: цели, задачи, основные принципы. СПб.: Речь, 2000. 149 с.
9. Михеева А.А., Манелис Н.Г. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой // Школа здоровья. 1995. № 3. С. 89–95.
10. Самоукина Н.В. Родители и дети // Прикладная психология. 2000. № 2. С. 39–57.

11. Спиваковская А.С. Педагогика родителям // Как быть родителями: о психологии родительской любви. М.: Педагогика, 1986. 160 с.
12. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). М.: МГУ, 1988. 200 с.
13. Титаренко В.Я. Семья и формирование личности. М., 1987 351 с.
14. Штумф В.О., Дусказиева Ж.Г. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку / В.О. Штумф, Ж.Г. Дусказиева // Проблемы и перспективы дифференцированного, интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья: региональный опыт: материалы Всероссийской научно-практической межведомственной конференции с международным участием. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2009. – С. 323–326.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. СПб.: Питер, 2002. 656 с.: ил. (Сер. «Золотой фонд психотерапии»).

«Что такое ЗОЖ, его значимость»

Содержание занятия

1. Понятие ортобиоза или ЗОЖ, его составляющие.
2. Значимость здорового образа жизни для ребенка-дошкольника, важность правильных представлений о своем здоровье (на эмоциональном, когнитивном и мотивационном уровнях).
3. Условия формирования установки на здоровый образ жизни у дошкольников.
4. Возможности преодоления ситуации болезни и развитие показателей ортобиоза у детей и взрослых.

Библиографический список

1. Айзман Р.И., Абаскалова Н.П. Медико-социальные и психологические аспекты формирования здоровья // Валеологическое образование (проблемы, поиски, решения). Сборник научных трудов. Липецк: ЛГПУ, 1996. С. 3–12.
2. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. Саратов: Радуга, 1986. 183 с.
3. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. М.: Физкультура и спорт, 1987. 63 с.
4. Бароненко В.А., Люберцев В.Н., Рапопорт Л.А. Основы здорового образа жизни. Екатеринбург: УГТУ, 2001. 407 с.
5. Баршай В.М., Бондин В.Н., Каплиев В.А., Лысенко А.В. Валеодиагностика: учебное пособие по валеологии для студентов всех специальностей педвузов. Ростов н/Д: Издательство Ростовского педагогического университета, 1999. 100 с.
6. Валеология: учебное пособие / Под общей редакцией В.П. Соколомина, Ю.Л. Варшамова. СПб.: Образование, 1995. 205 с.
7. Вылегжанина Г.Г. Часто болеющий ребенок в семье / Психология семьи и больной ребенок: учеб. пос.: хрестоматия / Авт.-сост.: И.В. Добряков, О.В. Заширинская. СПб.: Речь, 2007. С. 152–156.
8. Мечников И.И. Этюды оптимизма. М.: Наука, 1988. 328 с.

9. Мечников И.И. Этюды о природе человека. М.: Наука, 1984. 218 с.
10. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
11. Школа здоровья: учебное пособие / Под ред. Н.Н. Зинченко. Архангельск: ГОУ СПО «Архангельский медицинский колледж», 2010. 93 с.
12. Штумф В.О. Представления часто болеющих и здоровых старших дошкольников об ортобиозе как составляющей их образа Я / В.О. Штумф // Психологическое сопровождение развития самосознания ребенка дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста: материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции педагогов, психологов. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. –2011. – Т.2. – С. 237–242.
13. Штумф В.О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников / В.О. Штумф // Медицинская психология в России. Журнал Медицинская психология в России. – №4. – 2012. Электронный ресурс: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php
14. Штумф В.О. Роль понимания обмана в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2012. – 25 с.
15. Штумф В.О. Способы повышения родительской компетентности в вопросах развития особого ребенка / В.О. Штумф // Психолого-медико-педагогическое сопровождение особого ребенка: сборник статей. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2014. – С. 427–432 с.
16. Штумф В.О. Возможности формирования ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2014. – №4.- С.48-54.

17. Штумф В.О. Роль когнитивной способности (на примере понимания феномена обмана) в формировании представлений об ортобиозе у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2015. – №4.- С.121-125.
18. Штумф В.О. Роль родительского отношения в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2016. – №1.

Детский обман: причины, профилактика

Содержание занятия

1. Проблема обмана.
2. Причины детского обмана.
3. Особенности понимания и проявления обмана детьми.
4. Профилактика обманного поведения.

