ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение………………………………………………………………….…..3

Глава 1 Понимание личностной зрелости женщины в современной психологии

* 1. Понятие личностной зрелости в психологической концепциях…....5

1.2 Социально-психологические роли женщины в современном обществе…………………………………………………………………….………19

1.3 Особенности детско- родительских отношений и их роль в развитии детей.....................................................................................................................21

Глава 2. Психологические аспекты аллергических заболеваний у детей

2.1 Понятие аллергии в современной медицине......................................25

2.2 Причины, особенности проявления и распространения аллергических заболеваний………………………………………………………………………..30

2.3 Психологические проблемы воспитания детей с аллергическими заболеваниями ……………………………………………………….…………...34

Выводы из теоретической части

Глава 3. Эмпирическое исследование личностной зрелости и субъективных переживаний женщин детей с аллергическим заболеванием

* 1. Характеристика исследования ……………………………..……..46

3.2.Характеристика методов и методик сбора эмпирического материала………………………………………………………………….………47

3.3.Математические методы обработки полученных результатов…….53

3.4.Характеристика группы испытуемых……………………………..…54

3.5.Полученные результаты и их обсуждение………………….………..55

Выводы из эмпирического исследования

Заключение……………….………………………………………….……..66

Список литературы…………………………………………….….………71

Приложение

Введение

**Введение**

*Актуальность исследования*. К настоящему времени имеются многочисленные подтверждения того, что на возникновение психосоматических расстройств большое влияние оказывают личностные особенности и эмоции человека. Распространенность эмоционально-личностных нарушений - существенный фактор увеличения психосоматических заболеваний (Э.Гельгорн, Дж.Луфборроу, Д.Н.Исаев, В.Д.Менделевич, Ю.С.Шевченко и др.).

К психосоматическим заболеваниям относятся и аллергические заболевания.

Аллергия – «болезнь цивилизации», давно принятая формула чрезвычайно важной медицинской и социальной проблемы современности.

Аллергия поражает до 20 - 40% населения, при этом заболеваемость аллергией еще не достигла максимума: только за последние 3 десятилетия каждые десять лет заболеваемость аллергией удваивалась! Во многих странах на «борьбу» с аллергией выделяются колоссальные деньги. В Австралии болезнь объявлена национальным бедствием.

Вне зависимости от конкретных причин, объясняющих такое катастрофическое положение, ясно, что распространение и рост аллергической заболеваемости зависят от изменения состояния окружающей среды, вызванного человеком.

Аллергические заболевания относятся к числу наиболее распространенных в детском возрасте. По данным последних эпидемиологических исследований, ими страдают до 15% детского населения, причем цифра эта растет с каждым годом. Наиболее высокая распространенность аллергических болезней отмечается среди детей, проживающих в крупных городах, особенно с высоким уровнем загрязнения воздушной среды химическими продуктами промышленного производства и автомобильного транспорта.

Аллергические заболевания, как правило, встречаются у людей с наследственной предрасположенностью, однако существует ряд факторов, которые увеличивают риск развития и усугубляют течение аллергии: экологические факторы, различные нарушения обмена веществ, неправильное питание, заболевания желудочно-кишечного тракта, расстройства психоэмоциональной сферы.

В последнее время симптомы появления аллергических заболеваний все больше связывают с негативными психоэмоциональными состояниями.

В настоящее время увеличилось число детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью, которые провоцируют психосоматические заболевания.

Сегодня, как никогда, широко осознается ответственность общества за воспитание подрастающего поколения. А эмоциональное развитие является одним из новых направлений не только в развитии личности, но и в поддержании здоровья подрастающего поколения.

Профилактика и лечение аллергических заболеваний у детей как в аспекте медицины, так и с точки зрения психологии, представляет собой сложную задачу, требующую индивидуального подхода, чтобы минимизировать возможные побочные эффекты, особенно нежелательные для растущего детского организма.

Проблема психологического состояния матери и ребенка-аллергика является одной из наиболее важных и сложных проблем психологии и педагогики, поскольку дает представление не только об общих закономерностях развития психики детей и ее отдельных сторон, но и об особенностях влияния психоэмоциональных состояний на психосоматические заболевания. Тем не менее, в последнее время еще не достает практических разработок и коррекционных программ, направленных на устранение психологических проблем, снижение негативных эмоций детей, страдающих аллергическими заболеваниями

*Объект исследования* – сфера субъективных переживаний матери.

*Предмет исследования* - взаимосвязь субъективного переживания аллергического заболевания ребенка и личностной зрелости матери

*Цель исследования* - выявить взаимосвязь субъективного переживания аллергического заболевания ребенка и личностной зрелости матери

*Задачи исследования* :

1. Обосновать диагностический инструментарий;
2. Выявить личностную зрелость испытуемых;
3. Определить особенности переживания аллергического заболевания ребенка матерями с различным уровнем личностной зрелости.

*Гипотезы исследования*:

- между субъективными переживаниями матерью аллергического заболевания ребенка и уровнем её личностной зрелости существует взаимосвязь;

- чем выше уровень личностной зрелости матери, тем гармоничнее ее эмоциональный контакт с ребенком-аллергиком.

*Методы исследования*:

Теоретические: теоретический анализ литературы по проблеме исследования и обобщение полученных данных;

Эмпирические:

1 Тест смысложизненной ориентации Д.А. Леонтьева

2 Тест экзистенциальных мотиваций (А. Лэнгле)

3 Тест родительско-детских отношений

4 Анкета «Отношение матери к болезни ребенка»

Математические: программы Exell, SPSS.

База исследования. Выборку исследования составили в общей сложности 40 человек, из которых 20 матерей и 20 детей старшего дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями. Все дети посещают Кесовская ООШ подготовительную группу. Возраст матерей от 19 до 42 лет.

**Глава 1 Понимание личностной зрелости женщины в современной психологии**

* 1. **Понятие личностной зрелости в психологической концепциях**

Многообразие подходов и взглядов на различные аспекты личностной зрелости отражено в философской, этической, психологической, психофизиологической, педагогической литературе. Превращение ребенка в юношу, а затем во взрослого человека, достижение зрелости в ходе развития и становления личности - сложный и драматический процесс, с огромным количеством по-разному осмысляемых факторов влияния: от генетики и физиологии до социальной политики, этики и экологии. Процессы развития и становления личности в юношеский период жизни были подвергнуты анализу известными зарубежными философами, психологами и педагогами с мировым именем, такими как Г. Гегель, А. Гезелл, Ж. Пиаже, И. Кант, З. Фрейд, А. Фрейд, Д. Холл. Изучению развития личности в разные периоды ее жизни посвящены многие исследования отечественных научных школ (Б.Г. Ананьев, В.М. Бехтерев, А.Н. Леонтьев, В.И. Несмелов и другие).

Понятие личности начало складываться уже в древности. Первоначально термин «личность» обозначал маску, которую надевал актёр древнего театра, затем самого актёра и его роль в представлении. Термин «личность» впоследствии стал обозначать реальную роль человека в общественной жизни. С развитием психологии в отдельную науку, личность стала являться одним из центральных объектов изучения, как в теоретической, так и прикладной психологии.

Проработкой особенностей личности, значимых для психологии, занимались множество зарубежных и отечественных ученых. В дальнейшем изложении мы приведем мнения лишь, некоторых наиболее крупных специалистов.

Так, «личность» по мнению А.Н. Леонтьева это психологическое образование особого типа, порождаемое жизнью человека в обществе. Соподчинение различных деятельностей создаёт основание личности, формирование которой происходит на протяжении всего цикла жизни человека. При этом такие геннообусловленные особенности человека как: физическая конституция, тип нервной системы, темперамент, динамические силы биологических потребностей, природные задатки, а также прижизненно приобретённые навыки, знания, умения, в том числе профессиональные к характеристике личности не относятся, а формируют индивидуальность человека, которая в свою очередь составляют предпосылки и условия формирования личности. Таким образом, личность – есть продукт интеграции процессов, осуществляющих жизненные отношения субъекта[[1]](#footnote-1). Научные разработки А.Н. Леонтьева стали основой для выработки общего подхода к личности в отечественной психологии.

Один из последователей А.Н. Леонтьева – советский ученый А.В. Петровский занимался развитием его подхода. Он, в частности, даёт следующее определение личности: «Личностью в психологии обозначается системное социальное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении и характеризующее уровень и качество представленности общественных отношений в индивиде»3. Таким образом, «личность»- это особое качество, которое приобретается индивидом в обществе, причём она неотторжима от системы социальных связей, в которую она включена. Личность воплощает в себе систему отношений, общественных по своей природе, которые вмещаются в сферу бытия индивида как его системное качество[[2]](#footnote-2).

Российский психолог (1889-1960 гг.) С.Л. Рубинштейн считал, что все психические процессы, с изучения которых начинается анализ психического содержания деятельности человека, протекают в личности, и каждый из них в своём реальном протекании зависит от неё.

Зависимость психических процессов от личности как индивидуальности выражается, в первую очередь, в индивидуально-дифференциальных различиях. Люди в зависимости от общего склада их индивидуальности различаются по типам восприятия и наблюдения, памяти, внимания (в смысле переключаемости). Индивидуальные различия проявляются в самом содержании воспринимаемого, запоминаемого, что особенно ярко выступает в избирательном характере запоминания и забывания.

Зависимость психических процессов от личности выражается, во-вторых, в том, что они, как показал анализ, не имея самостоятельной линии, зависят от общего развития личности. Тот факт, что психические процессы человека суть проявления личности, выражается, в третьих, в том, что у человека они не остаются только процессами, совершающимися самотёком, а превращаются в сознательно регулируемые действия или операции, которыми личность как бы овладевает и которые она направляет на разрешение встающих перед ней в жизни задач.

Другой ученый – А.Г. Ковалев, определил личность как сложное, многогранное явление общественной жизни, звено в системе общественных отношений. Личность является продуктом общественно-исторического развития, с одной стороны, и деятелем общественного развития – с другой. Личность – созидатель общественного богатства. Личность – сознательное существо, оно может выбирать из многих возможных тот или иной образ жизни: смиряться или бороться против несправедливости, отдавать все силы обществу или жить только личными интересами. Всё это зависит не только от общественного положения человека, но и от уровня осознания им объективных закономерностей и потребностей общественного развития[[3]](#footnote-3).

А.Г. Асмолов рассматривал личность с точки зрения проблемы соотношения биологического и социального в человеке[[4]](#footnote-4).

Таким образом, исходя из всех приведенных мнений, можно выделить синтезированное понятие, согласно которому личность характеризуется как особое качество, приобретаемое индивидом в совокупности общественных по своей природе отношений (А.Н.Леонтьев), при этом личность характеризует индивида со стороны его связей с другими индивидами (А.В.Петровский), в общении с другими людьми.

