МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0533-з-2-дн
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Зонова Катерина Сергіївна
Керівник: Малина О.Г, к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Рецензент: Пучина О.В., к.психол.н.,
керівник студії практичної психології
«Персона»

Запоріжжя

2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Зонова Катерина Сергіївна

1. Тема роботи Особливості психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи

керівник роботи Малина Г.О., кандидат психологічних наук, доцент

затверджені наказом ЗНУ від «24» вересня 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: провести теоретично-методологічний аналіз проблеми та визначити специфічні риси емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями; провести емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями; за результатами емпіричного дослідження розробити та впровадити ефективну програму психологічної корекції порушень емоційної сфери, зумовлені серцево-судинними патологіями.

5. Перелік графічного матеріалу: 7 рисунків, 6 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцента		
Розділ 1	Малина О.Г., доцента		
Розділ 2	Малина О.Г., доцента		
Розділ 3	Малина О.Г., доцента		
Висновки	Малина О.Г., доцента		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	лчервень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	серпень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	грудень 2024 р.	Виконано
9	Захист	березень 2025 р.	Виконано

Студент _____ К.С. Зонова

Керівник роботи _____ О.Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 103 сторінки, 7 рисунків, 6 таблиць, 57 джерел.

Об’єкт дослідження: психічна діяльність дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.

Мета дослідження: вивчити специфічні риси психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи і розробити та впровадити ефективну програму психокорекції порушень емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Гіпотеза: емоційна сфера дітей з серцево-судинними захворюваннями характеризується вираженими депресивними й астенічними станами та високим рівнем тривожності, які мають підлягати ефективній психокорекції.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний та порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури) та емпіричні (тестування, бесіда, психолого-педагогічний експеримент, статистичні методи).

Наукова новизна полягає у тому, що у ході дослідження вивчено психологічні особливості психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи, та виявлено, що її характерними рисами є підвищена тривожність, страхи, періодичні депресивні стани та астенічні стани, що підлягають корекції для подальшого гармонійного розвитку дитини.

Матеріали роботи можуть бути використані шкільними та клінічними психологами.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ, ТРИВОЖНІСТЬ, СТРАХИ, АСТЕНІЯ, ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ, СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ДІТИ.

SUMMARY

Zonova Kateryna Sergiyevna. Peculiarities of Psycho-Emotional States of Children with Diseases of the Cardiovascular System.

The qualifying work consists of Iintroduction, 3 Chapters, Conclusion, References (57 items, 10 of foreign origin), 3 appendixes. The qualifying work volume is 103 pages long, 89 of them – main text. There are 6 tables and 7 illustrations.

Object of study: mental activity of children with cardiovascular diseases.

Subject of study: features of psychoemotional states of children with cardiovascular diseases.

Purpose of study: to study the specific features of psychoemotional states of children with cardiovascular diseases and to develop and implement an effective program of psychocorrection of disorders of the emotional sphere of children with cardiovascular diseases.

Hypothesis: the emotional sphere of children with cardiovascular diseases is characterized by pronounced depressive and asthenic states and a high level of anxiety, which should be subject to effective psychocorrection.

The research tasks:

- to conduct a theoretical and methodological analysis of the problem and identify specific features of the emotional sphere of children with cardiovascular diseases;

- to conduct an empirical study of the features of the emotional sphere of children with cardiovascular diseases;

- based on the results of the empirical study, to develop and implement an effective program for psychological correction of disorders of the emotional sphere caused by cardiovascular pathologies.

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature) and empirical (testing, conversation, psychological and pedagogical experiment, statistical methods).

The scientific novelty lies in the fact that the study studied the psychological features of psycho-emotional states of children with cardiovascular diseases, and found that its characteristic features are increased anxiety, fears, periodic depressive states and asthenic states, which are subject to correction for the further harmonious development of the child.

The materials of the work can be used by school and clinical psychologists.

Keywords: psycho-emotive states, anxiety, fears, asthenia, depressive states, cardiovascular diseases, children.

ЗМІСТ

ВСТУП……...……. 8
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ……..... 11
1.1. Психологічна характеристика дітей, що страждають на серцево-судинні захворювання ……...…… 11
1.2. Специфічні риси особистості при різних захворюваннях серцево-судинної системи ……..……. 20
1.3. Специфіка емоційної сфери особистості дитини, хворої на серцево-судинні захворювання ……..... 25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ……..... 36
2.1. Організація та методика дослідження психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи……..... 36
2.2. Аналіз результатів дослідження тривожності та депресії у дітей із захворюваннями серцево-судинної системи ……..…….…… 43
2.3. Особливості емоційної сфери дітей із захворюваннями серцево-судинної системи за методикою колірних переваг М. Люшера……..... 48
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ……. 59
3.1. Зміст, план, та основні завдання корекційної роботи з дітьми із захворюваннями серцево-судинної системи……..……..... 59
3.2. Корекційна програма негативних психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи……..…… 61
3.3. Аналіз ефективності корекційної програми ПЕСДЗССС …….. 82
ВИСНОВКИ ……..……. 93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...……...……..... 97

ВСТУП

Актуальність дослідження**.** В Україні вроджені серцево-судинні захворювання у дітей представляють все більш серйозну проблему охорони здоров'я. З початку нового тисячоліття частота захворювань органів кровообігу в дитячому віці зросла в 2,5-3 рази [11]. В Україні щорічно народжується близько 5-6 тис. дітей з серцево-судинними захворюваннями [11].

Будь-яка хронічна хвороба незалежно від того, яка її біологічна природа, який орган або функціональна система виявляється ураженою нею, ставить людину в психологічно особливі життєві обставини, або, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію розвитку психіки людини. В цьому відношенні самі різні хронічні захворювання можуть створити однотипні життєві умови [3].

Будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами діяльності мозку, обов'язково видозмінює психіку хворого внаслідок появи нових форм реагування хворого на хворобу, яких раніше не було. В цих випадках мова йде про вплив страхів, занепокоєнь, хвилювань щодо результату хвороби на особистість хворого. Таке занепокоєння має, як правило, складний характер і включає побоювання суто індивідуальні (чим мені загрожує хвороба?), які завжди і тісно взаємопов'язані з побоюваннями, що мають суспільний (соціальний) характер, у зв'язку зі сформованим в суспільстві ставленням до даної хвороби, з особливостями її соціального звучання [4].

В останні роки лікарі різних спеціальностей та медичні психологи все більше цікавляться психікою соматично хворої людини – її реакцією на хворобу, особистісними особливостями і т. д. Чимале значення в пробудженні цього інтересу відіграли ті сучасні напрямки в медицині, в яких облік

психічного фактора є об’єктивною необхідністю (реабілітація, медицина в екстремальних умовах, психосоматика та ін.) [5].

Об’єкт дослідження: психологічні особливості дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Предмет дослідження: психологічні особливості емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Мета: вивчити специфічні риси емоційної сфери дітей із захворюваннями серцево-судинної системи, розробити та впровадити ефективну програму психокорекції порушень емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретично-методологічний аналіз проблеми та визначити специфічні риси емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

2. Провести емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

3. За результатами емпіричного дослідження розробити та впровадити ефективну програму психологічної корекції порушень емоційної сфери, зумовлені серцево-судинними патологіями.

Гіпотеза – емоційна сфера дітей з серцево-судинними захворюваннями характеризується вираженими депресивними й астенічними станами та високим рівнем тривожності.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психологічної та медичної літератури з досліджуваної проблеми) та емпіричні (психологічне тестування, бесіда, експеримент: констатувальний, формувальний, методи статистичної обробки).

В якості діагностичного інструментарію для розв’язання експериментальних завдань використовувались методики «Шкала явної тривожності для дітей» в адаптації Г. М. Прихожан, «Опитувальник дитячої

депресії» М. Ковакс, та тест кольорових виборів М. Люшера. Ці методики направлені на дослідження тих специфічних рис емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями, які ми визначили в результаті аналізу літературних джерел.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: у ході дослідження ми вивчили психологічні особливості емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями, та виявили, що її характерними рисами є підвищена тривожність, страхи, періодичні депресивні стани та астенічні стани, що підлягають корекції для подальшого гармонійного розвитку дитини.

Практичне значення результатів дослідження: корекційна програма, яка була розроблена нами й апробована на базі гімназії №11, показала себе ефективною, як ми визначили за результатами повторної діагностики. Рівень тривожності значно знизився, менше дітей мали прояви астенії, діти стали більш активними, навчились ставити перед собою конкретні цілі. Ця програма може використовуватись як шкільними психологами, так і психологами у спеціалізованих закладах, наприклад, клініках та інтернатах.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалась: теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням комплексу надійних і валідних психодіагностичних процедур, створенням адекватних умов діагностування, поєднанням кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, репрезентативністю складу вибірки, застосуванням методів математичної статистики.

РОЗДІЛ 1
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

1.1. Психологічна характеристика дітей, що страждають на серцево-судинні захворювання

Психіка хронічно хворих набуває особливу специфіку, життєві цінності отримують інші смислові характеристики, змінюється самосвідомість. Зміст соціальної ситуації розвитку в умовах хвороби складається з різних форм особистісного переживання криз. Авторське обговорення психологічних механізмів, що сприяють ефективному виходу з кризи або виникненню та стабілізації особистісних змін концентрується на виявленні психологічних резервів компенсації хвороби і повноцінного особистісного зростання. Динаміка кризи розвитку в умовах хронічного захворювання залежить від особливостей сформованої в преморбідній стадії ієрархії мотиваційної сфери та ефективності особистісно-смислової регуляції діяльності. Теоретико-експериментальний пошук найбільш вираженої зміни в структурі особистості соматичних хворих дозволяє вважати, що у внутрішній картині хвороби у хронічного хворого найбільш збідненими стають динамічна й якісна характеристика емоційної складової [6].

В життєвій ситуації хворих це зумовлено наявністю хронічного захворювання. По-перше, наявність певної біологічної шкідливості, що впливає на умови функціонування організму і центральної нервової системи; специфічна соматогенна інтоксикація (або гіпоксія). Наслідком цього є розвиток астенічного синдрому різного ступеня вираженості, а іноді й явищ особливої соматогенної енцефалопатії. По-друге, різний ступінь вітальної

загрози, про яку найчастіше знає сам хворий. По-третє, тривалість перебігу хвороби з можливими періодами затухання і загострення хворобливого процесу, що припускають тривале лікування, іноді перебування в стаціонарі в ситуації обтяжливих для хворого лікувальних процедур. По-четверте, відрив від звичних умов життя з обмеженням або повним виключенням трудової діяльності, звуженням і обмеженням звичного кола спілкування тощо. І можливі негативні соціальні наслідки хвороби: втрата або зниження працездатності, зміна сімейного статусу, загальна зміна соціального статусу людини [3].

Зазначені особливості соціальної ситуації розвитку, в якій виявляється раптово захворіла людина, можуть змінювати весь стиль її життя: її життєві установки, плани на майбутнє, її життєву позицію по відношенню до різних важливих для хворого обставинам і до самого себе. Всі ці зміни виявляються предметом психічної активності хворого і знаходять відображення в особливому утворюванні, що формується в умовах хвороби, у внутрішній картині хвороби.