Библиографический список

1. Авхач Г.Н. Психологические особенности правдивого и неправдивого поведения детей дошкольного возраста: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1982. 24 с.
2. Богатырева Е.Н. Психология обмана. СПб., 1998. 192 с.
3. Герасимова А.С. Особенности понимания обмана детьми 5–11 лет и становление модели психического: автореф дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 24 с.
4. Герасимова А.С., Сергиенко Е.А. Сказки как источник детских знаний об обмане // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы III Всероссийского съезда психологов. 25–28 июня 2003 г. В 8 т. СПб.: Изд. С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 2. С. 307–310.
5. Знаков В.В. Неправда, ложь и обман как проблемы психологии понимания // Вопросы психологии. 1993 № 2. С. 12–24.
6. Знаков В.В. Почему лгут американцы и русские: размышления российского психолога над книгой Пола Экмана // Вопросы психологии. 1995. № 2. с. 84–91.
7. Малявкина А.М. Эмоционально-личностные особенности старших дошкольников с разной степенью склонности к обману: автореф. дис. ...канд. психол. наук. М., 2003. 25 с.
8. Пэрну Л. Я воспитываю ребенка / Пер. с фр. М.: Прогресс, 1979. 270 с.
9. Смирчинская В.В. Педагогические условия коррекции детской лжи: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 1993. 19 с.
10. Штумф В.О. Роль понимания обмана в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто бо-

леющих детей старшего дошкольного возраста. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2012. – 25 с.

11. Щербатых Ю.В. Как защититься от обмана. М.: Эксмо-пресс, 2006. 288 с.
12. Щербатых Ю.В. Искусство обмана. Популярная энциклопедия. М.: ЭКСМО-Пресс, 1998. 541 с.
13. Экман П. Почему дети лгут? М., 1993. 270 с.
14. Экман П. Психология лжи. СПб.: Изд-во Питер, 2007. 272 с.: ил. (Сер. «Мастера психологии»).

ГЛОССАРИЙ

Абстрактное понимание обмана – самостоятельное определение ребенком понятия «обман», позволяет выявить суждения ребенка о ситуации обмана.

Авторитарная гиперсоциализация – тип родительского отношения, отражающий форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоких баллах в родительском отношении четко прослеживается авторитаризм: родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

Адекватная стратегия распознавания обмана – стратегия распознавания обмана, при которой испытуемый правильно определяет, где – правда, а где – обман.

Альтруистический обман – это обман ради блага другого. Альтруизм – готовность бескорыстно действовать на пользу другим, не считаясь со своими личными интересами.

Вербализованный обман – обман с использованием слов.

Вина – отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании неблагоприятности собственного поступка, помысла или чувств и выражающееся в сожалении и раскаянии.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это комплекс факторов различной природы, влияющих на проявление и течение заболевания ребенка, к которым отнесены отношения в семье, успеваемость, наличие и характер внутриличностных конфликтов. К составляющим ВКБ отнесены: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт, полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние медперсонала и врача, наличие других стрессоров.

Вранье – это коммуникативный, а не дезинформационный феномен, это один из способов установить хорошие отношения с партнером, доставить удовольствие себе и ему; оно не рассчитано на то, что в него поверят, здесь отсутствует намерение обмануть слушателя; оно не предполагает унижения слушателя и получения какой-то личной выгоды, зачастую оно просто бессмысленно (обман без всякой цели); классическое вранье характеризуется тем, что «враль» получает нескрываемое удовольствие, наслаждение от самого процесса изложения небылиц, становясь на время объектом всеобщего внимания, в связи с этим он чувствует свою возросшую значимость (пусть и временную) в глазах окружающих; «вранье» – это защитный психологический механизм, позволяющий человеку преодолеть чувство тревоги и дискомфорта, связанное с общением, защитить себя от вторжения на свою «личную» территорию.

Гнев – сильное отрицательное эмоциональное состояние, протекающее чаще в форме аффекта; возникает в ответ на препятствие в достижении страстно желаемых целей. Гнев имеет характер стенической эмоции.

Знания – это: 1. Постигание действительности сознанием; наука. 2. Совокупность сведений, познаний в какой-нибудь области.

Игры понарошку (притворство, ролевые игры) – это формирование посредством слов и действий обстоятельств, не соответствующих реальности.

Интерес – положительное эмоциональное состояние, способствующее развитию навыков и умений, приобретению знаний.

Истинно часто болеющие дети (ИЧБД) – это дети, болеющие острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) более 6 раз в год. Помимо высокой частоты заболеваний для них характерны их более продолжительное и тяжелое течение.

Кооперация – тип родительского отношения, отражающий социально желаемый образ родительского отношения. Содержательно раскрывается тем, что родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем ему помочь; высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка.

Конкретное понимание обмана – рассмотрение и анализ конкретного примера рассказываемых детьми случаев собственного обмана и обмана со стороны других.

Ложные убеждения – это психический процесс, при котором человек принимает представление о ситуации, не соответствующее реальному положению дел, но которое, несмотря на несогласование, детерминирует поведение человека. Фактически речь идет о предсказании действий человека, введенного в заблуждение.