В зарубежной психологии определению понятия личность, также уделялось довольно большое влияние:

- «личность» по определения американского ученого У.Джеймса (1842-1910), возникает как взаимодействие инстинктивных и привычных граней сознания, а также личных волевых аспектов. Патологии, персональные различия, стадии развития, тенденции самоактуализации и всё остальное – это реорганизация основных «строительных» блоков, предоставленных природой;

- Г.У. Олпорт (1897-1967), американец, который впервые дал теоретическую характеристику чертам личности сформулировал известное определение личности: «личность есть динамическая организация тех психофизических систем в индивиде, которые определяют его поведение и мышление»;

- в работах ученых В.Мак-Дугалла, и А.Адлера, личность трактовалась как ансамбль иррациональных бессознательных влечений;

- в рамках концепции «бихевиоризма», личность не рассматривалась вообще, заменяемая механической схемой «стимул – реакция»;

- американский психолог В.Джеймс писал, что личность «в наиболее широком смысле – есть общий итог того, что человек может назвать своим, т.е. не только собственное тело и собственные психические силы, но и принадлежащие ему дом, жену, детей, предков, друзей, свою добрую славу и творческие произведения, поземельную собственность, лошадей, яхту и текущий счёт». Отсюда – потеря личности ведет к потере определенных составляющих личности;

- согласно З. Фрейду, личность есть замкнутая в себе биологическая индивидуальность, живущая в обществе и испытывающая его влияния, но противостоящая ему. Оказывается, что источником активности личности являются подсознательные влечения: сексуальные и влечения к смерти, проявляющиеся роковым образом. Соответственно смысл жизни состоит в удовлетворении этих изначальных биологических влечений. Общественное развитие, цивилизация с её многочисленными моральными запретами, по Фрейду, оказывается, вредят нормальному развитию человеческой личности, являются источниками её неврозов;

- Личность, по Юнгу, включает три основные системы: Эго, личное бессознательное и коллективное бессознательное. При этом, Эго – это центр сознания, представляющий собой часть души (личности), включающей чувства, ощущения, воспоминания, мысли и всё то, что позволяет человеку чувствовать свою целостность и осознавать свою идентичность. Личное бессознательное – это структура, включающая в себя, вытесненные воспоминания, чувства, переживания и комплексы. Коллективное бессознательное – по Юнгу, представлено архетипами, являющимися универсальными общечеловеческими моделями восприятия, содержащими значительный эмоциональный элемент. Юнг впервые предложил две психологические установки, или ориентации личности: экстраверсия и интроверсия. У каждого человека присутствуют обе установки, но одна из них является доминирующей. Экстраверсия – направленность вовне, к внешнему миру, к другим людям. Интроверсия – направленность внутрь себя, в свой внутренний мир[[5]](#footnote-5).

Таким образом, в зарубежной науке, понятие «личность» также получило широкое развитие, причем в западной школе психологии, по поводу сущности личности, было и есть гораздо больше мнений.

В целом, и в отечественной и зарубежной науке (по крайней мере, в большей части из имеющихся мнений), понятие «личность» можно свести к одному общему знаменателю. Итак, личность в психологии – это совокупность выработанных привычек и предпочтений, психический настрой и тонус, социокультурный опыт и приобретённые знания, набор психофизических черт и особенностей человека, его архетип, определяющие повседневное поведение и связь с обществом и природой. В ряде случаев, личность понимается следствие проявления «поведенческих масок», выработанных для разных ситуаций и социальных групп взаимодействия.

Развитие человека как личности происходит в общем контексте его «жизненного пути» (С. Л. Рубинштейн), который определяется как история «формирования и развития личности в определенном обществе, развития человека как современника определенной эпохи и сверстника определенного поколения». По Б.Г.Ананьеву, жизненный путь имеет определенные фазы, связанные с изменениями в образе жизни, системе отношений, жизненной программе и т. д. «Фазы жизненного пути накладываются на возрастные стадии онтогенеза, причем в такой степени, что в настоящее время некоторые возрастные стадии обозначаются именно как фазы жизненного пути, например преддошкольное, дошкольное и школьное детство»[[6]](#footnote-6).

Развитие личности как процесс «социализации индивида» осуществляется в определенных социальных условиях семьи, ближайшего окружения, в определенных социально-политических, экономических условиях региона, страны, в этносоциокультурных, национальных традициях того народа, представителем которого он является. Это макроситуация личностного развития.

В то же время на каждой фазе жизненного пути, как подчеркивал Л. С. Выготский, складываются определенные социальные ситуации развития как своеобразное отношение ребенка к окружающей его социальной действительности. По Л. С. Выготскому, социальная ситуация развития «определяет целиком и полностью те формы и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые свойства личности, черпая их из социальной действительности как из основного источника развития, тот путь, по которому социальное становится индивидуальным»[[7]](#footnote-7).

Жизненный путь — история формирования и развития личности в определенном обществе, развития человека как современника определенной эпохи и сверстника определенного поколения.

Социальная ситуация развития, включающая систему отношений, различные уровни социального взаимодействия, различные типы и формы деятельности, рассматривается в качестве основного условия личностного развития. Эта ситуация может быть изменена человеком подобно тому, как он старается изменить свое место в окружающем мире, осознав, что оно не соответствует его возможностям. Если этого не происходит, то возникает открытое противоречие между образом жизни ребенка и его возможностями (А. Н. Леонтьев).

Согласно А. В. Петровскому, сама социальная ситуация развития, или шире — социальная среда, может быть стабильной или изменяющейся, что означает относительную стабильность и изменения в той социальной общности, в которой находится ребенок, человек[[8]](#footnote-8).

Вхождение ребенка как социального существа в жизнь этой общины предполагает прохождение трех фаз: адаптации к действующим в этой общности нормам, формам взаимодействия, деятельности; индивидуализации как удовлетворения «потребности индивида в максимальной персонализации» и интеграции личности в этой общности.

Если индивидуализация характеризуется «поиском средств и способов для обозначения своей индивидуальности», с тем чтобы снять противоречие между этим стремлением и результатом адаптации («стал такой же, как все в общности»), то интеграция «детерминируется противоречиями между сложившимся на предыдущей фазе стремлением субъекта быть идеально представленным своими особенностями и значимыми для него отличиями в общности и потребностью общности принять, одобрить и культивировать лишь те демонстрируемые им индивидуальные особенности, которые ей импонируют, соответствуют ее ценностям, способствуют успеху совместной деятельности и т. д.» (Петровский А. В., 1984). Совместная деятельность, осуществляемая в рамках ведущей деятельности, заданной «конкретной социальной ситуацией развития, в которой совершается его (ребенка) жизнь» (А. Г. Асмолов), является одним из основных условий развития личности в любой социальной ситуации.

Адаптация, индивидуализация, интеграция (по А. В. Петровскому) выступают как механизмы взаимодействия человека и общности, механизмы его социализации и личностного развития, которое происходит в процессе разрешения возникающих в этом взаимодействии противоречий. Личностное развитие человека соотносится с формированием его самосознания, образа «Я» («Я»-концепции, «Я»-системы), с изменением сферы потребностей и мотиваций, направленности как системы отношений, с развитием личностной рефлексии, механизма самооценки.

Однако помимо рассмотрения проблемы развития личности с позиции той или иной теории существует тенденция к интегрированному, целостному рассмотрению личности с позиций разных теорий и подходов. В рамках данного подхода сфор­мировалось несколько концепций, принимающих во внимание согласованное, системное формирование и взаимозависимое преобразование всех сторон лично­сти. Данные концепции развития относят к интегративным концепциям.

Одной из таких концепций стала теория, принадлежащая американскому пси­хологу Э. Эриксону, который в своих взглядах на развитие придерживался так называемого *эпигенетического принципа:* генетической предопределенности ста­дий, которые в своем личностном развитии обязательно проходит человек от рож­дения до конца своих дней.

Таблица 1

Стадии развития личности (по Э.Эриксону)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия развития | Нормальная линия развития | Аномальная линия развития |
| 1. Раннее младенче­ство (от рождения до 1 года) | Доверие к людям. Взаимная любовь, привязанность, взаимное признание родителей и ребенка, удовлетворе­ние потребностей детей в общении и других жизненно важных потребно­стей | Недоверие к людям как результат плохого обращения матери с ребен­ком, игнорирование, пренебрежение им, лишение любви. Слишком ран­нее или резкое отлучение ребенка от груди, его эмоциональная изоляция |
| 2. Позднее младен­чество (от 1 года до 3 лет) | Самостоятельность, уверенность в себе. Ребенок смотрит на себя как на самостоятельного, отдельного, но еще зависимого от родителей чело­века | Сомнения в себе и гипертрофиро­ванное чувство стыда. Ребенок ощу­щает свою неприспособленность, со­мневается в своих способностях. Ис­пытывает лишения, недостатки в развитии элементарных двигатель­ных навыков, например хождения. У него слабо развитая речь, имеется сильное желание скрыть от окружа­ющих людей свою ущербность |
| 3. Раннее детство (около 3-5 лет) | Любознательность и активность. Живое воображение и заинтересо­ванное изучение окружающего ми­ра, подражение взрослым, включе­ние в полоролевое поведение | Пассивность и безразличие к людям. Вялость, отсутствие инициативы, инфантильное чувство зависти к дру­гим детям, подавленность и уклон­чивость, отсутствие признаков по-лоролевого поведения |
| 4. Среднее детство (от 5 до 11 лет) | Трудолюбие. Выраженное чувство долга и стремление к достижениям успехов. Развитие познавательных и коммуникативных умений и навы­ков. Постановка перед собой и реше­ние реальных задач. Активное усво­ение инструментальных и предмет­ных действий, ориентированность на задачу | Чувство собственной неполноцен­ности. Слаборазвитые трудовые на­выки. Избегание сложных заданий, ситуаций соревнования с другими людьми. Острое чувство собствен­ной неполноценности, обреченности на то, чтобы всю жизнь оставаться посредственностью. Ощущение «за­тишья перед бурей», или периодом половой зрелости. Комформность, рабское поведение. Чувство тщетно­сти прилагаемых усилий при реше­нии разных задач |
| 5. Половое созрева­ние, подростковый возраст и юность (от 11 до 20 лет) | Жизненное самоопределение. Разви­тие временной перспективы — пла­нов на будущее. Самоопределение в вопросах: каким быть? и кем быть? Активный поиск себя и эксперимен­тирование в разных ролях. Учение. Четкая половая поляризация в фор­мах межличностного поведения. Становление мировоззрения. Взя­тие на себя лидерства в группах сверстников и подчинение им при необходимости | Путаница ролей. Смещение и сме­шение временных перспектив: появ­ление мыслей не только о будущем и настоящем, но и о прошлом. Кон­центрация душевных сил на самопо­знании, сильно выраженное стрем­ление разобраться в самом себе в ущерб развитию отношений с внеш­ним миром и людьми. Полоролевая фиксация. Потеря трудовой актив­ности. Смешение форм полоролево-го поведения, ролей в лидировании. Путаница в моральных и мировоз­зренческих установках |
| 6. Ранняя взрослость (от 20 до 45 лет) | Близость к людям. Стремление к контактам с людьми, желание и спо­собность посвятить себя людям. Рождение и воспитание детей, лю­бовь и работа. Удовлетворенность личной жизнью | Изоляция от людей. Избегание лю­дей, особенно близких, интимных отношений с ними. Трудности ха­рактера, неразборчивые отношения и непредсказуемое поведение. Не­признание, изоляция, первые сим­птомы отклонений в психике, ду­шевных расстройств, возникающих под влиянием якобы существующих и действующих в мире угрожающих сил |
| 7. Средняя взрос­лость (от 40-45 до 60 лет) | Творчество. Продуктивная и твор­ческая работа над собой и с другими людьми. Зрелая, полноценная и раз­нообразная жизнь. Удовлетворен­ность семейными отношениями и чувство гордости за своих детей. Обучение и воспитание нового по­коления | Застой. Эгоизм и эгоцентризм. Не­продуктивность в работе. Ранняя инвалидность. Всепрощение себя и исключительная забота о самом себе |
| 8. Поздняя взрос­лость (свыше 60 лет) | Полнота жизни. Постоянные разду­мья о прошлом, его спокойная, взве­шенная оценка. Принятие прожитой жизни такой, какая она есть. Ощу­щение полноты и полезности про­житой жизни. Способность прими­риться с неизбежным. Понимание того, что смерть не страшна | Отчаяние. Ощущение того, что жизнь прожита зря, что времени оста­лось слишком мало, что оно бежит слишком быстро. Осознание бес­смысленности своего существова­ния, потеря веры в себя и в других людей. Желание прожить жизнь за­ново, стремление получить от нее больше, чем было получено. Ощу­щение отсутствия в мире порядка, наличия в нем недоброго неразумно­го начала. Боязнь приближающейся смерти |

Процесс социализации неразрывно связан с общением и совместной деятель­ностью людей. Вместе с тем в отечественной психологии социализация не рассматривается как механическое отражение непосредственно испытанного или полученного в результате наблюдения социального опыта.