Багато чого, звичайно, залежить від того, як ставиться дитина до своєї хвороби і перебування в лікарні. Часто значення набуває не саме захворювання і викликане ним об’єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, обумовлені ними. У дітей до шестирічного віку часто можна зустрітися з фантастичними уявленнями, навіяними переживаннями страху.

При соматичних захворюваннях з хронічним перебігом, що супроводжуються тривалим порушенням обміну, інтоксикацією, наступають більш важкі і тривалі зміни типу психопатоподібних, які характеризуються:

- наявністю стійкого розладу настрою, а саме дисфорії з переважанням втоми, стомленості, неприязні до всього оточуючого;
- почуттям невдоволення, глухе занепокоєння;
- зниженням продуктивності мислення;

- поверховістю суджень;
- зниженням енергії та активності;
- розвитком егоцентризму і звуженням кола інтересів;
- одноманітністю поведінки, настирливістю і надокучливістю;
- станом розгубленості при найменших життєвих утрудненнях.

Ступінь психічних порушень, їх розвиток, перебіг і результат в значній мірі залежить від особливостей і тяжкості соматичного захворювання [7].

З психологічної точки зору, захворювання має великий вплив на розвиток особистості дитини, на її уявлення про себе саму і про навколишній світ. Тому дитина, яка страждає на серцево-судинні захворювання, повинна перебувати під постійним наглядом, тому що її психічний стан, особливо в момент перебування на лікуванні в клініці, вимагає особливої уваги.

Усвідомлення хвороби у дитини відбувається інакше ніж у дорослого. Хвороба сприймається нею як щось вороже, незрозуміле, страшне і непереборне, що не дає можливості спілкуватися з друзями, жити нормальними для цього віку інтересами. На відміну від дорослого пацієнта, дитина не має психічних ресурсів для осмислення і переживання свого стану. І у неї не завжди вистачає мовних засобів для передачі своїх страхів і побоювань.

Поряд із загальними закономірностями впливу хвороби на особистість, при серцево-судинних захворюваннях має місце феномен, який Джонсон назвав «соціокультуральною символікою серця». Пов’язано це з тим значенням, яке надає людина серцю. Цілий ряд факторів, які мають виснажуючий вплив, бере участь в генезі змін психіки у хворих з набутими вадами серця. У хворих відзначається інертність, нерішучість, втрата вольової активності і життєвої стійкості, втрата інтересу до праці і життя в цілому, звуження кола інтересів, егоцентричність, а також образливість, нестриманість. Найбільш частим, на думку Л. Бурлачука, типом ставлення до хвороби є сенситивний і

ергопатичний. Слід зазначити, що ергопатичний можна вважати досить типовим для пацієнтів з різноманітною патологією серця.

Слід також згадати детальніше про особливості цих видів реагування на хворобу:

1. Сенситивний. Надмірна занепокоєність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що люди стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Побоювання стати тягарем для рідних через хворобу і недоброзичливого відношення з їх боку в зв'язку з цим.

Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку й оцінку оточуючих. У зв'язку з цим суттєвими стають не власне хворобливі або неприємні відчуття внаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі пацієнти схильні до вибачаючогося стилю поведінки. Вони нерідко соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри («Навіщо їх відволікати через дрібниці») навіть у випадках загрозливого для життя стану. Відзначається боязкість, сором'язливість, підвищена скромність таких пацієнтів.

2. Ергопатичний. «Відхід від хвороби у роботу». Навіть при тяжкості хвороби і стражданнях прагнуть продовжувати роботу. Трудяться з жорстокістю, з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися і піддаватися обстеженням так, щоб це залишало можливість продовження роботи.

Деякі пацієнти оцінюють будь-який недуг через призму виклику своєму «Я». Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно переборювати себе, долають нездужання і болі. Їх позиція полягає в тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б подолати самотужки. При цьому часто

такі пацієнти є принциповими противниками ліків («Я за своє життя жодного разу анальгетиків не приймав», – з гордістю говорять вони) [8].

Що стосується картини хвороби в дитячому віці, то саме в цьому віці картина взаємозв'язків і взаємовпливів соми і психіки є особливо складною і заплутаною. У дітей вивчати внутрішню картину хвороби важче. Хвороба в цьому випадку, змінюючи соціальну ситуацію розвитку, звичайно сильніше впливає на особистість, зачіпає її формування. Особливу роль відіграють «специфічно дитячі» чинники, наприклад, ставлення батьків. Нарешті, відзначимо найважливіше значення для успішного подолання хвороби дитиною психокорекційної та психотерапевтичної роботи не тільки з нею, але і з сім'єю в цілому. Одним з головних напрямків такої роботи повинна бути корекція внутрішньої картини хвороби, а для цього потрібно спочатку з'ясувати реакцію батьків на хворобу дитини, ставлення до неї.

Найбільш прийнятним типом реакції є прийняття реальної ситуації і активність в її подоланні. При цьому батьки добре розуміють фізичні, психологічні, поведінкові особливості своєї дитини, знають її можливості, враховують пов'язані з хворобою обмеження. Вони спостерігають за дитиною, стають справжніми педагогами, вчаться допомагати її в подоланні хвороби. Для цього вони шукають способи тренування того, що ослаблено хворобою, вигадують спеціальні ігри, заняття, використовують спільну працю, сімейні свята. Тоді дитина разом з родиною вчиться робити додаткові зусилля, щоб досягти того, до чого вона прагне, а її радість від маленьких і великих перемог підвищує самоповагу. Завдання батьків - підтримувати мужність і стійкість дитини в боротьбі з хворобою. Це згуртовує сім'ю, перетворює її на важливий лікувальний фактор [9].

Свідомо спрощуючи складну картину різноманітних реакцій батьків на хворобу дитини, виділимо три типових реакції, які (при всіх їх розбіжностях)

ведуть до негативних змін у психіці хворого і не сприяють перемозі над хворобою.

Перший тип – «панічне безсилля». Батьки перелякані прогнозами лікарів, хворобу сприймають як щось невблаганне і страшне, з чим безглуздо боротися. У дитини в результаті виникає почуття приреченості і безсилля, вона не робить зусиль, спрямованих на подолання хвороби, яка перетворює її на жертву. Батьки ніби допомагають дитині позбутися майбутнього, перспективи.

Другий тип ставлення батьків до хвороби дитини – «витіснення». Вони «закривають очі» на реальний стан дитини, не помічають симптомів. У батьків з'являється бажання приховувати факт хвороби від оточуючих, ніби її визнання може підірвати репутацію самих батьків. Дитина страждає від того, що її скарги, прохання, посилання на втому і труднощі в навчанні ігноруються. Нерідко при цьому і на лікарів, і на дитину вихлюпуються агресія, звинувачення, роздратування. За всім цим часто стоїть небажання змінити життя сім'ї, забезпечити хворій дитині додатковий догляд. При такому типі відносин вона відчуває себе самотньою, винуватою і формує нереальні надоптимістичні очікування.

Третій тип, який не раз згадувався вище, – це «відхід у хворобу», «плекання» її. Хвороба для дитини може бути захистом від труднощів життя, особливо коли батьки займаються надопікою своєї дитини, захищають від школи, «вибивають» групу інвалідності. Тоді велика ймовірність формування інфантильності. Все життя родини виявляється присвяченим хворій дитині, хоча такої необхідності, можливо, й нема. Все це ще раз підтверджує, що психолог не може працювати тільки з хворою дитиною, якщо він хоче допомогти їй [10].

При хронічному захворюванні дуже багато залежить від характеру цього захворювання. Повідомлення про важке захворювання у дитини може

викликати у її батьків емоційні зриви, як і тривале безуспішне лікування хвороби. У батьків може виникнути почуття провини.

Особливі психологічні проблеми пов'язані з лікуванням в дитячому віці. Дитина може боятися багато чого: лікарні, ін'єкцій, наркозу, лікарів, медсестер.

Тим не менш, деякі обставини, які допомагають дитині добре перенести лікування:

1. Хороший контакт з лікарями і сестрами.

2. Готовність до контакту у колективній діяльності з іншими дітьми.

3. Зосередження уваги на іграх і іграшках.

4. Здатність полегшити свій стан емоційними проявами (плачем, криком, гнівливістю) [12].

Вище ми вже згадували про негативні наслідки, що часто спостерігаються при госпіталізації дитини, особливо у віці до двох-п'яти років.

Незнайоме середовище, наданість самому собі, почуття покинутості, самотності можуть заподіювати тимчасові або навіть стійкі психічні травми. Гостре потрясіння від потрапляння дитини до лікарні проходить зазвичай три стадії. Перша – протест, який триває до декількох тижнів. Дитина плаче, завжди неспокійна, не хоче мати ні з ким справу. Друга стадія – розпач: дитина постійно або часом плаче, кличе мати, може замкнутися в собі. Можливі й депресивні стани. Третя стадія – відрив від матері, заспокоєння, нормальне спілкування з медичним персоналом. Після перебування в лікарні можуть проявлятися тривалі травми у вигляді розладів сну, нічних страхів, страху смерті, іпохондричних страхів, затримки розвитку, впертості, заїкання. Тому стаціонарне лікування дітей до трьох-п'ятирічного віку рекомендується тільки тоді, коли воно абсолютно необхідно.

У той же час у дітей найбільш чітко виражене різне ставлення і до хвороби, і до перебування в лікарні [4]. Це залежить від індивідуального досвіду дитини, від умов виховання, від віку і ступеня зрілості її особистості.

Наприклад, в пубертатному віці підвищується готовність до іпохондричних переживань. Абсолютно безпорадними виявляються в лікарні діти, які виховуються на кшталт «кумира сім'ї». Нерідко потрапляння дитини до соматичної лікарні вперше виявляє у нього психічну патологію, такі особливості поведінки, на які батьки не звертали уваги (наприклад, аутизм). Тривало хворі раніше діти, яким батьки створювали особливі умови, часто виявляють риси психічного інфантилізму і схильність до істеричних реакцій.

Найважливішим фактором, який веде до змін у психіці хворої дитини, є тип виховання в сім'ї та міжособистісні стосунки в сім'ї в цілому. Саме батьки в першу чергу грають роль «медіаторів», опосередковуючи формування у дитини внутрішньої картини хвороби. Однак у більшості досліджень навіть не ставиться надзвичайно важливе питання про те, що первинне, а що вторинне, де наслідок, а де причина. З одного боку, особливості виховання можуть вести до схильності до соматичних (зокрема, психосоматичних) захворювань. З іншого боку, хвороба дитини часто викликає значні зміни у відношенні до неї, в домінуючих способах виховання. Не ставиться ж це питання, ймовірно, з цілком зрозумілої причини чисто методичних труднощів його вивчення. До того ж, причина і наслідок в цьому випадку можуть мінятися місцями, складно і динамічно взаємодіяти, утворюючи «порочне коло»: неправильне виховання формує у дитини особистісні особливості, що підвищують ймовірність хвороби, яка часто ще більше деформує неадекватні виховні методи впливу. Вирватися з цього «зачарованого кола» без допомоги кваліфікованого спеціаліста (психолога, психотерапевта) вдається далеко не завжди.