Ложь – сознательное утверждение человеком неправды, или возражение тому, что соответствует действительности. Способами обмана могут быть высказывания (устные и письменные), мимика, жесты, молчание, действия, отсутствие действий и др. Ложь может быть прямой противоположностью правде (не черное, а белое) или являть собой частичное отступление от нее (преувеличение трудностей, приукрашивание своих заслуг, неискренние комплименты, подчеркнутое выполнение правил этикета и т.д.). Дети могут говорить неправду, не имея намерения обмануть, и верят в то, что так и есть на самом деле. Причиной лжи чаще всего бывает страх перед неприятностями разного рода (осуждение близких, унижение, неудача) или же стремление оправдаться, получить новую социальную роль. Намеренное искажение истины, неправда, обман.

Маленький неудачник – тип родительского отношения, отражающий особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких показателях в родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность; ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний.

Механизм «замкнутого круга» – механизм взаимоотношения психики и сомы, при котором нарушения, изначально возникшие в соматической (или психической) сфере вызывают реакции в психике (или соме), а последние затем выступают причиной дальнейших соматических (или психических) расстройств.

«Модель психического» («теория теорий») – актуальный современный подход к изучению генезиса понимания психического

других людей; способность к осознанию того, что другой имеет собственное видение мира, собственные мысли и эмоции, убеждения и намерения, которые могут отличаться от наших. С помощью этой способности мы делаем выводы о ментальных состояниях – представлениях, эмоциях, желаниях, намерениях и т. п., как собственных, так и других; не является врожденной, она конструируема на основе личного опыта взаимодействия с другими».

Намерение – предположение сделать что-нибудь, желание, замысел.

Ненамеренный обман – обман случайный, без умысла.

Неэффективное родительское отношение – родительское отношение, которое играет «особую» роль в формировании патологических новообразований в психической жизни и поведении детей. Это такое отношение, на основе которого у родителя и ребенка сформировался эмоционально-негативный фон взаимоотношений, трудности взаимопонимания.

Обман – «ложное, неверное сообщение, способное ввести в заблуждение того, кому оно адресовано»; «обман как действие субъекта», преследующего определенные интересы и «обман как результат» – действие, достигшее своей цели. Обман можно также обозначить как способ защиты интересов, достижения эгоистической цели. Но, несмотря на чрезвычайную вариативность средств и приемов обмана, все они, так или иначе, включают феномен полуправды, удобный для имитации подлинности. Создание неправильных представлений о чем-нибудь или ком-нибудь, введение в заблуждение, нарушение обещания. Обман осуществляется или словами или действиями, но может одновременно и тем и другим. Обман основан на неполноте информации, сообщаемой вводимому в заблуждение человеку. Обман родственен лжи – сознательному стремлению субъекта исказить истину. Обман – то же, что ложь. Действие, которым один человек вводит в заблуждение другого, делая это умышленно, без предварительного уведомления о своих целях и без отчетливо выраженной со стороны жертвы просьбы не раскрывать правды. Две основные формы обмана – умолчание и искажение. В первом случае обманщик скрывает истинную информацию, но не сообщает ложной. Во втором он предпринима-

ет некие дополнительные действия – не только скрывает правду, но и предоставляет ложную информацию, выдавая ее за истинную.

Общее понимание обмана – определение, понимание ребенком ситуации обмана, ситуации, содержащей компонент намеренной дезинформации.

Ортобиоз – это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

Отвращение – отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами (предметами, людьми, обстоятельствами), соприкосновение с которыми (физическое или коммуникативное) вступает в резкое противоречие с эстетическими, нравственными или идеологическими принципами и установками субъекта.

Относительно часто болеющие (ОЧБД) – это дети, болеющие острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) 4 – 5 раз в год.

Понимание ментальных феноменов в социальном взаимодействии и коммуникации – иерархические компоненты в развитии «модели психического», которая включает в себя владение: внутренним миром – необходимый компонент для способности планировать; моделью эмоций – когда индивид понимает, например, что кто-то еще страдает; понимание им эмоции других не означает понимания их убеждений и желаний; моделью внимания – когда индивид может понять, например, что кто-то еще может смотреть на что-то (способность не предполагает каких бы то ни было представлений о чем-то внутреннем мире); моделью намерений – способностью понимания объектной направленности, лежащей в основании индивидуального поведения; моделью психического других – способностью представлять убеждения и желания других; самосознанием – способностью представлять свой собственный внутренний мир, то есть размышлять о том, в чем сам убежден и чего сам хочешь.

Презрение – отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных отношениях и порождаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с таковыми объекта чувства. Последние представляются субъекту как низменные, не соответствующие принятым нравственным нормам и этическим критериям.

Принятие–отвержение – тип родительского отношения, отражающий эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы – родителю нравится ребенок таким, какой он есть, родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым.