Акцентируя внима­ние на возможности именно *одновременного* существования социализации и как целенаправленного и как нерегулируемого процесса, А. А. Реан поясняет это с по­мощью следующего примера. Все мы прекрасно знаем, что на уроке в школе при­обретаются важные знания, многие из которых (особенно по гуманитарным дис­циплинам) имеют непосредственное социальное значение.

Следует отметить, что в рамках концепции Б. Г. Ананьева социализация рассматривается как двунаправленный процесс, означающий становление человека как личности и как субъекта деятельности. Конечной целью подобной социализации является формирование индивидуальности. Под индивидуализацией при этом понимается процесс развития конкретной личности.

При рассмотрении проблемы развития личности соотношение социализации и индивидуализации человека вызывает много споров. Суть данных споров заклю­чается в том, что одни психологи утверждают, что социализация мешает раскрытию творческих возможностей человека, другие же полагают, что индивидуализация личности — это негативная черта, которая должна быть компенсирована процес­сом социализации. Как отмечает А. А. Реан, социализацию не следует рассматри­вать как процесс, ведущий к нивелированию личности, индивидуальности чело­века, и как антипод индивидуализации. Скорее наоборот, в процессе социализа­ции и социальной адаптации человек обретает свою индивидуальность, чаще всего сложным и противоречивым образом. Социальный опыт, лежащий в основе про­цесса социализации, не только усваивается, но и активно перерабатывается, ста­новясь источником индивидуализации личности.

Таким образом, мы считаем целесообразным опереться на концепцию развития личности А.В. Петровского, в которой адаптация, индивидуализация, интеграция выступают как механизмы взаимодействия человека и общности, механизмы его социализации и личностного развития, которое происходит в процессе разрешения возникающих в этом взаимодействии противоречий. Личностное развитие человека соотносится с формированием его самосознания, образа «Я» («Я»-концепции, «Я»-системы), с изменением сферы потребностей и мотиваций, направленности как системы отношений, с развитием личностной рефлексии, механизма самооценки.

Онтогенетические рамки зрелости довольно условны и чаще всего определяются либо началом периода юности (по критериям психосоциального и физического созревания ведущих психических функций), либо завершением юности и переходом к взрослости (по критериям конструктивного решения личностью различных жизненных проблем на пути к самореализации), либо по степени успешного проявления социальной и профессиональной компетентности (по критериям личной ответственности и способностей к выполнению социальных и профессиональных функций). Человек в своем онтогенетическом развитии проходит не одну стадию, но достижение «общей зрелости» приходится как раз на юношеский период (от 16 до 22 лет). В ходе ее достижения проявляются по крайней мере три вида динамики: обусловленная ростом ведущих смысловых структур психики; связанная с преодолением мотивационно-смысловых барьеров в отношениях и поведении, наконец, внутриличностная смысловая динамика, связанная с внутренним самоопределением позиций личности в окружающем мире. Каждый тип динамики в самореализации личности определяет ее особенности, обусловлен спецификой взаимодействия личностно-ситуативных и мотивационно-смысловых механизмов, детерминирующих в итоге достижение зрелости. Процесс успешного достижения зрелости в юношеском возрасте в целом детерминирован, прежде всего, смысложизненными и ценностными ориентациями личности. Это проявляется в метаценностях (по А. Маслоу) и смысле жизни (по Д.Н. Леонтьеву), имеет событийное опосредование (по С.Л. Рубинштейну) и активно деятельную направленность личного жизненного пути (по Б.Г. Ананьеву).

Таким образом, личностная зрелость - распредмеченная форма целей человеческой деятельности, где мотивационные и смысловые факторы играют функциональную роль в процессе ее достижения. Анализ многочисленной психолого-педагогической литературы позволяет констатировать, что ни один момент психологии юношеского возраста не привлекает к себе такого внимания, какое в течение многих лет уделяется вопросам Я-концепции, самооценке и идентичности (У. Джеймс, К. Роджерс, Э. Эриксон и др.). «Открытие Я» - не одномоментное и пожизненное приобретение, а целая серия последовательных открытий, каждое из которых предполагает предыдущие и вместе с тем вносит в них коррективы. Изучение свойств самосознания, адекватности самооценок, структуры и функций «образа Я» представляет не только теоретический, но и практический интерес в связи с формированием жизненной позиции личности (К.А. Абульханова-Славская, П.И. Гуревич, Д.И. Фельдштейн, К. Ясперс).

Анализ зарубежной и отечественной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования позволяет утверждать, что личностная зрелость рассматривается педагогами и психологами как интегральное, социально-психологическое, когнитивное, оценочно-эмоциональное и действенно-поведенческое образование личности, отражающее степень интериоризации ею общественных ценностей во внутреннем плане в процессе самостановления. Человек становится личностью в той мере и в том качестве своего развития, в какой система его потребностей, мотивов и ценностных ориентаций соответствует (или не соответствует) требованиям того общества и той культуры, к которой он принадлежит (В.М. Розин).

В итоге выявлено, что личностную зрелость можно рассматривать и как состояние, характеризующее определенный уровень личностного развития индивида, результат социализации, в ходе которой он интериоризирует общественные ценности и образцы поведения и адекватно исполняет роли взрослого члена общества.

**1.2 Социально-психологические роли женщины в современном обществе**

Функции семьи глубоко историчны, тесно связаны с социально-экономическими условиями жизнедеятельности общества, поэтому с течением времени меняется как характер функций, так и их иерархия. Основные типы функций современной семьи рассматриваются в связи с основными сферами ее жизнедеятельности. Значительную часть этих функций выполняет женщина. Рассмотрим распределение семейных функций между мужчиной и женщиной более подробно.

Репродуктивная роль - это биологическое воспроизводство общества и одновременно удовлетворение потребностей в детях. Это естественный биологический процесс продолжения жизни, в которой участвуют как женщина, так и мужчина.

Экономическая роль выполняется обоими родителями, если это полная семья, или женщиной (чаще всего) при наличии неполной семьи. Воспроизводство рода не означает только выполнение функций деторождения в ее социальном содержании. Необходимо также воспроизводство средств к жизни, реализация потребностей в питании, одежде, жилище и др.

Воспитательная роль, чаще всего выполняемая женщиной, обеспечивает социализацию личности подрастающего поколения, поддержание на определенном уровне культуры общества и удовлетворение индивидуальных потребностей в родительстве, контактах с детьми, их воспитании, самореализации родителей в своих детях. Воспитание -- это прежде всего адаптация ко всей совокупности общественных ценностей, формирование жизненных позиций.

Хозяйственно-бытовая роль - удовлетворение потребностей в пище, одежде, жилище, восстановлении сил, поддержание здоровья, уход за детьми, совместная деятельность членов семьи по производству предметов потребления и услуг или получение их от отдельных ее членов. Эту функцию практически выполняет женщина, что накладывает отпечаток на ее социальный статус в семье, в основе которого лежит ее подчиненное положение, несмотря на профессиональную подготовку, занятость на общественном производстве. Культура домашних отношений воспитывается на основе общих принципов этики и эстетики нашего общества.

Роль первичного социального контроля - моральная регламентация поведения членов семьи в различных сферах жизнедеятельности, а также ответственность и обязательность в отношениях между супругами, родителями и детьми, представителями старшего поколения. Эта функция также выполняется в первую очередь женщинами.

Досуговая роль - ее главная цель - общение, поддержание гармонии в семье между ее членами. Эта функция предполагает организацию рационального досуга при одновременном социальном контроле, взаимное обогащение. Проведение праздников, вечеров отдыха, туристских походов, чтение художественной и научной литературы, просмотр телепередач, прослушивание радио, посещение кино, театров, музеев и др.

Сексуальная роль - соответствующий контроль за нравственной стороной интимных отношений членов семьи (супругов) при воспитании у индивида реальных представлений об интимных отношениях[[9]](#footnote-9).

Таким образом, мы можем подчеркнуть многофункциональную роль женщины в современной семье.

* 1. **Особенности детско- родительских отношений и их роль в развитии детей**

В клинически ориентированной литературе описана обширная феноменология родительских отношений (позиций), стилей воспитания, а также их следствий — формирования индивидуальных характерологических особенностей ребенка в рамках нормального или отклоняющегося поведения (Р.О. Овчаров, Л.Д. Мищеряков, Д.Б. Пахаревский, Р.О. Яковлева и др.).

С. Броди выделила четыре типа материнского отношения.

1. Матери первого типа легко и органично приспосабливались к потребностям ребенка. Для них характерно поддерживающее, разрешающее поведение. Интересно, что самым показательным тестом того или иного материнского стиля была реакция матери на приучение ребенка к туалету. Матери первого типа не ставили себе задачу к определенному возрасту приучить ребенка к навыкам опрятности. Они ждали, пока ребенок сам «дозреет».

2. Матери второго типа сознательно старались приспособиться к потребностям ребенка. Не всегда успешная реализация этого стремления вносила в их поведение напряженность, недостаток непосредственности в общении с ребенком. Они чаще доминировали, а не уступали.

3. Матери третьего типа не проявляли большого интереса к ребенку. Основу материнства составляло чувство долга. В отношениях с ребенком почти не было теплоты и совсем не было спонтанности. В качестве основного инструмента воспитания такие матери применяли жесткий контроль, например, последовательно и сурово старались приучить ребенка полутора лет к навыкам опрятности.

4. Матери четвертого типа поведения характеризуются непоследовательностью. Они вели себя неадекватно возрасту и потребностям ребенка, допускали много ошибок в воспитании, плохо понимали своего ребенка. Их прямые воспитательные воздействия, так же как и реакция на одни и те же поступки ребенка, были противоречивыми[[10]](#footnote-10).

По мнению С. Броди, наиболее вредным для ребенка оказывается четвертый стиль материнства, так как постоянная непредсказуемость материнских реакций лишает ребенка ощущения стабильности окружающего мира и провоцирует повышенную тревожность. В то время как сензитивная, принимающая мать (первого типа), безошибочно и своевременно реагирующая на все требования маленького ребенка, как бы создает у него бессознательную уверенность в том, что он может контролировать действия других и достигать своих целей.

А. Болдуин выделил два стиля практики родительского воспитания — демократический и контролирующий[[11]](#footnote-11).

Демократический стиль определяется следующими параметрами: высоким уровнем вербального общения между детьми и родителями; включенностью детей в обсуждение семейных проблем, учетом их мнения; готовностью родителей прийти на помощь, если это потребуется, одновременно верой в успех самостоятельной деятельности ребенка; ограничением собственной субъективности в видении ребенка.

Контролирующий стиль включает значительные ограничения поведения детей: четкое и ясное разъяснение ребенку смысла ограничений, отсутствие разногласий между родителями и детьми по поводу дисциплинарных мер.

Д. Боумрин в цикле исследований попытался преодолеть описательность предшествующих работ, вычленив совокупность детских черт, связанных с фактором родительского контроля. Были выделены три группы детей[[12]](#footnote-12).

Компетентные — с устойчиво хорошим настроением, уверенные в себе, с хорошо развитым самоконтролем собственного поведения, умением устанавливать дружеские отношения со сверстниками, стремящиеся к исследованию, а не избеганию новых ситуаций.

Избегающие — с преобладанием уныло-грустного настроения, трудно устанавливающие контакты со сверстниками, избегающие новых и фрустрационных ситуаций.

Незрелые — неуверенные в себе, с плохим самоконтролем, с реакциями отказа во фрустрационных ситуациях.

Автор выделил также четыре параметра изменения родительского поведения, ответственных за описанные паттерны детских черт.