Крім того, сім'ях соматично ослаблених дітей (у порівнянні з сім'ями дітей здорових) частіше зустрічається несприятливий для їх розвитку стиль виховання [13].

Існує дві тенденції у розвитку самооцінки в ранньому підлітковому віці:

1. Тісний зв'язок самооцінки з батьківським ставленням на афективному та когнітивному рівні,

2. Початок відбудови самооцінки від ставлення батьків насамперед по параметру «повага» (другим був параметр «сила»).

Зацікавленість батьків у результатах психологічного обстеження підлітків тісно пов'язана зі ставленням до підлітка, відносинами в родині, причому зв'язок виявляється зворотній. Чим благополучніша ситуація в сім'ї, тим більшу зацікавленість проявляють батьки, і навпаки – чим потрібніша корекція сформованого неадекватного ставлення до підлітка (в більшій частині випадків інвалідизації, інфантилізації), тим незрозуміліше для батьків необхідність дослідження. Мабуть, в таких випадках має місце феномен симбіотичного батьківського ставлення, яке батьками сприймається як суб'єктивно благополучне, не будучи таким для самого підлітка. Оцінка себе й оцінка підлітка батьком можуть розходитися і можуть бути схожими, але схожими по-різному. У тому випадку, коли вони дуже подібні, але при цьому у підлітка є самостійність в обґрунтуванні своїх оцінок, можна говорити про гарні взаємини в сім'ї, про наявність контакту з батьками, про нормальну соціальну адаптацію. Якщо ж вони збігаються, але підліток просто повторює характеристики себе з точки зору батьків, то можна говорити лише про домінування батька, реалізацію симбіотичного або симбіотично-авторитарного типів батьківського ставлення і про те, що у підлітка не сформоване власне уявлення про себе, він у всьому слідує за батьками.

Реалізація такого типу взаємин, якщо ми маємо справу з підлітком, в силу вікових особливостей зворотньо веде до соціальної дезадаптації, інфантилізації, а в найбільш важких випадках може привести до виникнення аномалій психічного розвитку. Якщо оцінки взагалі розходяться, то це також є поганою ознакою – зазвичай такий результат свідчить про закритість підлітка, нестачу

контакту з батьками. Видається, що останній варіант все одно більш сприятливий для самого підлітка, ніж реалізація і закріплення симбіотичного зв'язку з батьками [14].

Підлітковий період є моментом активного життєвого самовизначення, пошуку місця серед однолітків, роздумів над власним «Я». Хвороба накладає відбиток на цей важливий процес: підлітки дуже яскраво переживають відчуття своєї відмінності від інших, відчувають комплекс неповноцінності, їм здається, що хвороба відштовхне від них друзів, що вони ніколи не зможуть бути «нормальними людьми», через це у них порушується концепція майбутнього.

У дітей, і особливо у підлітків, що страждають на серцево-судинні захворювання, самооцінка значно нижче, ніж у здорових. Для них характерні труднощі у встановленні контактів з людьми, віддалення від однолітків, підвищена сором'язливість, депресивні стани.

1.2. Специфічні риси особистості при різних захворюваннях серцево-судинної системи

Дуже важливо розуміти, що для формування повноцінної, здорової особистості необхідно надавати активну підтримку інтересів, захоплень, способів саморозкриття дитини. Психолог приділяє особливу увагу розвитку психологічної та соціальної компетентності хворого підлітка, росту рівня його самооцінки, що допоможе йому переживати важкі життєві ситуації зараз і в майбутньому, тому що всі вони мають значний вплив на картину особистості, яка буває різною, в залежності від виду захворювання серцево-судинної системи.

Наприклад, для хворих гіпертонією описують типову невротичну особистісну структуру з переважанням нав'язливих станів, в результаті чого часто виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, що ускладнює емоційну розрядку.

Єдиної особистісної структури для всіх хворих на артеріальну гіпертонію не встановлено. Втім, при широкому поширенні і великій різноманітності форм хвороби цього і не варто очікувати.

І все ж серед обстежених попередньо відібраних пацієнтів постійно повторюються певні особистісні риси. Гіпертоніки описуються як люди працьовиті, товариські, з великим почуттям відповідальності. У зв'язку з цим у них виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, від яких вони не можуть емоційно відсторонитися. У своїй специфічній установці на скромність вони відмовляються від своїх потреб на користь інших, бажаючи отримати від них схвалення і не провокувати агресію або неприязнь. Саме ці ознаки, що описуються незалежно один від одного різними дослідниками як готовність допомогти, сором'язливість, хронічно переважна агресивність, і складають маніфестні властивості особистості, які мають велике значення для формування характерних реакцій придушення потреб, які сприймаються як небезпечні. Маніфестні особливості сприйняття навколишнього і поведінки у багатьох гіпертоніків являє собою форму захисту від власних агресивних спонукань.

У більшості пацієнтів з гіпертонією зазвичай немає належного усвідомлення своєї хвороби. З психоаналітичних позицій зовні неправильна невротична поведінка ідеологічно виправдовується прагненням до активності і допомоги людям. Маніфестні риси особистості хворого з артеріальною гіпертонією, його працьовитість і впорядковане поводження, контактність, акуратність і сумлінність імпонують, роблять його, здавалося б, приємним, поступливим пацієнтом. Однак слід пам'ятати, що гіпертонік в більшості випадків не вербалізує свою агресивність, честолюбство і прагнення до суперництва, які часто залишаються латентними.

Трохи інша картина особистості буде переважати у хворих на ішемічну хворобу серця. Такі хворі надають мало значення провісникам інфаркту міокарда. Ці хворі витісняють свої неприємні відчуття і до пори до часу схильні

вважати їх дрібницями. Коронарні хворі відрізняються толерантністю до симптомів своєї хвороби і навіть байдужістю до них. Традиційно вважалося, що вороже налаштовані люди частіше хворіють на ішемічну хворобу серця (ІХС). Ще на початку XX століття психоаналітики визначали гнів, ворожість та пов'язані з цим інтрапсихічні конфлікти як потенційні причини гіпертонії і патології, яка визначається зараз як ІХС. Нарешті, спроби виявити ключові елементи всередині поведінки привели до необхідності розгляду ворожості в якості його основного елементу.

Пускові соціальні ситуації, які в поєднанні з психічною схильністю можуть викликати інфаркт, часто означають переживання втрати об'єкта.

Міжособистісні розчарування з вираженим характером розставання і професійними неуспіхами з виразним емоційним компонентом втрати становлять для потенційного хворого на інфаркт особливо велику загрозу, оскільки у пацієнта одночасно є нарцисичні порушення.

Нарцисичне порушення являє собою важливу умову для незадовільної переробки втрати об'єкта. Такий пацієнт переживає її як грубу нарцисичну образу. З'являється нестійкість таких душевних якостей, як внутрішня впевненість і почуття благополуччя, що позначається також як «лабільне самосприйняття» і має чітко депресивне забарвлення. Лабільне почуття самосприйняття що сприймається в тому числі як почуття неповноцінності, представляє істотний внутрішній мотив для прагнення до соціального успіху, тому що тим самим пацієнтові вдається вибудувати більш-менш стабільне компенсаторне псевдосамосприйняття.

Розрізняють два чинники, які визначають ризик інфаркту: з одного боку, атеросклероз і, з іншого, стрес. На посилення цих факторів впливають також спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стану страху, напруги, агресивності і виснаженості, які в свою чергу можуть мати наслідки поведінки підвищеного ризику. Мова тут

ніколи не йде про об’єктивно значущі фактори, а лише про їх суб’єктивне переживання хворим.

Описано особистісний профіль коронарних захворювань з позицій глибинної психології: завзяте бажання працювати, прагнення досягти вершин у своїй професії, значимого соціального стану, готовність пристосовуватися до соціальних норм зі схильністю до перенапруження. До факторів ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху та соціальної значущості, неспокійно-напружена діяльність.

Поспіх, нетерпіння, занепокоєння, постійно напружена лицьова мускулатура, почуття відповідальності характерні для майбутніх хворих на інфаркт. Частою причиною перенапруги є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так що ризик інфаркту у новачка вище, ніж у досвідченого працівника. Конфлікти, пов’язані з перевантаженням, вони намагаються вирішити так само, як всі конфлікти: закликами до себе самого більше поспішати, бути сильними і досконалими. Страх зрештою зазнати невдачі їм малодоступний і ретельно ховається за фасадом виду компетентності. Хворі на ІХС непорівнянні з типовими невротиками у вузькому сенсі цього слова. У них немає загальмованості, емоційної лабільності, невпевненості в собі; навряд чи можна пробудити у них усвідомлення конфліктів з подальшим їх переживанням і відповідною поведінкою. Разом з тим у таких хворих психічна врівноваженість все ж не зберігається. У сучасному світі, в якому особливо цінуються робота й успіх, їх поведінку можна оцінити як зверхпристосувальну, виняткову. Вони більше за інших слідують принципам сучасного індустріального суспільства, в якому переважають активна діяльність, конкуренція, суперництво. У багатьох з них відзначаються цілеспрямованість в роботі, тенденція до активності, безумовне прагнення керувати і домінувати, бути у всіх на виду, не залишатися в тіні. Можливо, що ця екстраверсія є характерним невротичним захистом від

підсвідомого бажання залежності, а активність у прагненні допомагати людям, як це буває у гіпертоніків, видозміненою і захисною формою бажання «орально» забезпечити і задовольнити себе. Вони не здатні пасивно і довірливо «пропонувати» себе оточуючим людям, вони повинні своєю активною діяльністю доводити усім свою перевагу і свою цінність.

Наступна картина особистості буде притаманна людям з порушеннями серцевого ритму. Найчастіше їх напади бувають спровоковані ситуаційними чинниками та конфліктами. У 25% пацієнтів зі здоровим серцем відзначається тісний зв'язок між появою нападу і життєвими колізіями. Напади часто виникають в періоди внутрішньої напруги і при кумуляції емоцій. Соматичне порушення і посилення серцебиття, неспокій, порушення ритму займають місце конфлікту самовідданості і можуть тлумачитися як фрагменти пригніченою психофізичної реакції.

В особистісному плані частіше зустрічаються пацієнти, схильні контролювати свої почуття, пригнічувати їх, розглядати їх прояв як слабкість: «Я не показую, що зі мною діється».

Пацієнти схильні до того, щоб наполегливо захищати свій емоційний світ. У той же час вони уникають протистояння, боротьби, суперечок і схильні до раціоналізації. Провокуючими напад ситуаціями для них є ситуації спокуси, які близькі до «емоційної самовіддачі» або до прихованої агресії.

Отже, підсумовуючи усе сказане вище, можна сказати, що картина особистості є різною в залежності від виду захворювання, але в них є одне спільне – переважають негативні емоційні стани, спостерігається велика схильність до стресів та інших несприятливих факторів середовища не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної.