Психогенное влияние – влияние болезни на психику человека, обусловленное наличием психологической реакции на факт заболевания и его последствия – астении, нарушений общего самочувствия.

Радость – положительная эмоция, связанная с возможностью достаточно полно удовлетворить актуальную потребность, вероятность чего до этого была невелика или неопределенна. Радость сопровождается самоудовлетворенностью и удовлетворенностью окружающим миром. Препятствия к самореализации радости являются препятствиями и для появления радости – вызывают печаль.

Родительское отношение – система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка и его поступков.

Симбиоз – тип родительского отношения, отражающий межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах можно судить о том, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком: старается удовлетворить все его потребности, слиться с ним воедино.

Смешанная стратегия распознавания обмана – стратегия распознавания обмана, при которой используемые стратегии (принятия, отрицания, адекватная стратегия распознавания обмана) представлены нечетко, вперемежку.

Соматогенное влияние – влияние болезни на психику человека, связанное с непосредственным влиянием на центральную нервную систему соматических вредностей – интоксикации, интенсивности болевых ощущений.

Социальная ситуация развития – это особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, типичное для каждого возрастного периода; обуславливает психическое развитие на данном этапе и возникающие психологические новообразования.

Стратегия отрицания обмана – стратегия распознавания обмана, при которой наблюдается преобладание ошибок при распознавании правды над ошибками при распознавании обмана (подразумевает склонность видеть в предлагаемом обман).

Стратегия принятия обмана – стратегия распознавания обмана, при которой наблюдается преобладание ошибок при распознавании обмана над ошибками при распознавании правды (подразумевает склонность принимать предлагаемое за правду).

Страх – отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможном ущербе для его жизненного благополучия, о реальной или воображаемой опасности. В отличие от страдания, вызываемого прямым блокированием важнейших потребностей, человек, переживая эмоцию страха, располагает лишь вероятностным прогнозом возможного неблагополучия и действует на основе этого прогноза (часто недостаточно достоверного или преувеличенного).

Стыд – отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании несоответствия собственных помыслов, поступков и внешности не только ожиданиям окружающих, но и собственным представлениям о подобающем поведении и внешнем облике.

Удивление – не имеющая четко выраженного положительного или отрицательного знака эмоциональная реакция на внезапно возникшие обстоятельства. Удивление тормозит все предыдущие эмоции, направляя внимание на новый объект, и может переходить в интерес.

Условия применения разных признаков распознавания обмана – аспект обмана, включающий две ситуации обмана, представленные в личном опыте ребенка – собственный обман и обман со стороны другого.

Успешность и способы распознавания обмана – аспект распознавания обмана, включающий анализ признаков и стратегий обмана.

Признаки – характеристики, учитываемые ребенком при распознавании обмана и подвергавшиеся контролю при собственном обмане: слова (то, что сказано), поведенческие проявления (улыбка, движения, взгляд, общее впечатление), знания (абстрактные и конкретные, связанные с данной ситуацией), контекст (особенности внешнего окружения во время или после обмана), индивидуальные особенности (пол и возраст); а также отождествление (приписывание своих представлений другому). **Стратегии** – проявляемая склонность к принятию или отрицанию ребенком предлагаемой информации; адекватной оценке и смешанной.

Фиксированные формы поведения – широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, стали уже неадекватными, но повторяются в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными. Вся наша жизнь проходит в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т. е. фиксированных формах поведения – застывших, косных или ригидных стереотипов.

Часто болеющие дети (ЧБД) – это группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за корригируемых отклонений в защитных системах организма при отсутствии стойких органических нарушений в них. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у часто болеющих детей не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями.

Эгоистический обман – это обман ради собственной выгоды. **Эгоистический** – проникнутый эгоизмом, себялюбием.

Эмоции – это психический процесс субъективного отражения наиболее общего отношения человека к предметам и явлениям действительности, к другим людям и самому себе относительно удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, целей и намерений. В узком смысле слова – это непосредственное, временное эмоциональное переживание какого-либо отношения человека к различным внешним или внутренним событиям.

Эффективное родительское отношение – родительское отношение, которое способствует полноценному развитию личности ребенка.

Научное издание

Валентина Оскаровна Штумф

РОЛЬ КОГНИТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ
ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНИКА
(НА ПРИМЕРЕ ПОНИМАНИЯ ФЕНОМЕНА ОБМАНА)
В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И РЕАЛИЗАЦИИ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Монография

Электронное издание

Редактор *Н.А. Агафонова*
Корректор *А.П. Малахова*
Верстка *Н.С. Хасанишина*

660049, Красноярск, ул. А. Лебедевой, 89.
Редакционно-издательский отдел КГПУ,
т. 217-17-52, 217-17-82

Подготовлено к изданию 05.09.2016
Усл. печ. л. 8,8