В. И. Гарбузов с соавторами выделили три типа неправильного воспитания, практикуемых родителями детей, больных неврозами. Воспитание по типу А (неприятие, эмоциональное отвержение) — неприятие индивидуальных особенностей ребенка, попытки «улучшения», «коррекции» врожденного типа реагирования, сочетающиеся с жестким контролем, регламентацией всей жизни ребенка, с императивным навязыванием ему единственно «правильного» типа поведения. В отдельных случаях неприятие может проявляться в крайней форме — реального отказа от ребенка, помещения его в интернат, психиатрическую больницу и т. д. Наряду с жестким контролем воспитания тип А может сочетаться с недостатком контроля, равнодушием к распорядку жизни ребенка, полным попустительством.

Воспитание по типу Б (гиперсоциализирующее) выражается в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социальном статусе среди товарищей; и особенно в школе, ожидании успехов в учебе и будущей профессиональной деятельности. Такие родители стремятся к многопрофильному обучению и развитию ребенка (иностранные языки, рисование, музыка, фигурное катание, технические и спортивные кружки и т. д.), однако вовсе не учитывают или недооценивают реальные психофизические особенности и ограничения ребенка.

Воспитание по типу В (эгоцентрическое) — «кумир семьи», «маленький», «единственный», «смысл жизни» — культивирование внимания всех членов семьи на ребенке, иногда в ущерб другим детям или членам семьи.

Наиболее патогенным оказывается воздействие неправильного воспитания в подростковом возрасте, когда фрустрируются базовые потребности этого периода развития — потребности в автономии, уважении, самоопределении, достижении наряду с сохраняющейся, но уже более развитой потребностью в поддержке и присоединении (семейном «мы»).[[13]](#footnote-13)

Существенный вклад в развитие проблемы влияния поведения и отношений родителей на поведение ребенка внесла Л. Беньямин. Разработанная ею, и хорошо экспериментально обоснованная модель взаимоотношений в диаде «родитель — ребенок» позволяет не только характеризовать поведение каждого из них, но и учитывать наличествующий тип взаимоотношений. Согласно этой модели, связь между поведением родителей и поведением ребенка не однозначна: ребенок может реагировать на одно и то же поведение родителей, по крайней мере, двумя способами. Так, он может отвечать на родительское поведение «дополнительно», т. е. инициативой на предоставление самостоятельности, бегством на преследование, но он может отвечать на родительское поведение и «защитно», — например, в ответ на отвержение ребенок может пытаться вести себя с родителями так, как будто те любят его и внимательны к нему, и тем самым как бы приглашать родителей изменить их поведение по отношению к нему[[14]](#footnote-14).

**Глава 2. Психологические аспекты**

**аллергических заболеваний у детей**

**2.1 Понятие аллергии в современной медицине**

Аллергия (др.-греч. ἄλλος — «другой, иной, чужой» и ἔργον — «воздействие») — сверхчувствительность иммунной системы организма при повторных воздействиях аллергена на ранее сенсибилизированный этим аллергеном организм.

Термин «аллергия» был введён венским педиатром Клеменсом Фон Пирке в 1906 г. Он заметил, что у некоторых из его пациентов наблюдаемые симптомы могли быть вызваны определёнными веществами (аллергенами) из окружающей среды, такими, как пыль, пыльца растений или некоторые виды пищи. На протяжении долгого времени считалось, что гиперчувствительность развивается в связи с нарушением функции иммуноглобулинов Е, однако впоследствии стало ясно, что многочисленные механизмы с участием различных химических веществ вызывают появление множества симптомов, ранее классифицированных как «аллергия».

P. G. H. Gell и R. R. A. Coombs выделили 4 основных типа реакций гиперчувствительности. На сегодняшний день известно 5 типов реакций гиперчувствительности. Термин аллергия был сохранён за первым типом реакций, характеризующимся классическими эффектами опосредованными IgE[[15]](#footnote-15).

К аллергии относятся иммунные реакции (реакции гиперчувствительности I типа), при которых в организме человека вырабатываются антитела (иммуноглобулины Е) для специфических белков. Когда эти вещества приводят к гиперсенсибилизации организма, они называются аллергенами. Здесь нужно уметь различать аллергию и аутоимунную реакцию: аутоиммунный процесс возникает тогда, когда обычные ткани организма оказываются изменены под действием каких-то повреждающих факторов таким образом, что в белках этих тканей появляются и открываются антигенные детерминанты и происходит сенсибилизация к приобретённым аутоантигенам .

Первый тип гиперчувствительности характеризуется чрезмерной активацией тучных клеток (мастоцитов) и базофилов иммуноглобулинами Е(IgE), переходящей в общий воспалительный ответ, который может привести к различным симптомам, как доброкачественным, например, насморк, зуд, так и опасным для жизни — анафилактический шок, отёк Квинке.

Аллергия — часто встречающаяся болезнь. Многочисленные данные свидетельствуют о существовании наследственной предрасположенности к аллергии. Так, родители, страдающие аллергией, подвержены большему риску иметь ребёнка с той же патологией, чем здоровые пары. Однако строгого соответствия гиперчувствительности по отношению к определённым аллергенам между родителями и детьми не наблюдается.

В некоторых случаях аллергические заболевания у детей провоцируются изменениями микрофлоры кишечника, то есть дисбактериозом. При дисбактериозе целостность кишечного тканевого барьера нарушается, вследствие чего в кровь поступают непереваренные аллергены (например, фрагменты белков). Дисбактериоз у детей может быть причинойатопического дерматита, пищевой аллергии, экземы, бронхиальной астмы.

Аллергия характеризуется общим или местным воспалительным ответом на аллергены. Местные симптомы имеют особенности. Нос: отёк слизистой носа (аллергический ринит); глаза: покраснение и боли в области конъюнктивы (аллергический конъюнктивит); верхние дыхательные пути: бронхоспазм, свистящее дыхание, и одышка, иногда возникают истинные приступы астмы; уши: чувство полноты, возможны боль и снижение слуха из-за снижения дренажа евстахиевой трубы; кожа: различные высыпания; возможны: экзема, крапивница и контактный дерматит. типичные места локализации раздражений при пищевом пути проникновения аллергена: локтевые сгибы (симметрично), живот, пах; голова: иногда головная боль, которая встречается при некоторых типах аллергии.

Систематический аллергический ответ так же называется анафилаксией. В зависимости от уровня выраженности он может вызывать кожные реакции, бронхоспазм, отёк, гипотонию, кому и даже смерть. Сенная лихорадка и луговой дерматит — примеры часто встречающейся легкой аллергической реакции. Данным заболеванием страдает большое количество людей. Оно возникает при контакте сенсибилизированного человека с переносимой по воздуху пыльцой. Астматики страдают аллергией, вызванной частицами пыли. Помимо аллергенов из окружающей среды, некоторые медикаменты так же могут вызывать аллергические реакции.

Наиболее важным моментом в профилактике аллергических реакций является устранение контакта с аллергенами из окружающей среды. Медикаментозное лечение аллергии довольно ограничено. Так как на протяжении уже довольно длительного периода времени поиски эффективного метода лечения аллергии так и не принесли очевидного результата, следует признать, что современная медицина пока не проникла в суть аллергии, процесса её возникновения и развития.

Гипосенсибилизация и десенсибилизация — специфические формы иммунотерапии при которой пациент постепенно вакцинируется нарастающими дозами специфического антигена. Это может привести как к снижению тяжести, так и к полной ликвидации гиперчувствительности. Суть метода состоит в стимуляции секреции IgG («блокирующие антитела»), которые связывают попавший в организм антиген до того, как он прореагирует с IgE (секретируемые в избытке при гиперчувствительности I типа) и тем самым предотвращают развитие аллергической реакции.

Другая форма иммунотерапии включает внутривенные инъекции моноклональных антител анти-IgE, которые связывают свободные IgE и IgE на поверхности лимфоцитов В, что служит сигналом к разрушению IgE. Они не связываются с IgE, фиксированными на поверхности базофилов и мастоцитов посредством Fc рецепторов, в противном случае они вызвали бы развитие аллергической реакции. Первым агентом из этой группы является омализумаб (omalizumab). Такие инъекции делаются регулярно, при этом дозу постоянно увеличивают. При проведении иммунотерапии в течение нескольких месяцев 2 раза в неделю следует посещать врача. Доза препарата повышается с каждым разом до тех пор, пока не установится точная доза лекарства. Если инъекции помогают, то посещение врача должно быть каждые 2-4 недели в течение нескольких лет. В это время симптомы аллергии будут более слабыми, менее частыми и аллергия может совсем пройти[[16]](#footnote-16).

Некоторые лекарственные препараты обладают свойством блокировать действие медиаторов аллергии, предотвращая активацию клеток и процесс дегрануляции. К ним относятся антигистаминные препараты, кортизон, эпинефрин (адреналин), теофиллин и кромогликат натрия. Эти лекарственные препараты снижают проявление симптомов аллергии, но практически не используются в её продолжительном лечении. Они могут применяться в целях скорой помощи страдающим анафилаксией. Потому пациенты чувствительные к укусам насекомых, орехам, моллюскам и пр. обычно носят с собой шприц с разовой дозой адреналина.

При аллергических заболеваниях иногда проводят курс лечения малыми, нарастающими дозами гистамина. Предполагают, что организм при этом приобретает устойчивость к гистамину и этим уменьшается предрасположение к аллергическим реакциям. Также существует способ индивидуального подбора дозировки гистамина, исходя из теста торможения естественной эмиграции лейкоцитов с медикаментами (ТТЕЭЛ) по А. Д. Адо (Дозированная иммунотерапия гистамином). Кроме того, выпускается «Иммуноглобулин человека противоаллергический», выделяемый фармацевтическими организациями из донорской крови.

Для лечения пищевой и лекарственной аллергии могут использоваться энтеросорбенты.

*Лечение аллергии через анафилактический шок*

После перенесенного случая анафилактического шока симптомы аллергии иногда пропадают или снижаются на 2-3 недели. Также некоторые источники утверждают, что аллергия у них вовсе пропала после перенесения ими анафилактического шока. Тем не менее, ввиду свойства аллергии проявляться через неопределенное время (от секунд, до суток) и также длиться неопределенное время, установка аллергена очень часто оказывается ошибочной. Все исследования аллергии показывают лишь корреляцию между взаимодействием с возможными аллергенами и самой аллергической реакцией, а не причинно-следственную связь. Официальных доказательств успешного лечения аллергии через анафилактический шок нет

*Альтернативные способы лечения аллергии.*

Поскольку аллергия носит не кратковременный, а хронический характер, и её возникновение не связано с инфицированием, то и методы её лечения следует искать в методах, способных воздействовать на долговременной основе. Таким образом, изменение образа жизни, окружающей среды, привычек человека следует признать наиболее эффективными способами лечения аллергии. Причём, именно образ жизни и привычки человека являются более значимыми, чем факторы окружающей среды.

**2.2 Причины, особенности проявления и распространения аллергических заболеваний**

В последние десятилетия отмечен выраженный рост заболеваемости аллергией. Существуют различные теории объясняющие этот феномен:

*Теория влияния гигиены* («hygiene hypothesis»), выдвинутая в 1989 David P. Strachan — утверждает, что переход к соблюдению норм гигиены предотвращает контакт организма со многими антигенами, что вызывает недостаточную загрузку иммунной системы (в особенности у детей). Поскольку наше тело сконструировано так, что оно должно постоянно противостоять определённому уровню угроз, иммунная система начинает реагировать на безобидные антигены. Теория влияния гигиены была разработана для объяснения причин, по которым дети из английских многодетных семей гораздо реже страдали такими видами аллергии, как аллергический ринит или экзема, чем единственные дети в семье. Эпидемиологические данные подтверждают теорию влияния гигиены. Исследования показывают, что различные иммунологические и аутоиммунные заболевания гораздо реже встречаются в странах третьего мира, чем в развитых и что иммигранты из развивающихся стран в развитые болеют иммунными расстройствами тем чаще, чем больше времени прошло с момента иммиграции. Длительные исследования в развивающихся странах показывают увеличение иммунных расстройств по мере роста благосостояния и, соответственно, чистоты в стране. Использование антибиотиков в первый год жизни связали с частотой появления астмы и других аллергических реакций. Использование антибактериальных чистящих средств, как и использование кесаревого сечения, связали с частотой появления астмы. Следует помнить, что все эти исследования показывают лишь корреляцию между этими факторами, но не причинно-следственную связь[[17]](#footnote-17).