1.3. Специфіка емоційної сфери особистості дитини, хворої на серцево-судинні захворювання

Аналізуючи всю прочитану з даної теми літературу, можна сказати, що явища, які найбільш часто зустрічаються серед людей із серцево-судинними захворюваннями, – це:

- підвищена тривожність, страхи;
- періодичні депресивні стани;
- астенічні стани.

Таким чином, можна вивести гіпотезу щодо переважаючих емоційних станів у дітей, хворих на ці захворювання. Ми можемо припустити, що це будуть саме підвищена тривожність, періодичні депресивні стани та астенічні стани.

До показників порушення психологічного здоров'я можна віднести рівень тривожності, підвищення якого може привести до істотного зниження уваги, особливо довільного. У дітей із захисною агресивністю внутрішнє напруження може зумовити підвищену рухову активність, схильність до порушень дисципліни. Діти з наявністю виражених страхів будуть, як правило, перебувати в стані постійної напруги, що зумовить підвищену стомлюваність і зниження працездатності. У дітей з деструктивною агресивністю і соціальними страхами можна спостерігати замкнутість. Діти з демонстративною агресивністю виробляють стереотип поведінки, спрямований на отримання негативної уваги [15].

Занепокоєння, тривога, страх – такі ж невід'ємні емоційні прояви нашого психічного життя, як і радість, захоплення, гнів, подив, смуток. Дитячі страхи, якщо до них правильно ставитися, розуміти причини їх появи, найчастіше зникають безслідно. Тривога як стан може бути адекватною мірою в ситуації

майбутньої загрози, і в цьому випадку буде надавати оптимізуючого впливу на спілкування, поведінку і діяльність людини [16, 17].

Якщо ж тривога і страхи зберігаються протягом тривалого часу, то це служить ознакою неблагополуччя, говорить про нервове ослаблення дитини, або може навіть привести до більш важких розладів.

Говорячи про дітей, що страждають на серцево-судинні захворювання, можна помітити, що саме тривога за своє життя і страх болю і навіть смерті є невід'ємною частиною їхнього життя. До того ж, діти 9-10 років найбільш гостро переживають ці емоційні сплески в їх психіці, що розвивається.

Страх смерті є провідним для дошкільного віку (6-7 років) і виступає свого роду морально-етичної категорією, що вказує на відому зрілість почуттів, їх глибину, і тому найбільш виражений у емоційно чутливих і вразливих дітей, які мають до того ж здатність до абстрактного, відверненого мислення. Страх смерті відносно частіше зустрічається у дівчаток, що пов'язано з більш вираженим інстинктом самозбереження. За даними кореляційного аналізу, страх смерті тісно пов'язаний зі страхами нападу, темноти, казкових персонажів, захворювання і смерті батьків, моторошних снів, тварин, стихії, вогню, пожежі, війни. Ці страхи мають своєю мотивацією загрозу для життя в прямому і непрямому вигляді» [18].

Головний страх у віці 7-11 років – це страх бути не тим, про кого добре говорять, кого поважають, цінують і розуміють. Часто зустрічається різновид страху «бути не тим» – то є страх запізнення в школу, страх не встигнути, отримати осуд, ширше це страх соціальної невідповідності і неприйняття. Крім шкільних страхів для дітей цього віку типовий страх стихії – природних катаклізмів: бурі, урагану, повені, землетрусів [18, 19].

Але аналізуючи іншу ситуацію, в 9-10 років у дитини до природних для даного віку страхів додається ще додатковий – все той же страх смерті, страх за своє життя, тому що більшість серцево-судинних захворювань є хронічними. І

це накладає відбиток не тільки на розвиток особистості дитини, а й на якість її навчання в школі, на її контакти з однолітками. Підвищена тривожність на фоні частого поганого самопочуття буде заважати дитині концентрувати свою увагу на навчанні, усвідомлення того, що вона нездорова і не така як всі, буде проявлятися в її відносинах з однолітками: буде проявлятися замкнутість, відгородженість від світу. Фізична астенія буде впливати на загальний емоційний стан – тут є можливість зниження мотивації (втрата віри у свої сили), аж до виникнення субдепресивних станів: діти завжди порівнюють себе з іншими, і це може погано вплинути на їх ще нерозвинену психіку. Також на загальному тлі найімовірніше можна спостерігати зниження самооцінки особистості.

Досліджуючи проблему емоційного розвитку дітей з серцево-судинними захворюваннями, можна говорити про формування такої риси як особистісна тривожність, яка є першою ознакою у нашій гіпотезі. Тривожність як властивість особистості, за Ж. Тейлор, традиційно визначають у вигляді тенденції переживання нейтральної ситуації як загрозливої і відповідної цьому поведінкової тенденції уникнення уявної загрози. Тривожність розглядається як стійка характеристика особистості, як її властивість, яка відображає потенціальну схильність розцінювати різні ситуації як ті, що містять в собі загрозу [20].

Але особистісна тривожність не обов’язково проявляється безпосередньо в поведінці, вона має вигляд суб’єктивного неблагополуччя особистості, що створює специфічне тло її життєдіяльності, гнітюче психіку. Аналіз публікацій дозволив нам виявити основні негативні сторони високого рівня особистісної тривожності:

1. Особистість з високим рівнем тривожності схильна сприймати навколишній світ як такий, що містить у собі загрозу і небезпеку в значно більшому ступені, ніж особистість з низьким рівнем тривожності. Наприклад,

тривожність «як переживання емоційного дискомфорту, передчуття небезпеки, що загрожує, є вираженням незадоволення значущих потреб людини, актуальних при ситуативному переживанні тривоги і стійко домінуючих за гіпертрофованим типом при постійній тривожності» [21].

2. Високий рівень тривожності створює загрозу психічному здоров'ю особистості і сприяє розвитку предневротичних станів [22].

3. Високий рівень тривожності негативно впливає на результат діяльності [23], відзначається кореляція тривожності із властивостями особистості, від яких залежить навчальна успішність [24].

4. Тривожність по-різному позначається на стійкості прояву навичок самоконтролю. При низькому рівні тривожності відзначається збереження впевненості у своїх силах, відсутність нервозності в разі помилок в діяльності – адекватне ставлення і прагнення виправити їх. Випробовувані з високим рівнем тривожності виявляли дратівливість і вступали в полеміку з експериментатором або, визнаючи свій неуспіх, прагнули пояснити його зовнішніми причинами. Крім негативного впливу на здоров'я, поведінку і продуктивність діяльності, високий рівень тривожності несприятливо позначається і на якості соціального функціонування особистості. Так, тривожність розглядається як джерело агресивної поведінки. Це відзначається в аналізі поведінки як дітей, так і дорослих, крім того, дослідження ряду авторів показали, що тривожність веде до відсутності у людини впевненості у своїх можливостях у спілкуванні [25], пов'язана з негативним соціальним статусом, формує конфліктні відносини [26].

Як ми бачимо, вирішення проблеми тривожності належить до гострих і актуальних завдань клінічної і вікової психології.

Далі другою ознакою йде астенія: досить часто в контексті особистісних особливостей дітей з серцево-судинними захворюваннями виділяється нервово-соматична ослабленість.

Часто мова йде про вибіркове ослаблення або дефіцитарність певних систем організму, найбільш підданих впливові стресу. Це можуть бути вегето-судинна лабільність у вигляді головного болю, нестійкості пульсу й артеріального тиску та інші. Виражається це хронічним перебігом соматичних захворювань, що вперше виник яка вегето-судинна дистонія і гормональна нестійкість в підлітковому віці.

Можливий і змішаний варіант, коли хронічний стрес, впливаючи через центральні регулюючі механізми, загострює вже ослаблені соматичні сфери організму і призводить до появи нових, психосоматично обумовлених порушень.

При ослабленні організму зростає кількість проблем у вихованні, тому що нелегко знайти підхід до дитини, яка часто хворіє.

Певне значення в патогенезі неврозів має і дизонтогенез, як з боку фізичного розвитку (наприклад, високе зростання у дітей, перш за все – дівчаток з тиками), так і з боку психічного розвитку, у вигляді нерівномірності його темпу в перші роки життя. Зазвичай це випередження або затримка окремих сторін психічного розвитку як вираження вікової нестійкості темпераменту у дітей з неврозами. Так, при заїканні ми нерідко бачимо деяку первинну затримку мовного розвитку з подальшим його «проривом» – прискоренням. Подібна нерівномірність відображає типові для неврозів в цілому труднощі поєднання контрастних рис темпераменту батьків, при заїканні – переважання флегматичного темпераменту одного з них на початку життя дітей, а потім холеричного темпераменту іншого, з наступним відносним вирівнюванням темпераменту за сангвінічним типом [27].

Найбільш частим симптомокомплексом є астенія. Її картина фактично однакова при серцевій і дихальній недостатності, при недокрів'ї, крововтраті, при самих різних інфекціях, при діабеті, при захворюваннях, пов'язаних з роботою на висоті і глибині тощо. Астенія виражається в підвищеній

втомлюваності, особливо під час виконання розумової роботи, навіть найпростішій (читання, перегляд телепередач, різного роду спори). Люди стають легко дратівливими, болісно реагують на дрібні неприємності, незлобиві глузування тощо. Роздратування швидко змінюється відчуттям важкої втоми. Увагу зосереджувати важко, утруднено згадування необхідної інформації в потрібний час і в потрібному місці, однак нагадування завжди допомагає. Нерідко спостерігається підвищена чутливість до світлових і особливо звукових подразнень. Страждає сон, він стає поверхневим, супроводжується кошмарними сновидіннями, після нього відсутнє почуття відпочинку, засипання також може бути тривалим. Настрій хворих завжди трохи знижений [28].

Взагалі астенія – один з найпоширеніших в практиці терапевта синдромів. Коротко даний симптомокомплекс можна описати як стан підвищеної стомлюваності з частою зміною настрою, дратівливою слабістю, виснажливістю, труднощами концентрації уваги. Крім того, для астенії характерні гіперестезія (непереносимість яскравого світла, гучних звуків), емоційна нестійкість, сльозливість, вегетативні порушення (лабільність артеріального тиску і пульсу, головний і м’язовий біль, численні неприємні тілесні відчуття, коливання температури, погіршення апетиту, підвищене потовиділення, сексуальна дисфункція) і розлади сну. При астенії звичайний щоденний відпочинок не зменшує відчуття втоми [30].

При цьому розлади астенічного спектру проявляються як самостійними синдромами, так і виступають в рамках більш складних психопатологічних утворень [31]. За даними авторів, перекривання астенії іншими симптомокомплексами (тривожними, депресивними, соматоформними) відзначається в 10-47% випадків і більше [32].

Астенічні розлади серцево-судинної етіології характеризуються почуттям втоми з ранку, ще до початку роботи і відновленням працездатності до

середини дня або до вечора. Тобто почуття втоми, зниження працездатності не залежать прямо від діяльності, тому що зумовлені порушенням кровопостачання, гіпоксією тканин мозку. При початкових формах переважають гіперстенічні розлади – дратівливість, неспокій, тривога, метушливість, порушується якість виконуваної роботи, оскільки підвищується відволікаємість, відсутність терпіння, швидко настає розчарування своєю діяльністю. Люди з астенічними розладами легко спалахують, захоплюються новими ідеями, новою роботою, з емоційним підйомом беруться за неї, але незабаром відволікаються, розчаровуються, не доводять намічене до кінця. Головні болі у таких хворих виявляються найчастіше вночі, при пробудженні, вдень зменшуються.

Також цей варіант астенічних станів характеризується наявністю в клінічній картині нападів сонливості, напівнепритомності, дратівливості, слабкості, порушень сну (типу безсоння вночі, сонливості в денний час), іпохондричним характером переживань пацієнта [33].

Астенічні розлади у хворих з серцево-судинними захворюваннями не зводяться до симптоматики важкої соматогенної астенії, зокрема до проявів вираженої фізичної виснажливості, повністю співвідносяться з рівнем соматичних порушень [34].

Своєчасна терапія астенічних порушень обумовлює комплексне підвищення якості життя хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Повертаючись до теми роботи, згадаємо, що ще однією відмінною рисою емоційної сфери людей з серцево-судинними захворюваннями є періодичні депресивні стани. Це явище є особливо небезпечним в дитячому віці, тому що часті негативні емоції і депресії можуть привести до некоректного розвитку особистості: спотвореного світосприйняття, неприйняття світу, і навіть себе.

Депресії і серцево-судинні захворювання взаємно обтяжують один одного. Серцево-судинне захворювання може стати причиною розвитку і

видозміни перебігу депресії (нозогенні, соматогенні судинні депресії). У свою чергу, депресії розглядаються як незалежний фактор ризику розвитку несприятливого перебігу і наслідків (скорочення терміну життя, збільшення летальності) серцево-судинних захворювань

Виділяють чотири форми взаємодії депресії і соматичних захворювань:

- депресія може виявлятися у вигляді соматичних розладів (замасковані, соматичні депресії);
- депресія як наслідок соматичного захворювання, наприклад, інфаркту міокарда або інсульту;
- співіснування депресії і соматичного захворювання;
- деякі лікувальні засоби (наприклад, антигіпертензивні препарати, кортикостероїди) можуть сприяти розвитку депресії.

Представляє інтерес діагностика депресивного епізоду. Згідно МКБ-10, якщо є два-три наступні ознаки, що зберігаються протягом двох тижнів, вони вважаються характерними для легкого депресивного епізоду:

- знижений (пригнічений) настрій, невластивий особистості раніше, спостерігається більшу частину дня, практично щодня протягом двох тижнів і мало змінюється від зовнішніх обставин;
- виразне зниження інтересів і задоволення від зазвичай приємної діяльності, втрата здатності радіти, отримувати задоволення від життя;
- підвищена стомлюваність, зниження енергійності, працездатності;
- зниження самооцінки і почуття впевненості;
- безпричинний осуд себе або надмірне і неадекватне почуття провини;
- думки про смерть або самогубство, суїцидальна поведінка;
- похмуре і песимістичне бачення майбутнього;
- знижена здатність до концентрації уваги, неуважність, коливання в прийнятті рішень, невпевненість, нерішучість;

- загальмованість або тривожна метушливість (порушення психомоторики);
- порушення сну будь-якого типу;
- зміна апетиту (підвищення або зниження) з відповідною зміною маси тіла;

Між депресивними розладами і захворюваннями серцево-судинної системи існує певний взаємозв'язок. Зокрема, відомо, що депресія істотно погіршує ефективність терапії серцево-судинної патології, знижує якість життя і соціальну адаптацію, впливає на перебіг хвороби, призводить до більш ранньої та підвищеної смертності [35].

У хворих з депресією і тривогою суттєво нижче толерантність до фізичного навантаження за даними навантажувальних тестів у порівнянні з хворими з аналогічним соматичним статусом без тривоги і депресії [36]. Нерідко виявляють і когнітивні розлади (порушення концентрації уваги, забудькуватість). Однак у міру поглиблення афективних розладів психопатологічні порушення значно змінюються, поступово набувають властивості ендогенної вітальної депресії. Незважаючи на поліпшення показників з боку соматичної сфери, присутні порушення астенічні і когнітивні [37].

Пацієнтів, які страждають на тривожно-депресивні розлади, відрізняє низьке бажання розмовляти про своє здоров'я, що створює додаткові труднощі для адекватної терапії [38]. Дослідження показують, що при наявності тривожно-депресивного розладу хворі рідше дотримуються здорового способу життя, гірше виконують лікарські рекомендації щодо дотримання дієти, відмови від куріння, обмеження алкоголю, режиму фізичної активності [39]. Важливо відзначити, що при поліпшенні психологічного статусу хворих прихильність до лікування і виконання лікарських рекомендацій підвищується [40].

Хворі, які страждають на серцево-судинні та тривожно-депресивні розлади, мають знижені показники варіабельності серцевого ритму, що ускладнює перебіг серцево-судинних захворювань. Причому відзначається пряма залежність зростання ВСР від зниження ступеня вираженості тривожно-депресивного синдрому [41].

Отже, проаналізувавши ряд літературних джерел, ми можемо сказати, що загальні особливості депресивних станів у хворих на серцево-судинні захворювання такі:

1. амбулаторний рівень розладів;
2. поліморфізм проявів;
3. анозогнозія свого стану.

Навіть перебуваючи в стані вираженої депресії, відзначаючи пригнічений настрій, хворі не розцінюють це як психічний розлад, а пов’язують свій стан з фізичними факторами, загостренням соматичного захворювання, загальною соціальною ситуацією (превалюють соматизовані компоненти депресії).

Клінічні прояви депресивних розладів у кардіологічних хворих досить своєрідні та атипові. Депресивний фон настрою, який вони описують як «поганий настрій», не має виражених добових коливань, але тісно пов’язаний з додатковими психотравмувальними обставинами (госпіталізація до кардіологічної клініки, призначення додаткових обстежень, відсутність бажаного результату від проведеної терапії). Нерідко у пацієнта в кардіологічній клініці депресивні порушення супроводжуються вираженою астенією. Хворі не здатні переносити ніяких навантажень. Має місце гіперестезія до звуків, світла, що обмежує поведінку. Астенія ще більше збільшується, якщо з’являються додаткові навантаження, на подолання яких не вистачає сил. Запас енергетичних можливостей у таких пацієнтів вкрай обмежений. Зовні хворі виглядають пригніченими. Моторна загальмованість виражена помірно, так само як і сповільненість асоціативних процесів. У ряді

випадків знижується апетит. Характер і ступінь вираженості депресивного розладу тісно пов’язаний з соматичною патологією, подальшим прогнозом для роботи і життя.

Хворі, фіксовані на серцево-судинному захворюванні, відчувають постійне почуття тривоги, іноді страху за своє життя; у деяких на тлі депресивного стану відзначається психічний аутизм як звуження кола спілкування. У ряді випадків має місце емоційна лабільність. Однією з ознак депресії при серцево-судинних захворюваннях є психологічне ставлення хворих до власного стану здоров’я. У цьому плані велике значення має гіпергнозія (висока суб’єктивна значимість переживань тілесного неблагополуччя).

Нерідко депресивні стани ускладнюються панічними атаками, які проявляються «нападами» страху, часом жаху навіть при незначних відчуттях дискомфорту в ділянці серця, супроводжуються сильною пітливістю, задишкою, серцебиттям і, як наслідок, страхом смерті; пацієнти намагаються уникати людних місць, громадського транспорту, будь-яких умов, які, на їхню думку, можуть спровокувати «напад». Практично у всіх пацієнтів часто відзначаються порушення сну.

Що ж стосується дітей, то тут ще не проводилося досліджень, особливо говорячи про дітей з вродженими серцево-судинними захворюваннями.

РОЗДІЛ 2
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

2.1. Організація та методика дослідження психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи

В сучасному суспільстві, де з кожним днем кількість серцево-судинних захворювань серед дітей зростає, потрібно займатися цією проблемою, і допомагати цим дітям успішно соціалізуватися, незважаючи на проблеми зі здоров'ям, навчиться з цим жити і знайти шлях найбільш продуктивної самореалізації.

За результатами аналізу теоретичного матеріалу ми прийшли до необхідності провести експериментальне дослідження проблеми.

Тому в цій частині було проведено дослідження особливостей емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями, оскільки не можна зрозуміти особистість, не знаючи що вона в даний момент відчуває.

Мета дослідження: емпірично виділити переважні стани емоційної сфери дітей 9-10 років.

Експериментальне дослідження спрямоване на вирішення наступних етапів:

1. Діагностика емоційної сфери дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.
2. З'ясування думки самих дітей щодо їх захворювання у ході бесіди;
3. Розробка комплексу заходів, спрямованих на корекцію негативних емоційних станів дітей, хворих на серцево-судинні захворювання;

4. Перевірка ефективності корекційно-розвиваючої роботи, спрямованої на усунення негативних емоційних станів.

В експерименті брали участь 36 дитини 9-10 років. Групу склали діти з третіх та четвертих класів. Вибірка була спеціально і ретельно відібрана - до групи увійшли діти з захворюваннями серцево-судинної системи, які підтверджені в їх медичних картках.

Основні діагнози дітей:

1) Кардіопатія – одне з серцево-судинних захворювань. Здебільшого це зміна в серці – відхилення від норм. Розділяють первинну і вторинну кардіопатію. Первинна – це вроджена, а вторинна – це не вроджена і, як правило, проявляється після частих гострих респіраторних захворювань, інфекційних захворювань, фізичного перевантаження, психологічних стресів тощо.

Причинами виникнення кардіопатії можуть бути дегенеративні або запальні процеси.

Найчастіше кардіопатія може проявлятися у дітей. Це може бути як вроджене захворювання, так і придбане дитиною протягом життя і розвитку. Дуже часто кардіопатія з’являється у дітей у віці 7-12 років. Якщо дане захворювання має прямий зв’язок з вродженим пороком серця або іншим ревматичним відхиленням, то воно проявляється, як правило, в найперші дні народження дитини [42].

В нашому випадку це саме вроджені пороки серця (12 дітей з 36).

2) Неревматичний кардит – це запальне захворювання серцевого м’яза, нерідко поєднується з залученням до процесу ендокарда й перикарда, не пов’язане з ревматизмом чи іншими захворюваннями системного характеру. У педіатрії широко використовується термін «кардит».

У дітей неревматичні кардити поширені більше, ніж серед дорослого населення. Частіше хворіють діти перших років життя, рідше – школярі.

За часом виникнення неревматичні кардити підрозділяються на вроджені і придбані, за течією – на гострі (тривалістю до 3 міс.), підгострі (до 18 міс.) і хронічні (більше 18 міс.), по тяжкості перебігу – на легкі, середньотяжкі і важкі. Ступінь тяжкості значною мірою визначається розвитком серцевої недостатності.