Все типы проявления гиперчувствительности являются результатом нарушения механизма реализации иммунного ответа организма. Патогенез реакции гиперчувствительности I типа состоит из фазы острого и замедленного ответа.

Наиболее распространенные аллергены: пыльца растений, клещ домашней пыли, продукты питания (морепродукты, яйца, бобовые, молоко, злаки, цитрусовые, мёд), у*кусы насекомых, л*атекс, соединения никеля, химические чистящие средства .Многие химические продукты могут выступать как в роли аллергенов, так и создавать предпосылки для развития аллергических реакции посредством нарушения функции нервной и эндокринной системы. Однако, несмотря на многочисленные попытки объяснить резкий рост заболевания аллергией влиянием техногенной среды, до сих пор не было дано объяснения, почему одни и те же факторы на одних людей оказывают такое воздействие, а на других — нет. Никакой взаимосвязи заболевания аллергией с общим состоянием здоровья также не было выявлено.

**2.3 Психологические проблемы воспитания детей с аллергическими заболеваниями**

Изучение психологических и психических особенностей соматически детей с аллергическими заболеваниями остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, оно связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2011году государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания до 15-20% (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 2011). Данные по процентному соотношению здоровых и соматически больных детей на текущий момент в литературе не освещены, но косвенные факты указывают, что категория соматически больных детей в силу нестабильности социально-экономических условий жизни населения и ухудшения экологической обстановки продолжает неуклонно расти. Больные дети, по-прежнему, вызывают повышенное внимание со стороны специалистов, что обосновывает потребность в дальнейшей разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории.

Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. Так, состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность - в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей (Муравьева В.Н., 1999; Бутенко Н.И., 1999).

Опубликованы научные работы по изучению психологических особенностей детей с аллергическими заболеваниям, например:

- исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006);

- особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);

- изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);

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

- особенности развития речи у детей с аллергическими заболеваниями на протяжении дошкольного возраста (часто болеющие дети и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата); факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста (Груздева О.В., 2004);

- мотивационно-потребностное развитие часто болеющих детей, изучение преобладающих мотивов деятельности (Вылегжанина Г.Г., 2005);

- особенности проявления тревожности часто болеющими детьми дошкольного возраста (Дубовик Е.Ю., 2006);

- специфика самосознания и самооценки часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста (Мосина Н.А., 2007, Чекрякова С.В., 2008);

- родительское отношение к часто болеющим детям дошкольного возраста (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009);

- гендерные особенности проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста (Дусказиева Ж.Г., 2009);

- особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста (Штумф В.О., 2009) и др.

Г.А. Арина утверждает, что новую социальную ситуацию развития создают для больного ребенка два вида ограничений: а) ограничение питания, движения, б) ограничение познавательной деятельности. Однако известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Кроме того, изменение познавательной активности соматически больного ребенка и ограниченность общения со сверстниками существенно меняют социальную ситуацию развития, инфантилизируя его[[18]](#footnote-18).

К психологическим особенностям часто болеющих детей относятся эмоциональное напряжение , выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность.

Параллельно с адекватной и даже несколько завышенной осознанной самооценкой у часто болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное самоотношение. В этом случае часто имеет место сравнение с матерью, проявляющееся в самоуничижении, приписывании себе отрицательных эмоций, таких, как горе (печаль), страх, гнев (злость) и чувство вины.

Соматическая болезнь может оказывать значительное влияние на условия протекания деятельности, ее динамику, выносливость человека к нагрузкам (в том числе и ребенка), условия деятельности, сохранности операционального состава. Для соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны патологические изменения в отношении ведущего вида деятельности - сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни.

Если говорить о поведении ребенка с аллергическими заболеваниями старшего дошкольного возраста, то оно изменяется, часто становится "трудным" для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, в большинстве случаев, не останавливает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее[[19]](#footnote-19).

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих старших дошкольников можно отнести:

1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;

2) трудности переключения внимания;

3) снижение продуктивности воспроизведения;

4) снижение продуктивности внимания;

5) уменьшение уровней развития творческого воображения;

6) уменьшение объема произвольной зрительной памяти;

7) большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста можно выделить преобладание позиции "малоценности", ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе (Ливанова М.Н., Николаева В. В.). Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина Г.А., Коваленко Н.А.). Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Касаткин В.Н., Румянцев А.Г.). У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности - инфантилизму (Ливанова М. Н.). В младшем и среднем дошкольном возрасте у часто болеющих детей более чем у их здоровых сверстников выражена тенденция к адекватной самооценке, но она во многом зависит от типа семейного воспитания. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми (Ковалевский В. А.).

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности ребенка с аллергическими заболеваниями, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь.

Развитие ребенка в условиях заболеваний влияет на формирование его личности. Понятию "Я" у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь "выгодна", потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы.

Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. В целом же, отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о болезни. Для старших дошкольников осознание своей болезни, ее тяжести и последствий недоступно, так как у него еще нет ясного отношения к ситуации и к самому себе. Вследствие этого болезнь воспринимается ребенком как ограничение привычной жизни. Для ребенка опасность для жизни существует только в форме ограничений, его отношение к себе наполнено непосредственно-чувственным содержанием, главное для него - настоящее время. Собственно психологические средства совладания с болезнью у старших дошкольников еще не сформированы (Ковалевский В. А, Урываев В.А., 2006).

Больной младший школьник чаще сталкивается с затруднениями собственной деятельности, что вынуждает его (в силу присущих детям этого возраста стремления к оптимальному социальному результату и потребности в самостоятельности как собственной внутренней позиции, включающей, в частности, дефицитарный образ Я) в большем числе случаев анализировать поведение (свое и окружающих его людей), более тщательно планировать предстоящую деятельность и осуществлять более жесткое управление в ходе ее осуществления. Иными словами происходит более раннее созревание психических новообразований возраста при редких обострениях хронического процесса или субъективно легком течении заболевания.

Однако при достаточно развитом телесном недостатке (что может встречаться при частых обострениях хронического заболевания либо при тяжелом его течении) способности к анализу, планированию и произвольности отодвигаются на второй план из-за выраженности астенического синдрома, что приводит к замедлению развития новообразований возраста (Мосина Н.А., 2007).

Другие суммарно выделенные особенности личности больных детей:

- при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция "малоценности", ущербности, отношение к себе непосредственно - чувственное;

- у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе;

- активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград создаваемых болезнью в реализации жизненно важных потребностей;

- слабо сформированы у ребенка механизмы личностно-смысловой регуляции;

- присутствует стремление к компенсации дефекта (у 84 % опрошенных часто болеющих дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий);

- нет развернутого жизненного плана, то есть, нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее;

- основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания (84% детей). В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды (63%) и на взаимодействие с другими людьми (70%);

- уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков), причем результаты имеют достоверные различия.

Анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоего пола (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков ("девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное", "девочки красивые, а мальчики - не такие красивые", "мальчики дерутся, а девочки - добрые" и пр.).

Обнаружены различия и в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий "внешние признаки" (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее, девочки чаще мальчиков ориентируются на качества личности, а мальчики на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что часто болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях. Таким образом, часто болеющие мальчики (в сравнении с часто болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что статус часто болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности.

Соматически больные дети старшего дошкольного возраста показали особенности понимания обмана: дети испытывают больше затруднений и реже используют синонимы обмана при его объяснении как общего и абстрактного понятия; хуже распознают обман в области знаний; чаще проявляют стратегии принятия обмана за правду и стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегии 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 (Николаева В.В., 1987; Орлова М.М., 1982; Ковалевский В.А., 1997; Котова Е.В., 2004, Груздева О. В, 2004, Дубовик Е.Ю., 2006; Мосина Н.А., 2007; Вылегжанина Г. Г, 2005; Ковалевский В. А, Урываев В.А., 2006; Чекрякова С.В., 2008; Дусказиева Ж.Г., 2009; Штумф В.О., 2009).

Особенности межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей:

- круг общения ребенка ограничен до минимума;

- присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь;

- преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий стили родительского отношения к ребенку;

- родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения;

- ограничена игровая деятельности (ее возможности и проявления) и как следствие двигательная потребность ребенка;

- психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с "привязанным" к ней ребенком и отгороженный от них отец.

В представлениях ребенка обнаружено устойчивое изменение ценностных позиций членов семьи. Так, если у здоровых детей, как правило, значимость членов семьи выстраивается в следующей позиции: ребенок-мать-отец, то у часто болеющих детей эта схема имеет следующий вид: отец-мать-ребенок, где отец "перемещается" в сферу фантазий и идеальных представлений, наделяется особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. При решении проблемных ситуаций часто болеющие дети преимущественно выбирают отца, да и болезнь иногда сближает отца и ребенка. Болезнь также может заострять изначальную дефицитность психологического участия отца в воспитании ребенка: трудности эмоционального контакта с женой и ребенком, неумение создать совместный досуг семьи, несформированность чувства ответственности за нее.

"Вытеснение" отца из психологической жизни ребенка может иметь несколько причин. Это, прежде всего традиционное культурно обусловленное перераспределение функциональных обязанностей в семье в ситуации болезни ребенка, когда социально заданная тотальная ответственность матери за все происходящее с больным ребенком приводит к экспансии этой ответственности на все жизненное пространство семьи и отец оттесняется от своих ролевых форм влияния на ребенка. В ситуации болезни отец - наблюдатель, а не деятель. Обычна позиция для сообщества мать-ребенок: "Уходи, не мешай, мы лечимся";

Образовательный уровень родителей больных детей часто высокий. Это позволяет предположить наличие в семьях часто болеющих детей повышенных требований к организации быта и качеству окружающей материально-вещной среды, насыщенному проведению досуга, обогащению и развитию духовного мира ребенка. Кроме этого, родители четко осознают свою ответственность за воспитание детей, за достойную организацию семейной и общественной жизни. Родители склонны к анализу своей воспитательной деятельности и повышению педагогической культуры. Проявляют повышенную заинтересованность социальным и физическим развитием детей.

Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом. Но при таких благоприятных для развития ребенка потенциальных возможностях их родителей, в семьях в целом присутствует неудовлетворенность семейной жизнью. В семьях часто болеющих детей не соблюдаются режимы питания, сна, физической активности и нет серьезного отношения к здоровью. Все это означает, что ситуация в семейной микросреде во многом определяется и зависит от субъективной позиции родителей, их активности и желании совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

Анализ микросоциальной среды развития детей с аллергическими заболеваниями среднего дошкольного возраста показывает, что развитие психических функций, таких как мышление, память, внимание происходит в соответствии с возрастными закономерностями.