У нашій вибірці це захворювання зустрічається у 4 дітей, при чому у однієї дівчинки воно межує з ще однією вродженою патологією, про яку йтиметься в наступному пункті [43].

3) Пролапс мітрального клапану (ПМК) – провисання стулок клапану в порожнину лівого передсердя – явище, до якого не всі лікарі ставляться однозначно, тому що до цього часу не оцінено його ступінь ризику і діагностична значимість.

У більшості молодих хворих пролапс мітрального клапану не супроводжується вираженою мітральною недостатністю, не відбивається на самопочутті і є випадковою знахідкою при ехокардіографії. У частини хворих можуть відзначатися підвищене серцебиття, болі в області серця, іноді (не завжди) стенокардичного типу, схильність до непритомності, які можуть породжувати тривожність і недовірливість. При значній мітральній недостатності знижується переносимість навантажень. У частини молодих хворих звертають на себе увагу астенічна статура, пласка грудна клітка. Якщо пролапс супроводжує якесь захворювання, то симптоматика основного захворювання зазвичай виступає на перший план [44].

З раннього віку можуть бути виявлені ознаки диспластичного розвитку сполучнотканинних структур опорно-рухового і зв’язкового апарату (дисплазія тазостегнових суглобів, грижі).

У більшості виявляється схильність до простудних захворювань, ранній початок ангін, хронічний тонзиліт.

Неспецифічні симптоми нейроциркуляторної дистонії (НЦД) виявляються у 82-100% випадків, у 20-60% пацієнтів відсутні будь-які суб'єктивні симптоми. Основні клінічні прояви ПМК:

- кардіальний синдром з вегетативними проявами;
- посилене серцебиття і перебої в роботі серця;
- гіпервентіляційний синдром;
- вегетативні кризи;
- порушення терморегуляції [45].

Ця патологія (першого ступеню) присутня у 20 чоловік з 36. За словами лікаря школи, це явище стало настільки поширеним у наш час, що лікарі вже не беруть його до уваги як потенційно небезпечне, до того ж воно не завжди може прогресувати.

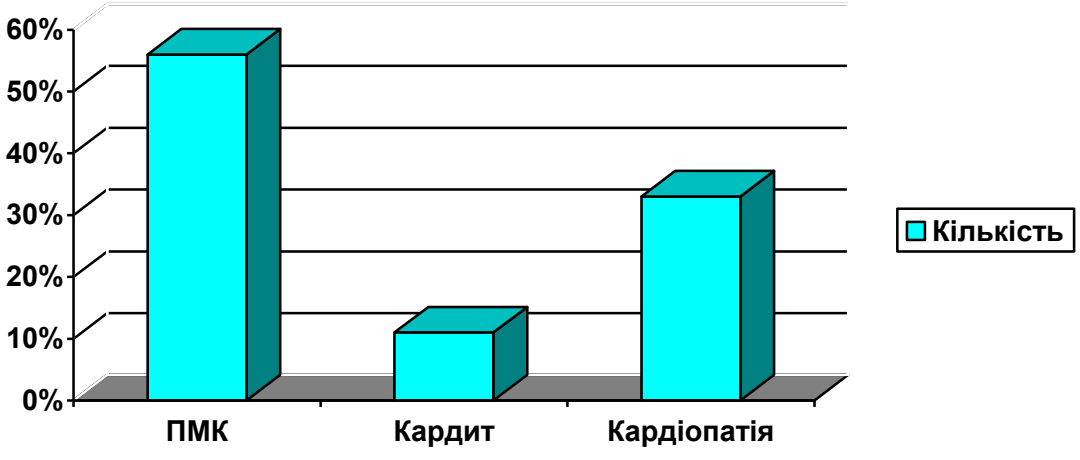


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл патологій серцево-судинної системи

Для діагностики особливостей емоційної сфери цих дітей використовувалися такі методики:

1. Шкала явної тривожності для дітей (CMAS)
2. Тест кольорових переваг М. Люшера.
3. Опитувальник дитячої депресії М. Ковакс.

Також в якості додаткового методу була використана бесіда.

Підбір методик був обумовлений тим, що саме вони дозволяють досліджувати виділені нами раніше риси емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Шкала явної тривожності примітна тим, що там є всі основні показники, за якими можна точно діагностувати особистісну тривожність. Там враховуються не тільки суб'єктивні показники, такі як «Мені було б страшно залишитися самому в будинку», «Я боюся за своє здоров'я», а й фізіологічні «Коли хвилююся, мені важко дихати, часто б'ється серце» та ін.

Методика призначена як для індивідуального, так і для групового застосування. Шкала явної тривожності для дітей (The Children's form of Manifest Anxiety Skale) призначена для виявлення тривожності як відносно стійкого утворення у дітей 8-12 років.

Тривожність в даному випадку розуміється як хронічне переживання психічної та соматичної напруги, що виявляється у втомі, дратівливості, нетерплячості, почутті внутрішньої скутості, схильності навіть з незначних приводів відчувати напади сильного страху і неспокою та ін.

Шкала була розроблена групою американських психологів А. Кастанеда, Б. МакКендлесс, Д. Палермо – 1956 р. на основі шкали явної тривожності Дж. Тейлор, призначеної для дорослих. Як відомо, шкала Тейлор була створена шляхом відбору з Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI) таких пунктів і складових його шкал, які відповідали б клінічним варіантом про хронічні тривожні реакції. Для дитячого віку в шкали явної тривожності, в свою чергу, були відібрані 42 пункти, які оцінені як найбільш показові з точки зору прояви хронічних тривожних реакцій у дітей. Крім того, дитячий варіант доповнений 11 пунктами, які виявляють схильність дитини свідомо спотворювати свої результати, даючи, з її точки зору, «правильну», «бажану» відповідь – так звана»шкала брехні», «шкала бачення

себе в кращому світлі» або «шкала спотвореного уявлення про себе» – тобто оціночною шкалою. Шкала Дж. Тейлор, звана «Особистісна шкала проявів тривоги», «шкала особистісної тривожності» та ін., отримала широке поширення в нашій країні як в психологічній практиці, так і в дослідницькій роботі [46].

Тест дитячої депресії М. Ковакс призначений для вимірювання рівня депресії у дітей від 7 до 17 років, в той час як більша частина опитувальників призначена для дорослих, і дитячих варіантів дуже небагато.

Це самостійна шкала з 27 пунктів, яка може пред'являтися дітям шкільного віку і підлітками. Надійно розрізняє дітей та підлітків з психіатричним діагнозом «велика депресія» від інших психопатологічних станів і здорових учнів школи. Чутливий до динаміки депресивних розладів, з плином часу опитувальник дає також показник глибини депресії.

Він був переведений на багато мов, тому може застосовуватися в обстеженні дітей з різних культур.

Тест у порівнянні з іншими інструментами, що вимірюють депресію у дітей, вимагає мінімальних навичок читання. Дає кількісні показники спектру депресивних симптомів:

- зниженого настрою,
- гедоністичної здібності,
- вегетативних функцій,
- самооцінки,
- міжособистісного поведінки.

Ряд пунктів тестує наслідки депресії, специфічні для дітей (наприклад, для школи) [47].

Третім тестом діагностики емоційної сфери учнів школи з ССЗ став «Тест колірних переваг» Люшера.

Останнім часом тест М. Люшера з використанням колірного ряду набув широку популярність як інструмент для виявлення емоційно-характерологічного базису особистості та тонких нюансів її актуального стану.

Основні переваги цієї методики:

- швидкість тестування;
- простота поставленого завдання;
- повна закритість від учасника експерименту психологічного змісту, фіксованого методикою;
- можливість багаторазового повторного тестування того ж учасника;
- результат тесту не залежить від точності самооцінки учасника і його здатності до вербалізації своїх станів.

Функція, тобто суб'єктивне ставлення до будь-якого кольору, у кожної людини індивідуальна. Один знаходить колір симпатичним, іншому він байдужий, третій відхиляє його як нудний, а четвертий вважає його просто потворним. Функція кольору формується за життя людини і сильно залежить від того, з чим пов'язують даний колір.

Люшер припустив, що якщо випробуваному пропонують оцінювати колір як такий, не асоціюючи його з будь-якими речами, то він буде орієнтуватися на об'єктивну структуру кольору, і якщо сигнальне значення певного кольору співпаде з можливостями і ведучою установкою його організму, то саме цей колір буде оцінено як найбільш приємний. На цих двох припущеннях і заснований тест кольорових переваг.

Даний тест здатний виявити як позитивні, так і негативні емоційні прояви особистості, тому був виділений нами як доцільний [48].

Отже, як ми бачимо, діагностика складалася з трьох психодіагностичних методик, і доповнювалася бесідою, оскільки проводилася в індивідуальному порядку з кожним учнем, результати якої представлені в наступній частині.

2.2. Аналіз результатів дослідження тривожності та депресії у дітей із захворюваннями серцево-судинної системи

Метою даного етапу експериментального дослідження є виявлення рівня тривожності у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання віком 9-10 років.

Для досягнення поставленої мети були висунуті наступні завдання:

1. Провести психодіагностичне дослідження з виявлення тривожності у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання 9-10 років.

2. Провести уточнюючу бесіду.

3. Встановити, чи існує залежність між проявами тривожності і серцево-судинними захворюваннями.

Для виявлення дітей з яскраво вираженою тривожністю була використана шкала явної тривожності для дітей (CMAS);

Шкала явної тривожності для дітей (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale - CMAS) призначена для виявлення тривожності як відносно стійкого утворення у дітей 8-12 років. Дана шкала складається з 53 тверджень, 11 з яких відносяться до шкали брехні.

У ході дослідження дитині пропонується прочитати кожне твердження і поставити галочку в колонці «вірно» або «не так».

У пропозиціях описані події, випадки, переживання. Дитині надається інструкція уважно прочитати кожну пропозицію і вирішити, чи може вона віднести її до себе. Також не можна давати на одну пропозицію одразу дві відповіді (тобто підкреслювати обидва варіанти) і пропускати пропозицію.

Після того, як дитина відповіла на всі твердження, підраховуються дані за контрольною шкалою – субшкалою «соціальної бажаності».

Потім на наступному етапі обробки підраховуються бали за субшкалою тривожності.

Первинна оцінка переводиться в шкальну. Як шкальні оцінки використовуються стандартні десятки (стени). Для цього дані випробуваного зіставляються з нормативними показниками групи дітей відповідного віку і статі.

Таблиця 2.1

Результати дослідження рівня тривожності у дітей з патологіями серця

	Кількісний показник
Нормальний рівень	12 дітей – 33%
Підвищений рівень	18 дітей – 50%
Дуже високий рівень	6 дітей – 17%

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що у більшості дітей вибірки спостерігається підвищений рівень тривожності – він представлений 18 дітьми з 36 (50%), тобто половина від усієї вибірки. Дуже високий рівень тривожності спостерігається лише у шістьох учнів з 36 (17%).

Рівень тривожності, який вписується у межі норми, мають 12 осіб з усієї вибірки (33%).

Тобто ми бачимо, що більше дітей з підвищеним і високим рівнями тривожності, ніж з нормальним.

Також цікавий той факт, що серед дітей з підвищеним рівнем тривожності більше дівчаток, ніж хлопчиків, що можна пояснити їх більшою емоційною чутливістю, особливо в цьому віці дівчинки сприймають все яскравіше.

У ході бесіди це припущення підтвердилося – хлопчики більш спокійно розповідали про себе, про свої проблеми зі здоров’ям, іноді навіть тоді, коли їх і не питали про це. Деякі діти коментували твердження № 6, говорили, що у них буває таке часто, і що вони вже звикли. Ці фрази були сказані без негативних

емоцій, що говорить про те, що уі діти звикли до свого діагнозу і сприймають це як природну частину себе.

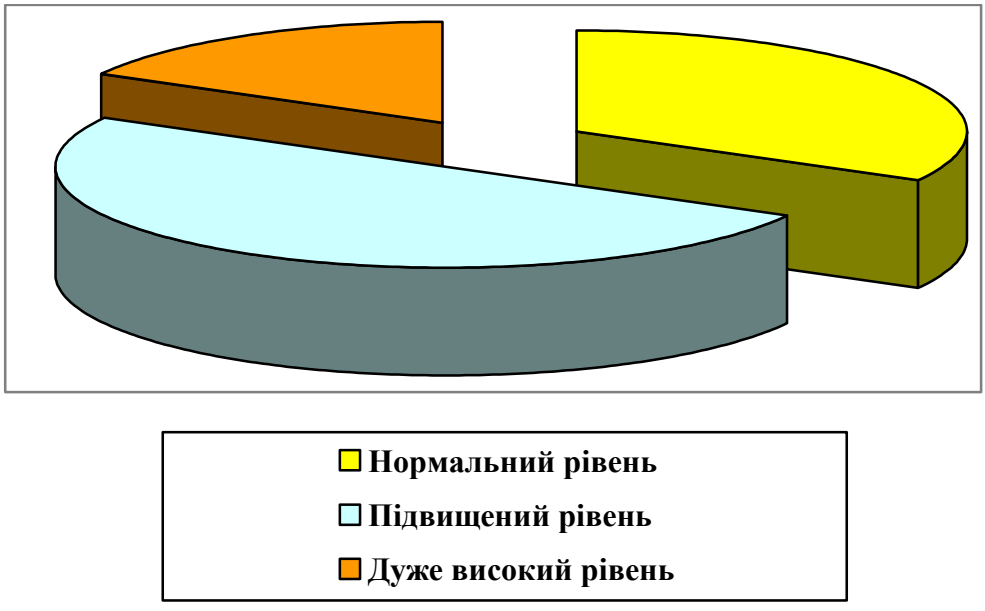


Рис. 2.2. Представлення результатів дослідження тривожності

Дівчата говорили про неприязнь до лікарень, що вони хвилюються при потраплянні туди, і бояться лікарів. Саме таке уявлення домінувало серед 6 дівчаток, які показали в результаті діагностики дуже високий рівень тривожності.

Також подібні судження були відзначені серед дітей з підвищеним рівнем тривожності.

Решта (12 дітей) спокійно міркували про різне, починаючи від навчання у школі, закінчуючи проблемами зі здоров'ям. Це говорить про позитивний емоційний розвиток та успішну соціалізацію.

Серед цих дітей є багато таких, хто дружить між собою. Хоча таке явище спостерігається досить часто і серед дітей з іншими соматичними захворюваннями, є приклад, коли дівчинка з цієї ж школи, з діагнозом «цукровий діабет» знайшла собі подружку з таким же діагнозом, що стало підґрунтям їх дружби, ця учениця говорила: «Вона розуміє мене як ніхто

інший». Таку ж тенденцію можна спостерігати і серед учнів із серцево-судинними захворюваннями, з розмови з'ясувалося, що чотири пари дівчаток і три пари хлопчиків є кращими друзями. Це в деякій мірі допомагає дітям зняти напругу і зменшити загальний рівень тривожності.

В цілому результати підтвердили частину гіпотези і припущення про те, що таким дітям необхідно психологічне супроводження і корекція.

Оскільки всі негативні наслідки підвищеної тривожності були описані раніше, то перший етап експериментального дослідження ще раз довів нам цю необхідність.

Також, слідом за діагностикою тривожності, ми провели діагностику депресивних станів серед групи дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Мета: виявлення рівня депресії у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання віком 9-10 років.

Для цього була використана методика «Опитувальник дитячої депресії», розроблений М. Ковакс, який дозволяє визначити кількісні показники спектру депресивних симптомів: зниженого настрою, гедоністичної здібності, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісної поведінки.

Тест являє собою самооцінювальну шкалу з 27 пунктів для дітей та підлітків від 7 до 17 років.

Опитувальник також є досить інформативним в інтерпретації, оскільки тут присутні п'ять шкал, за якими можна простежити окремі депресивні прояви:

1. Шкала А – загальне зниження настрою, негативна оцінка власної ефективності в цілому. Постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності.

2. Шкала В – ідентифікація себе з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм, неслухняність.

3. Шкала С – високий рівень переконання у невстигаємості в школі.

4. Шкала Д – високий рівень виснажливості, наявність почуття самотності

5. Шкала Е – негативна оцінка власної неефективності, наявність суїцидальних думок.

Щоб дізнатися загальний сумарний показник, усі шкали складаються.

У ході проведення методики дитині пред'являється її текст і дається інструкція відзначити в таблиці той варіант відповіді на кожне питання, який підходить їй більше за усі інші. Тобто, дитина повинна вибрати одне з трьох значень за кожним пунктом шкали, на підставі своїх вражень від останніх двох тижнів. За кожною шкалою тесту також підраховується бал.

Потім за допомогою спеціальної таблиці наступні показники конвертуються у Т-показники, які з урахуванням віку та статі дитини підраховуються за таблицею і далі в таблиці результатів сумарний показник співвідноситься з рівнем депресії.

Таблиця 2.2

Результати проведення методики виявлення рівня депресії на вибірці дітей з серцево-судинними захворюваннями

	Кількісний показник
Рівень нижче середнього	33 учня (92%)
Середній рівень	3 учня (8%)

Тобто, в результаті даної частини експериментального дослідження, ми можемо сказати, що переважна більшість не проявляє ознак депресії, що підтвердилося і в ході бесіди, де багато учнів показали себе товариськими і життєрадісними.

Три дитини з середніми результатами за тестом депресії підтвердили результаті в бесіді – вони малоактивні, песимістичні. До того ж, саме у цих трьох випробовуваних рівень тривожності виявився дуже високим, що є цінною

інформацією і базою для діяльності – саме такі учні вимагають найбільш пильної уваги з боку психолога.

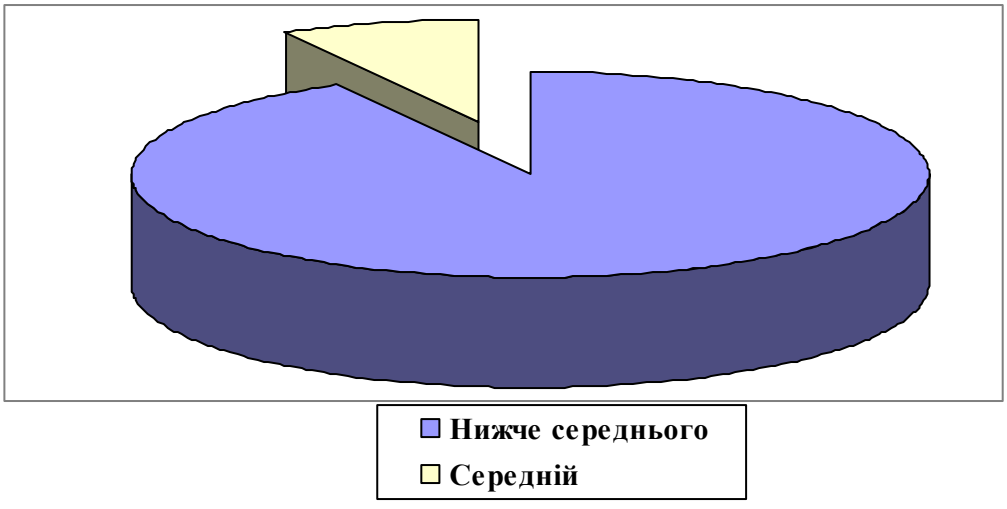


Рис. 2.3. Представлення результатів дослідження рівню депресії у діаграмі

Таким чином, після всього вищевикладеного, можна зробити висновок про те, що в цій частині експерименту гіпотеза не була підтверджена, і всупереч нашим очікуванням, більшість дітей із серцево-судинними захворюваннями не страждає від депресивних станів, а навпаки, ця частина вибірки є активною і цілеспрямованої.

2.3. Особливості емоційної сфери дітей із захворюваннями серцево-судинної системи за методикою колірних переваг М. Люшера

Даний етап діагностичного дослідження став заключним.

Його мета: дослідити всілякі сторони емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями за допомогою методики Люшера.

Методика, докладно описана нами раніше, включає в себе пред'явлення кожній дитині 8 кольорів. Колірний набір тесту складається з чотирьох основних і чотирьох додаткових кольорів. Кожен колір має свій порядковий номер.

Основні кольори і їх символічне значення:

№1 – синій колір. Символізує спокій, задоволеність, ніжність і прихильність.

№2 – зелений колір. Символізує наполегливість, самовпевненість, упертість, самоповагу.

№3 – червоний колір. Символізує силу волі, активність, агресивність, наступальність, владність, сексуальність.

№4 – жовтий колір. Символізує активність, прагнення до спілкування, допитливість, оригінальність, веселість, честолюбство.

Так як чотири основних кольори символізують основні психологічні потреби (потреба в задоволеності і прихильності, потреба в самоствердженні, потреба діяти і досягати успіху і потреба дивитися вперед і сподіватися), вони мають особливе значення. І якщо тест виконує здорова, врівноважена людина, яка вільна від конфліктів і пригніченості, то 4 основних кольори повинні займати перші позиції.

Додаткові кольори і їх символічне значення:

№5 – фіолетовий; №6 – коричневий; №7 – чорний; №0 – сірий.

Ці кольори символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, страх, смуток. Строго кажучи, чорний і сірий взагалі не можна назвати кольорами: чорний – це заперечення кольору, а сірий абсолютно нейтральний і безбарвний. Фіолетовий – це поєднання синього і червоного, а коричневий – поєднання оранжево-червоного і чорного, що дає в результаті темнуватий і досить млявий колір. Ні коричневий, ні фіолетовий кольори не є психологічними першоелементами, і вони були включені в тест після великого числа проб і помилок. Ці кольори в нормі повинні стояти в індиферентній зоні або відхилятися. Але на практиці часто виділяються і переміщуються до початку ряду на місце одного або кількох основних кольорів.

Хід проведення методики такий: потрібно перемішати кольорові картки і розкласти пофарбованою поверхнею вгору приблизно на однаковій відстані одну від одної. Після цього слід дати випробуваному наступну інструкцію: «Із запропонованих кольорів виберіть той, який Вам найбільше подобається. При цьому орієнтуйтеся на колір як такий, постарайтеся не пов'язувати його з якимись речами».