В целом, анализ микросоциальной среды развития часто болеющих детей младшего дошкольного возраста в сравнении со здоровыми сверстниками показывает, что больные дети являются "принятыми" в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками часто болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

**Выводы**

Отношения матери и ребенка важны при лечении детей с аллергическими реакциями, однако, в литературе отсутствуют данные о субъективном переживании матерями болезни детей и о взаимосвязи личностной зрелости матери и ее субъективных переживаний. Между тем такая информация могла бы способствовать созданию оптимальныхусловий для лечения и развития детей с аллергическими заболеваниями. В связи и имеющимся дефицитом научной информации мы выбрали темой своего дипломного исследования тему: «Взаимосвязь субъективного переживания аллергического зеболевания ребенка и личностной зрелости матери»

Теоретический анализ литературы по проблеме исследования позволил сделать вывода о том, что многообразие подходов и взглядов на различные аспекты личностной зрелости отражено в философской, этической, психологической, психофизиологической, педагогической литературе. Личностная зрелость - распредмеченная форма целей человеческой деятельности, где мотивационные и смысловые факторы играют функциональную роль в процессе ее достижения. Личностную зрелость можно рассматривать и как состояние, характеризующее определенный уровень личностного развития индивида, результат социализации, в ходе которой он интериоризирует общественные ценности и образцы поведения и адекватно исполняет роли взрослого члена общества.

Аллергия — часто встречающаяся болезнь. Многочисленные данные свидетельствуют о существовании наследственной предрасположенности к аллергии. Так, родители, страдающие аллергией, подвержены большему риску иметь ребёнка с той же патологией, чем здоровые пары. Однако строгого соответствия гиперчувствительности по отношению к определённым аллергенам между родителями и детьми не наблюдается.

Если в материнском отношении преобладает отвержение, игнорирование потребностей ребенка из-за погруженности в собственные дела и переживания, у ребенка возникает чувство опасности, непредсказуемости, неподконтрольности среды, минимальной собственной ответственности за ее изменения в направлении обеспечения комфортного существования. Дефицит родительской отзывчивости на нужды ребенка способствует возникновению чувства «выученной беспомощности», что впоследствии нередко приводит к апатии и даже депрессии, избеганию новых ситуаций, и контактов с новыми людьми, недостатку любознательности и инициативы.

**Глава 3. Эмпирическое исследование личностной зрелости и субъективных переживаний женщин детей с аллергическим заболеванием**

**3.1 Характеристика исследования**

*Объект исследования* – личность матери

*Предмет**исследования* – личностная зрелость и субъективные переживания матери

Для достижения цели исследования мы сформулировали следующие задачи исследования:

1. На основании проделанного теоретического анализа понятия личностной зрелости и влияния матери на детей дошкольников, имеющих хронические заболевания, разработать план и подобрать методы эмпирического исследования

2. Определить базу эмпирического исследования и подобрать группу испытуемых

3. Провести эмпирическое исследование особенностей переживания аллергического заболевания ребенка матерями с различным уровнем личностной зрелости и проанализировать полученные результаты.

*Гипотезы исследования*:

- между субъективными переживаниями матерью аллергического заболевания ребенка и уровнем её личностной зрелости существует взаимосвязь

- чем выше уровень личностной зрелости матери, тем гармоничнее ее эмоциональный контакт с ребенком-аллергиком.

В группе с гармоничным эмоциональным контактом матери с ребенком-аллергиком больше тех, кто имеет низкий уровень исполнения экзистенции по сравнению с другой группой.

*Этапы исследования:*

На первом этапе исследования нами, в соответствии с проделанным теоретическим анализом, был подобран диагностический инструментарий –психодиагностические методики:

1 Тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева

2. Тест экзистенциальных мотиваций (А. Лэнгле)

3 Тест родительско-детских отношений

Для целей исследования нами была разработана Анкета «Отношение матери к болезни ребенка»

На втором этапе исследования мы определили в качестве базы эмпирического исследования Общеобразовательную школу Тверской области Краснохолмского района, деревни Кесово. И подобрали группу испытуемых -детей дошкольного возраста, посещающих подготовительную группу и находящихся под наблюдением у терапевта по поводу часто возникающих аллергических реакций и их матерей

На третьем этапе мы провели эмпирическое исследование субъективного переживания аллергического заболевания ребенка и личностной зрелости матери и качественный и количественный анализ полученных результатов.

**3.2 Характеристика методов и методик сбора эмпирического материала**

*Тест экзистенциальных мотиваций А.Лэнгле*

Данный тест относится к тестам, исследующим интегральные показатели человеческой экзистенции, их также называют тестами измеряющими интегральные субъективные представления личности о качестве собственной жизни. Под понятием субъек­тивного качества жизни в настоящее время понимают целостные субъективные переживания человека по отношению к своей жиз­ни, ее субъективную интегральную оценку и оценку ее отдельных значимых аспектов [Эммонс*,* 2004]

В концепции экзистенциального анализа интегральным по­казателем качества жизни является понятие экзистенциальной исполненности — чувство глубокого удовлетворения и согласия в ситуации, запрашивающей духовное измерение человека — *Person.* Проживание человеком своего духовного измерения зависит от четырех содержательных категорий — фундаментальных мо­тиваций личности. Только их реализация, согласно модели экзи­стенциального анализа, освобождает бытие человека от напря­жения, создаваемого психодинамическими дефицитами (такими, как страх, депрессия, истерия или зависимость), и превращает его в истинное проживание своей духовной сущности (*Лэнгле*, 2004, 2005, 2006).

В Тесте экзистенциальных мотиваций имеется 56 вопросов (см. Регистрационный лист), образующих четыре субшкалы: «Фунда­ментальное доверие», «Фундаментальная ценность», «Самоцен­ность», «Смысл жизни». Каждая шкала представлена 14 вопро­сами, сумма сырых значений по четырем субшкалам составляет суммарное значение — общий показатель ТЭМ (*Eckhardt*, 2001).

*Тест смысложизненных ориентаций Д.А.Леонтьева*

Цель данной методики – изучение смысложизненных ориентаций личности, составляющих основу образа Я.

Система ценностей человека представляет собой осознаваемую, интернализованную часть системы его личностных смыслов. Результат осознания целей и смысла собственной жизни представляет собой смысложизненные ориентации человека. Джеймс Крамбо (Crumbaugh J., 1968) и Леонард. Махолик, на основе теории стремления к смыслу и логотерапии В. Франкла (Frankl V., 1978), в 1968 г. разработали тест «Цель в жизни» (PIL — Purpose in Life). Цель жизни авторы теста определяют как переживание индивидом ее «онтологической значимости» [Леонтьев, 1992, 2000Методика СЖО включает 20 описаний действий, переживаний или состояний, которые оцениваются по семибалльной шкале в зависимости от того, насколько они характерны, типичны для испытуемого [Бурлачук, Морозов, 1999].

На русском языке тест PIL впервые был адаптирован К. Муздыбаевым (ИСЭП АН СССР, Ленинград, 1981) в 1981 г. [Леонтьев, 1992]. На основе версии К. Муздыбаева Д.А. Леонтьевым был разработан и адаптирован еще один отечественный вариант PIL, названный им «Тестом осмысленности жизни» (ОЖ).

Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации и два аспекта локуса контроля: 1. «Цели в жизни». 2. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни». 3. «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией». 4. «Локус контроля - Я (Я - хозяин жизни)». 5. «Локус контроля - жизнь или управляемость жизни».

Тест СЖО позволяет, таким образом, оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Методика состоит из пяти шкал и общего показателя СЖО.

*Тест родительско-детских отношений*

Методика PARI (parental attitude research instrument - методика изучения родительских установок) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. Эта методика широко использовалась в Польше (Рембовски) и Чехословакии (Котаскова). В нашей стране адаптирована Т.В. Нещерет.

В методике выделены 23 аспекта-признака, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений. Эти 15 признаков делятся на следующие 3 группы: 1 — оптимальный эмоциональный контакт, 2 — излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, 3 — излишняя концентрация на ребенке.

Методика позволяет оценить специфику внутрисемейных отношений, особенности организации семейной жизни.

Основной вывод, который можно сделать сразу, это оценить родительско-детский контакт с точки зрения его оптимальности. Для этого сравниваются средние оценки по первым трем группам шкал: оптимальный контакт, эмоциональная дистанция, концентрация.

*Анкета «Отношение матери к болезни ребенка»*

Для выявления субъективных переживаний матерью аллергического заболевания ребенка, на базе исследованного теоретического материала, нами была разработана анкета «отношение матери к болезни ребенка». Анкета состоит из 32 вопросов. Вопросы группируются в нескольких блоках: -общие сведения; отношение матери к аллергическому заболеванию ребенка ; отношение матери к лечению ребенка; отношение матери к болезни ; отношение к ребенку**. В итоге в ходе качественного анализа выявляется тип реагирования матери на болезнь ребенка – адаптивный и дезадаптивный.**

**3.3 Математические методы обработки полученных результатов**

Для выявления зависимости между личностной зрелостью матери субъективного переживания ею аллергического заболевания ребенка был использован метод углового преобразования Фишера.

Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта.

Критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас эффект.

Суть углового преобразования Фишера состоит в переводе процентных долей в величины центрального угла , который измеряется в радианах. Большей процентной доле будет соответствовать больший угол φ, а меньшей доле - меньший угол, но соотношения здесь не линейные:

φ = 2\*arcsin(http://www.psychol-ok.ru/statistics/fisher/p.gif)

где P - процентная доля, выраженная в долях единицы.

При увеличении расхождения между углами φ1 и φ2 и увеличения численности выборок значение критерия возрастает. Чем больше величина φ\*, тем более вероятно, что различия достоверны.

**3.4 Характеристика группы испытуемых**

Выборку исследования составили 40 матерей, имеющих детей старшего дошкольного возраста находящихся под наблюдением у терапевта по поводу часто возникающих аллергических реакций. Все дети посещают подготовительную группу общеобразовательной школы Тверской области Краснохолмского района деревни Кесово и являются жителями Краснохолмского района. Возраст матерей от 19 до 42 лет. Большое количество детей аллергиков связано с близлежащим искусственным водоемом, который должен подвергаться чистке каждые 5 лет (в действительности водоем не чистится уже 30 лет).

Опираясь на проанализированный теоретический материал, мы выделили следующие позиции субъективного переживания матерью аллергического заболевания ребенка:

-рациональное - наличие чувственности по отношению к ребенку и активной позиции по отношению к аллергическому заболеванию

-эмоциональное – на фоне повышенной заботы и опеки о ребенке, пренебрежение полученными рекомендациями касательно заболевания ребенка

-равнодушное – вялая позиция по отношению к ребенку, отсутствие направленности на преодоление заболевания и социальной адаптации ребенка

Для оценки субъективных переживаний в анкете учитывались следующие вопросы:

1. Каковы были чувства в этот момент?
2. Какие мысли Вас посетили когда вы обнаружили аллергическую реакцию?
3. Изменился ли образ Ваш образ жизни в результате возникновения аллергической реакции у ребенка?
4. Изменилось ли Ваше отношение к ребенку после появления аллергической реакции?
5. Стали ли Вы больше позволять Вашему Ребенку в результате возникновения аллергической реакции у ребенка?
6. Испытываете ли Вы опасение за будущее Вашего ребенка?
7. Считаете ли Вы ребенка слабым и болезненным?
8. Считаете ли Вы, что Ваш ребенок не соответствует в развитии своим возрастным нормам?
9. Дайте краткую характеристику (2-3 слова ) себе, как матери.
10. Оцените свою деятельность, касательно аллергической реакции ребенка по 5-ти бальной шкале
11. Приходится ли Вам ругать Вашего ребенка по мелочам?

По итогам анкетирования матери были разделены на группы с адаптивным и дезадаптивным отношением. Матери с адаптивным отношением приспосабливаются к обстоятельствам болезни, легко и безболезненно меняют стратегию поведения под влиянием принудительных обстоятельств, прилагают активные усилия для борьбы с аллергией, и облегчения состояния ребенка, занимают активную позицию по отношению к ребенку, принятие решений у таких матерей не вызывает затруднения. Матери с дезадаптивным отношением отказываются от приспособительного поведения, исключают из своего поведения подчинение обстоятельствам, постоянно находятся в сомнении, колебании, процесс принятия решений затормаживается, не проявляют никаких инициатив по отношению к заболеванию и к ребенку.

* 1. **Полученные результаты и их обсуждение**

Полученные результаты представлены в таблицах №1, 2, 3, 4 и на рис. №1,2,3.

В таблице №1 представлены результаты анализа субъективных переживаний матерями болезни детей с аллергическими заболеваниями, на основании которых матери были разделены на две группы – с адаптивным и дезадаптивным отношением к болезни.

**Таблица 1** Распределение матерей на группы с адаптивным и дезадаптивным отношением

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип отношения | *Отношение матери к болезни ребенка-аллергика* | *Отношение матери к лечению ребенка-аллергика* | *Отношение матери к ребенку-аллергику* |
| Мат.величины | абс. ч. % | абс. ч. % | абс. ч. % |
| Адаптивный | 26 65 | 22 55 | 23 57,5 |
| Дезадаптивный | 14 35 | 18 45 | 17 42,5 |

Анализ таблицы №1 показывает, что около двух третей группы матерей адаптивно относятся к болезни ребенка-аллергика (65%), 55% адаптивно относятся к лечению ребенка и 57,5% адаптивно относятся к ребенку – аллергику.

Таким образом, наиболее адаптивно отношение матерей к самой болезни и наименее - к лечению ребенка-аллергика. Настораживающий факт, что более 40% матерей дезаптивно относятся к ребенку – аллергику.

**Таблица 2 .** Распределение матерей с детьми с аллергическими заболеваниями по группам в соответствии с уровнями эмоционального контакта с детьми

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни эмоционального контакта матерей и детей с аллергическими заболеваниями | Количество матерей в % |
| Оптимальный эмоциональный контакт | 15% |
| Излишняя эмоциональная дистанция | 20% |
| Излишняя концентрация на ребенке | 65% |

Из таблицы 2 видно, что уровень оптимального эмоционального контакта – побуждение словестных проявлений, вербализаций; партнерские отношения; развитие активности ребенка; уравнительные отношения между родителями и ребенком –наблюдается у 15% матерей. У 20 % матерей наблюдается уровень излишней эмоциональной дистанции с ребенком – раздражительность, вспыльчивость; суровость, излишняя строгость; уклонение от контакта с ребенком. Самая большая группа матерей (65%) , которые имеют уровень излишней концентрации на ребенке - чрезмерная забота, установление отношений зависимости; преодоление сопротивления, подавление воли; создание безопасности, опасение обидеть; исключение внесемейных влияний; подавление агрессивности; подавление сексуальности; чрезмерное вмешательство в мир ребенка; стремление ускорить развитие ребенка.

Таким образом, лишь 15% матерей с детьми с аллергическими заболеваниями имеют оптимальный эмоциональный контакт со своими детьми. Полученные нами результаты показывают настоятельную необходимость в психологической помощи матерям таких детей, т.к. нарушенные детско-родительские отношения приводят к нарушениям развития личности детей, подтверждение этому мы можем увидеть в таких работах как:

- исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Арина Г.А., 1995; Урываев В.А., 2006);

- особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);

- изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);

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

- особенности развития речи у детей с аллергическими заболеваниями на протяжении дошкольного возраста (часто болеющие дети и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата); факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста (Груздева О.В., 2004);

- особенности проявления тревожности часто болеющими детьми дошкольного возраста (Дубовик Е.Ю., 2006);

- родительское отношение к часто болеющим детям дошкольного возраста (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009);

- гендерные особенности проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста (Дусказиева Ж.Г., 2009);

Мы рассмотрели результаты исследования личностной зрелости матерей, полученные по методикам СЖО и ТЭМ и сопоставили их с уровнями эмоционального контакта матерей и детей с аллергическими заболеваниями: оптимальным эмоциональным контактом с ребенком-аллергиком и нарушенным эмоциональным контактом с ребенком-аллергиком.

Все матери были разделены на 2 группы. Группа А : матери с оптимальным эмоциональным контактом и адаптивным отношением к заболеванию. Группа Б : матери с нарушенным эмоциональным контактом и дезадаптивным отношением к заболеванию. Полученные результаты представлены в таб. №3 и 4 и на рис. №1 и 2

**Таблица 3**

Средние значения по субшкалам и общему показателю СЖО (по данным Д.А. Леонтьева) **(в % указано количество респондентов в группе)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Суб-  шкалы | Цели в жизни | | Процесс жизни | | Результативно  сть жизни | | Локус контроля - Я | | Локус контроля - Жизнь | | Общий показатель ОЖ | |
| Мат. велич. | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % |
| Группа А | 31,66 | 59 | 35,24 | 60 | 23,01 | 57,5 | 19,55 | 52,7 | 37,16 | 56 | 97,2 | 56,8 |
| Группа Б | 21,14 | 41 | 23,4 | 40 | 17,38 | 42,5 | 17,43 | 47,3 | 29,73 | 44 | 73,8 | 43,2 |

Субшкала 1. Цели в жизни. В группе Б были обнаружены низкие баллы по этой шкале. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне осмысленности жизни (ОЖ) будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем. В группе А - высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектёра, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию.

Субшкала 2. Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. В группе Б были обнаружены высокие баллы по этой шкале. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем.

Субшкала 3. Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией.

В группе Б были обнаружены низкие баллы по этой шкале. Низкие баллы — неудовлетворенность прожитой частью жизни.

Субшкала 4. Локус контроля — Я (Я — хозяин жизни). В группе Были обнаружены низкие баллы по этой шкале. Низкие баллы — неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

Субшкала 5. Локус контроля - жизнь, или управляемость жизни. При высоких баллах — убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. В группе Б были обнаружены низкие баллы по этой шкале. Низкие баллы — фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Далее мы выявили есть ли отличия **между группами А и Б в аспекте смысложизненных ориентаций.** Нами был использован U - критерия Манна-Уитни.

Настоящий статистический метод был предложен Фрэнком Вилкоксоном в 1945 году. Однако в 1947 году метод был улучшен и расширен Х. Б. Манном и Д. Р. Уитни, посему U - критерий чаще называют их именами.

Критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого - либо признака, количественно измеренного. Он позволяет выявлять различия между малыми выборками, когда n1, n2 ≥ 3 или n1=2, n2 ≥ 5, и является более мощным, чем критерий Розенбаума.

Существует несколько способов использования критерия и несколько вариантов таблиц критических значений, соответствующих этим способам (Гублер Е. В., 1978; Рунион Р., 1982; Захаров В. П., 1985; McCall R., 1970; Krauth J., 1988).

Этот метод определяет, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами.

1-м рядом (выборкой, группой) называется тот ряд значений, в котором значения, по предварительной оценке, выше.

2-м рядом - тот, где они предположительно ниже.

Чем меньше область перекрещивающихся значений, тем более вероятно, что различия достоверны. Иногда эти различия называют различиями в расположении двух выборок.

Эмпирическое значение критерия U отражает то, насколько велика зона совпадения между рядами. Поэтому чем меньше Uэмп, тем более вероятно, что различия достоверны.

Гипотезы U - критерия Манна-Уитни

H0: Уровень признака в группе 2 не ниже уровня признака в группе 1.

H1: Уровень признака в группе 2 ниже уровня признака в группе 1.

Ограничения U - критерия Манна – Уитни:

1. В каждой выборке должно быть не менее 3 наблюдений: n1, n2 ≥ З; допускается, чтобы в одной выборке было 2 наблюдения, но тогда во второй их должно быть не менее 5.

1. В каждой выборке должно быть не более 60 наблюдений; n1, n2 ≤ 60.

Для автоматического расчета U - критерия Манна - Уитни нами были использованы полученные и приведенные выше данные.

По расчёту критерия Манна – Уитни: UЭмп = 75. Полученное эмпирическое значение Uэмп(75) находится **в зоне значимости**. Следовательно, сравнивая А и Б по СЖО отметим, что между группами с адаптивным и дезадаптивным типом реагирования имеются значимые различия.

**Рисунок 1 Средние значения СЖО в группах**

**Таблица 4**

Средние значения по шкалам экзистенции (в баллах)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субшкала | Фундаментальное доверие | | Фундаментальная ценность | | самоценность | | Смысл жизни | | Общий показатель | |
| Мат. велечины | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % | Ср.  Зн. | % |
| Группа А | 26,4 | 34,6 | 24,1 | 35,2 | 34,5 | 47,1 | 23,3 | 28,5 | 108,3 | 36,1 |
| Группа Б | 49,7 | 65,4 | 44,3 | 64,8 | 38,7 | 53,9 | 58,2 | 71,5 | 190,9 | 63,9 |

Рис. 2 Средние значения по общему показателю шкал экзистенции

Чем ниже общий набранный балл, тем более человек приближен к экзистенциальной исполненности – глубокого удовлетворения, что задуманное сбывается, что ценности живут благодаря моим стараниям.

Мы можем видеть, что средний балл по всем субшкалам в группе А ниже, чем в группе Б, это говорит о том, что в группе с нарушенным эмоциональным контактом матери имеют низкий уровень субъективных переживаний по отношению к своей жизни, приближены к экзистенциальному вакууму, отмечается низкий уровень исполнения экзистенций.

В группе с оптимальным эмоциональным контактом матери переживают жизнь, полную глубоких чувств, реализованных начинаний, собственных решений, пусть даже ошибочных, в общем, трудную, но хорошую жизнь, отмечается высокий уровень исполнения экзистенций.

Это может свидетельствовать о том, что неудовлетворенность жизнью, личностная незрелость приводят к нарушению эмоционального контакта матери и ребенка аллергика.

**Рисунок 3 Смысложизненные ориентации и экзистенциальные мотивации в гр А т Б**

Причем следует учитывать, что при оценке результата теста смысложизненных ориентаций чем выше показатель, тем выше сформированность представлений о жизни. А в тесте экзистенциальных мотиваций, тем выше балл, тем больше потребность в исполнении мотивации, а чем ниже балл, тем более мотивация удовлетворена.

Далее мы произвели расчет с помощью метода углового преобразования Фишера, выдвинули 2 гипотезы:

H0 - матери с низким уровнем личностной зрелости имеют оптимальный эмоциональный контакт

H1 - матери с низким уровнем личностной зрелости имеют нарушенный эмоциональный контакт

нами был получен результат - φ\*эмп = 2,751; уровень значимости различий : р<0,01.

Полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости, гипотеза H0 отвергнута.

Таким образом можно говорить о взаимосвязи личностной зрелости матери и субъективного переживания ею аллергического заболевания ребенка.

Речь идёт о признании важности очень специфических переживаний, размышлений, интуиций и действий. «Мы глубоко нуждаемся в том, чтобы уважать себя как Person. Каждый человек как Person имеет достоинство, и в этом он неприкосновенен. Это относится к сущности человека – желание быть увиденным другим как Person. У каждого человека есть лицо, которое он хочет его сохранить. Нас задевает, если нас осуждают, презирают или высмеивают. Нам нужно признание нашего собственного способа, которым мы индивидуально и персонально формируем нашу жизнь. Нечто подобного "коллективной защите вида" нам недостаточно; нам нужно индивидуальное, персональное признание» [Лэнгле, 2005].

Зрелая личность сама создает свою экзистенциальную основу. Она проживает своё Бытие-в-мире, своё Бытие-Ценным, своё Бытие-Собой, а также свой смысл, и может за это отвечать. Ей не требуется постоянное одобрение извне. Зрелая личность соотносит с собой условия ситуации, ориентируясь на себя, приходит к определенной позиции в отношении фундаментальных мотиваций и дает внутреннее согласие тому или иному решению. Зрелая личность сама формирует свою жизнь. У нее свой неповторимый почерк. Зрелая личность гармонична и перспективна.

Для ребенка, страдающего аллергическим заболеванием необходим особый подход, и в большей степени ответственность за течение заболевания и за развитие осложнений лежит на членах семьи. В семье, где мать может ориентироваться в различных сложных ситуациях, принимает на себя груз ответственности, может жить в согласии сама с собой, отношения с ребенком развиваются в здоровом ключе. Ребенок не будет расти в чрезмерной заботе и в состоянии подавленности. У него будет свое пространство, и, соответственно развитое чувство безопасности, он будет своевременно развит, прогнозы на укрепление здоровья и дальнейшее исключение аллергических реакций весьма многообещающие. Можно говорить, что для ребенка созданы все предпосылки для физического и психологического здоровья.

**Заключение**

Многообразие подходов и взглядов на различные аспекты личностной зрелости отражено в философской, этической, психологической, психофизиологической, педагогической литературе. Превращение ребенка в юношу(девушку), а затем во взрослого человека, достижение зрелости в ходе развития и становления личности - сложный и драматический процесс, с огромным количеством по-разному осмысляемых факторов влияния: от генетики и физиологии до социальной политики, этики и экологии. Процессы развития и становления личности были подвергнуты анализу известными зарубежными философами, психологами и педагогами с мировым именем, такими как Г. Гегель, А. Гезелл, Ж. Пиаже, И. Кант, З. Фрейд, А. Фрейд, Д. Холл. Изучению развития личности в разные периоды ее жизни посвящены многие исследования отечественных научных школ (Б.Г. Ананьев, В.М. Бехтерев, А.Н. Леонтьев, В.И. Несмелов и другие).

Личностная зрелость - распредмеченная форма целей человеческой деятельности, где мотивационные и смысловые факторы играют функциональную роль в процессе ее достижения.

Личностную зрелость можно рассматривать как состояние, характеризующее определенный уровень личностного развития индивида, результат социализации, в ходе которой он интериоризирует общественные ценности и образцы поведения и адекватно исполняет роли взрослого члена общества.

Аллергия — часто встречающаяся болезнь. Многочисленные данные свидетельствуют о существовании наследственной предрасположенности к аллергии. Так, родители, страдающие аллергией, подвержены большему риску иметь ребёнка с той же патологией, чем здоровые пары. Однако строгого соответствия гиперчувствительности по отношению к определённым аллергенам между родителями и детьми не наблюдается.

В клинически ориентированной литературе описана обширная феноменология родительских отношений (позиций), стилей воспитания, а также их следствий — формирования индивидуальных характерологических особенностей ребенка в рамках нормального или отклоняющегося поведения. Убедительны и демонстративны наблюдения и исследования, посвященные влиянию неправильных или нарушенных родительских отношений

На первом этапе нашего исследования нами был подобран диагнсотический инструментарий:

1 Тест смысложизненной ориентации Д. Леонтьева

2 Тест экзистенциальных мотиваций (А. Лэнгле)

3 Тест родительско-детских отношений

Анкета «Отношение матери к болезни ребенка»

На втором этапе исследования мы провели анализ полученных результатов. Третий этап исследования был посвящен определению углового преобразования Фишера для выявления взаимосвязи между субъективным переживанием аллергического заболевания ребенка и личностной зрелости матери с помощью методов математической статистики.

Респонденты были разделены на две группы – оптимального эмоционального контакта (А) и нарушенного эмоциоанльного контакта (Б).

Далее нами были использованы методики СЖО и ТЭМ, для выявления личностной зрелости матерей с оптимальным эмоциональным контактом с ребенком-аллергиком и нарушенным эмоциональным контактом с ребенком-аллергиком.

Сопоставление результатов, полученных по Шкале экзистенции в группе Б, показало , что средние баллы по всем субшкалам ниже, чем средние значения, полученные по этим субшкалам в группе А.

В группе с оптимальным эмоциональным контактом матери с ребенком-аллергиком больше тех, кто имеет низкий уровень исполнения экзистенции по сравнению с другой группой.

Полученные нами результаты соответствуют теории экзистенциального анализа. Таким образом, мы считаем поставленные задачи выполненными, а выдвинутые гипотезы подтвержденными.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой направлений психологической помощи матерям детей с различными заболеваниями.

**Список литературы**

1. Андреева О.В. Исследование экзистенциальных и психодинамических характеристик работников с высоким уровнем монотонности труда. Дипломная работа , МИЭПП, 2008
2. Барцалкина В.В. Учебная программа и методические рекомендации по изучению курса "Психология и психотерапия химической и эмоциональной зависимости". - М., 1998.
3. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта СПб: Питер, 2001
4. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гумани­стической терапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2007
5. Завьялов В.Ю. Пьющий мужчина: что делать? Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005
6. Зеер Э.Ф. Психология профессий - М.: Академический проект,2003
7. Данилин А.Г. Прорыв в гениальность: беседы и упражнения. М.: Вершина, 2008
8. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007
9. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения.
10. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 1996
11. Кривцова С.В Вступительная статья научного редактора// Альфрид Лэнгле
12. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности, М.: Генезис, 2005, с.5 - 38
13. Кьеркегор С. Повторение (опыт экспериментальной психологии) . М.: Лабиринт, 1997
14. Кун Роланд Покушение на убийство проститутки./ Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./М.: Апрель-пресс, Эксмо-Пресс, 2001
15. Ларина И.А. Культура, образование и экзистенция /Экономическая, социальная и психологическая адаптация личности в современных условиях. Материалы международной научно-практич. конференции / Воронеж,2006,с.56-59
16. Ларина И.А., Ахмедшина А.Е. Экзистенциальные аспекты самоопределения молодого жителя Москвы //Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе. Материалы первой международной научно-практической конференции. Под ред. А.Л.Журавлева, А.И.Ляшенко, В.Е.Иноземцевой //Москва, Изд-во «Институт психологии РАН», 2007, с.266-270
17. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. - М.:Смысл, 2000
18. Лоос В.Г. Промышленная психология. Киев: Техника, 1984
19. Лэнгле Альфрид Конспекты семинаров по экзистенциальному анализу в австрийско- российском образовательном проекте / Москва, 1999 - 2008
20. Лэнгле Альфрид Экзистенциальный анализ - найти согласие с жизнью // Московский психотерапевтический журнал, 2001, №1, - с. 5-23
21. Лэнгле Альфрид Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. - 2-е изд. - М.: Генезис, 2004.
22. Лэнгле Альфрид Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности: Сб. статей: Пер.с нем.-М.: Генезис, 2005
23. Лэнгле Альфрид Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций Сб. статей: Пер.с нем.-М.: Генезис, 2006
24. Лэнгле Альфрид Экзистенцианализ депрессии (Возникновение, понимание и феномено­логический подход к лечению) / Московский психотерапевтический журнал , 2006, №1, с. 53 - 82
25. Лэнгле Альфрид Психотерапия депрессивных расстройств в современном экзистен­циальном анализе ( Принципы и основные направления)/ Московский психотерапевтический журнал , 2006, № 2 с. 29 - 44
26. Лэнгле Альфрид Психодинамика - защитная сила души. Понимание и терапия с позиции экзистенциального анализа/ «Эмоции и экзистенция» /Под ред. А.Лэнгле / Харьков, Гуманитарный центр, 2007
27. Лэнгле Альфрид К столетию Виктора Франкла/ Вопросы психологии, №3, 2005
28. Лэнгле Альфрид Экзистенциальное выгорание с позиций экзистенциального анализа/ «Вопросы психологии», 2008, №2, с. 3 - 16
29. Маслоу Абрахам Экзистенциальная психология - что в ней есть для нас?/
30. Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./ М.:Апрель-пресс, Эксмо-Пресс, 2001
31. Минковски Юджин Случай шизофренической депрессии./ Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./М.:Апрель-пресс, Эксмо-Пресс, 2001
32. Мэй Ролло Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение./
33. Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./М.:Апрель- пресс, Эксмо-Пресс, 2001
34. Мэй Ролло Смысл тревоги. М.: Независимая фирма «Класс» , 2001
35. Мэй Ролло Сила и невинность: в поисках истоков насилия. М.: Смысл, 2001
36. Мэй Ролло Открытие бытия: очерки экзистенциальной психологии. - М., 2004
37. Незнанова А.Ю. Экзистенциальные аспекты профессионального самоопределения» выпускников вузов, Дипломная работа , МИЭПП,2006
38. Немцов А.лександр Алкогольная смертность в регионах России. «Население и общество».
39. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, 2003, № 78
40. Пелевина И. А. Исследование синдрома эмоционального выгорания у специалистов с экстренным характером деятельности, Дипломная работа , МИЭПП,2007
41. Сидоренко Е. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2004
42. Сыманюк Э.Э. Психологические барьеры профессионального развития личности.
43. Практико-ориентированная монография./Под ред. Э.Ф. Зеера - М.: Моск. психолого-социальный институт, 2005. - 252 с.
44. Тихонравов Ю.В. Экзистенциальная психология М.: ЗАО»Бизнес - школа «Интел-Синтез», 1998
45. Франкл Виктор Человек в поисках смысла М., «Прогресс», 1990
46. Франкл Виктор Воля к смыслу. - М. 2000, - 368 с.
47. Франкл Виктор Основные понятия логотерапии // Франкл В. Доктор и душа. - СПб, 1997, - с. 242-279
48. Франкл Виктор Теория и терапия неврозов. - СПб, 2001, - 234 с.
49. Шихи Гейл Возрастные кризисы. Ступени личностного роста СПб, Ювента, 1999
50. Фон Гебзаттель В.Е. Мир компульсивного./ Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./М.:Апрель-пресс, Эксмо-Пресс, 2001
51. Элленбергер Генри Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ. /Экзистенция. Новое измерение психиатрии и психологии./М.:Апрель-пресс, Эксмо-Пресс, 2001

1. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977. - 304 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Петровский А. В. К психологии активности личности //Вопросы психологии. 1975. - № 3. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ковалев А. Г. Психология личности. М., 1970. - 391 с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Асмолов А. Г. Психология личности: учебник. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1990.- 367 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Асмолов А. Г. Психология личности: учебник. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1990.- 367 с. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: в 2-х т. Т. 1. / под ред. А. А. Бодалёва и др.. М.: Педагогика, 1980. - 288 с [↑](#footnote-ref-6)
7. Выготский Л. С. Лекции по психологии. СПб.: Союз, 1999. - 144 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. Петровский А. В. Основы теоретической психологии /А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. М.: Инфра-М, 1998. - 528 с. [↑](#footnote-ref-8)
9. Яковлев А.П. Социальные роли современной женщины. – М., 2010 [↑](#footnote-ref-9)
10. Броди С. Отношения родителей и детей. – М., 1956. – 344 с. [↑](#footnote-ref-10)
11. Болдуин А. Стили семейного воспитания. – М., 2002. – 322 с. [↑](#footnote-ref-11)
12. Боумрин Д. Воспитание в семье. – М,. 1987. – 129 с. [↑](#footnote-ref-12)
13. Гарбузов В. И. Нервные дети. – М,. 2010 [↑](#footnote-ref-13)
14. Беньямин Л. Взаимоотношения детей и родителей. – М.. 2000 [↑](#footnote-ref-14)
15. Якубов Р.О. Аллергия: симптомы, лечение, профилактика. – М., 2011 [↑](#footnote-ref-15)
16. Якубов Р.О. Аллергия: симптомы, лечение, профилактика. – М., 2011 [↑](#footnote-ref-16)
17. Якубов Р.О. Аллергия: симптомы, лечение, профилактика. – М., 2011 [↑](#footnote-ref-17)
18. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А.Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – Т.2, № 3. – С. 116-125. [↑](#footnote-ref-18)
19. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А.Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – Т.2, № 3. – С. 116-125. [↑](#footnote-ref-19)