Після того, як була обрана потрібна картка, її відкладають вбік і кладуть пофарбованою стороною вниз. Далі потрібно попросити випробуваного вибрати найбільш приємний колір з решти семи. Усі відповіді випробуваного записуються.

Через дві-три хвилини потрібно знову перемішати картки і повторити процедуру обстеження. При цьому треба пояснити випробуваному, що дослідження не спрямоване на вивчення пам'яті і він повинен вибирати кольори так, як ніби він їх бачить вперше.

Таким чином ми провели заключний етап діагностики емоційної сфери дітей з серцево-судинними захворюваннями.

У результаті проведення методики колірних переваг Люшера ми побачили, що основними проблемами для дітей є взаємини з оточуючими, що є нормою для даного віку, відчуття неповноцінності і компенсація.

Ці висновки підтверджуються тим, що майже у половини вибірки (17 осіб) вибір найбільш приємного кольору ліг на додаткові кольори. Тобто діти могли поставити на перше місце чорний, сірий або коричневий колір. Наведемо як приклад такі комбінації:

- Вибір дітей, що позначили зелений колір як неприємний, а чорний як приємний, може інтерпретуватися таким чином: спостерігається напруга, викликана спробою впоратися з обставинами, які насправді вище сил і можливостей людини, що в свою чергу породжує значну тривогу і відчуття

неповноцінності, в яких дитина не зізнається. У своїх невдачах вона схильна звинувачувати оточуючих або не залежні від неї обставини.

- Якщо дитина сприймає червоний колір як приємний, а зелений як неприємний, це може свідчити про те, що як і раніше, спроба впоратися з обставинами викликає сильну тривогу і відчуття неповноцінності. Дитина намагається позбутися цього, віддаючи всі свої сили напруженій діяльності, хоче мати право діяти по-своєму. А надмірний самоконтроль може привести до некерованих спалахів гніву.

Тут також слід додати, що ці комбінації за тестом Люшера розглядалися окремо, і були помічені особливої позначкою: «!», «!!» або «!!!». Це означає, що дитина відзначила як найприємніший один з додаткових кольорів, а як самий неприємний – один з основних, що не є нормою, а свідчить про підвищену тривожність і компенсаторні тенденції.

Останнє підтвердилося й емпірично, у 21 дитини були виявлені механізми компенсації, що потім підтвердилося в розмові, наприклад, одна дівчинка сказала, що хоче танцювати, але їй не дозволяють через проблеми зі здоров’ям, тому вона займається малюванням.

А в одного з хлопчиків була виявлена навіть гіперкомпенсація: він, знаючи про свою вроджену патологію, займається спортом (боротьбою), пояснюючи це тим, що він нічим не відрізняється від інших, і якщо він буде тренуватися, то проблем зі здоров’ям у нього не буде.

З даних інтерпретацій тестової методики можна привести такі приклади проявів компенсації:

- Негативні вибори жовтого та фіолетового кольорів свідчать про стрес, викликаний постійними зусиллями сховати занепокоєння і тривогу під маскою впевненості в собі і безтурботності. Існуюча ситуація неприємна для дитини. Потреба в спілкуванні з людьми, чиї норми та цінності були б такими ж високими, як і її, залишається незадоволеною. Хоче виділятися з натовпу і

відчуття ізольованості перетворює цю потребу в непереборну спонукальну силу. Ця ситуація для неї особливо неприємна, оскільки зазвичай вона контролює свої бажання. Прагнучи довести іншим унікальність свого характеру, вона намагається придушити в собі потребу в інших людях. А щоб приховати страх власної неповноцінності, напускає на себе вид безтурботної самовпевненості, висловлюючи своє презирство тим, хто критикує її поведінку. Проте за удаваною байдужістю ховається потреба схвалення і успіху у оточуючих. Тобто можна говорити про розчарування, приховане удаваною байдужістю (група кольорів характеризує компенсацію).

- Тут дитині сподобався зелений колір, а червоний – ні. Це можна інтерпретувати як спробу впоратися з відчуттям неповноцінності. Дитина намагається позбутися цього, віддаючи всі свої сили напруженій діяльності.

Звернемо увагу, що останнє поєднання кольорів відзначено спеціальними знаками, тобто дитина заперечує основний колір, визначає його як найнеприємніший, що знову ж підтверджує присутність механізму компенсації і тривожних переживань.

Ще важливо відзначити, що більшість дітей виявили потребу в поліпшенні взаємин з оточуючими, які їх не влаштовують. Це підтверджено такими колірними виборами кольорів:

- Вибір чорного як позитивного, а синього як негативного кольору говорить про те, що тривога і невдоволення обставинами або емоційними потребами викликали значний стрес. Основною причиною дитина вважає відсутність будь-якого розуміння з боку оточуючих. Виробляє в собі зневажливе ставлення до них.

- Негативні вибори фіолетового та коричневого кольорів дає нам такі результати: у дитини є фрустрація потреби в близьких взаєминах, яка сублімується в художній або інтелектуальній творчості.

- Якщо дитина розглядаю жовтий та фіолетовий кольори як неприємні, то ми можемо сказати, що розчарування призвело до стриманого і недовірливого «віддалення» від інших та замкнутості. Дитина пригнічує свою вразливість і емоційність, розглядаючи їх як основу для формування ілюзій. Прагне за будь-яку ціну уникнути подальших розчарувань. Вона також вважає, що її обманюють і зловживають її довірою, тому замкнулася в собі і ретельно стежить за тим, щоб триматися подалі від інших. Мотиви інших людей в їх відношенні до неї піддає ретельній і критичній оцінці – щирі вони чи ні. Настороженість легко перетворюється на підозрілість і недовіру. «Обпікшись на молоці, на воду дуєш». Емоційне розчарування, що веде до настороженої недовіри до мотивів інших (група кольорів характеризує компенсацію).

Найголовніше, що нам варто згадати в аналізі результатів за даною методикою, є наявність в емоційній сфері дітей, хворих на серцево-судинні захворювання, астенічних проявів, наступні колірні вибори є тому свідченням:

- Прийняття зеленого кольору та неприйняття червоного дає нам такі результати: виснаження життєвої енергії зробило нестерпними будь-який подальший підйом активності або вимоги до нього. Це відчуття безсилля викликає у дитини роздратування і гострий біль. Вона намагається позбутися цього, вперто відстоюючи свою точку зору. Проте загальний стан безпорадності часто визначає безуспішність цих спроб. Тому людина дуже чутлива до критики.

- Наступним кольоровим вибором у нас був чорний як приємний та фіолетовий як неприємний колір. Цей вибір був неодноразовим серед дітей, та свідчить про те, що природна здатність дитини до всього підходити з позицій критичної «розбірливості» взяла перебільшену форму і перетворилася на ставлення «різкого критиканства». Все заперечує, незважаючи на факти.

- Вибір на користь сірого, та сприйняття зеленого як неприємного кольору можна інтерпретувати так: виснаження життєвої енергії зробило

нестерпним будь-яке збудження, будь-які вимоги ззовні. Відчуття безсилля призводить до втрати спокою, дратівливості, причиняє гострий біль, від якого людина намагається позбавитися, відмовляючись від активної участі у подіях.

- Багато дітей позначали червоний та фіолетовий кольори як негарні, що в свою чергу підтверджує нашу здогадку про те, що у дітей існує стрес, викликаний невдачею спроб домогтися розуміння і безпеки. Можливо серйозне нервове виснаження, а також порушення серцевої діяльності. Дитина відчуває сильні переживання, емоційне збудження, вона незадоволена ситуацією, що склалася, яку сприймає як неприємну і болісну, потребує розуміння та гарантій безпеки. Страждає від власного безсилля, невміння досягти бажаного, тому відчуває себе на грані нервового виснаження.

- Іноді зустрічалися відповіді, коли сірий та синій колір діти позначали як найгарніші. Ми можемо сказати, що такі діти сприймають існуючу ситуацію як мінливість долі. Вважають, що до них пред'являються дуже високі вимоги, намагаються уникати стороннього впливу, щоб не дати переконати себе.

І останнє, про що слід згадати, це позитивні риси дітей із серцево-судинними захворюваннями, які виявилися за допомогою методики Люшера. У першу чергу, це той факт, що деякі з піддослідних налаштовані оптимістично, вони цілеспрямовані, активні.

Про це можна судити, наприклад, за такими відповідями:

- Вибір на користь зеленого та червоного кольорів. Дитина шукає успіху, хоче подолати перепони та опір і приймати рішення самостійно. Вона прагне до того, що собі намітила, і проявляє ініціативу, не бажає відчувати себе залежною від прихильності інших людей.

- Дуже часто учні позначали коричневий та чорний кольори як неприємні. Такі учні прагнуть до вільного розвитку у відповідності з власними переконаннями. Хочуть, щоб їх поважали. Хочуть розвивати свої здібності, використовувати усі можливості, а також проявити себе як особистість і

усунути внутрішніх протиріч. Дитина, яка робить такий вибір, має тенденцію до розвитку і не дозволяє зовнішнім заборонам перешкоджати своїм намірам.

- І нарешті часто зустрічався вибір на користь зеленого та жовтого кольорів. Тут ми бачимо, що дитина, яка обрала їх, відчуває потребу зміни умов, зміни існуючих обставин. Для неї характерна емоційна нестійкість і вміння грати різні соціальні ролі, демонстративність, тобто дитина висловлює прагнення вдало проявити себе і сподобатися оточуючим. Вона прагне до того, щоб будь-яка діяльність приносила задоволення.

Отже, за результатами проведеного дослідження можна сказати, що частина нашої гіпотези підтвердилася: у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання присутні підвищена тривожність та астенічні стани. Які, в свою чергу, можуть провокувати зниження самооцінки, самовпевненості, погіршення відносин з оточуючими. Однак ми знайшли і позитивні риси характеру таких дітей: в силу компенсаторних механізмів вони налаштовані активно досягати своїх цілей і доводити всім свою гідність.

Взагалі за допомогою цієї методики ми виявили такі явища, які зустрічаються найчастіше серед інтерпретацій виборів дітей:

- схильність до переживання стресів,
- емоційна напруга,
- постійна тривога,
- замкненість у собі,
- недостатність життєвих сил,
- труднощі у відносинах з іншими,
- дуже критична позиція,
- бажання залишитись у спокої.

Як ми бачимо, це негативні тенденції, які призводять до зниження самооцінки, відчуття невпевненості у собі. Такі діти сприймають навколишній світ як дуже складний, як такий, що настроєний проти них. Це призводить до

таких наслідків, як труднощі у спілкуванні, як ми бачимо з результатів проведення методики. Також потреба в емпатійних відносинах та повному взаєморозумінні не вдоволена. Тому дитина буде сприймати існуючи відносини як гнітючі, тому виникає напруга, та бажання залишитися наодинці.

Але були виявлені і позитивні інтерпретації, які можна узагальнити таким чином:

- прагнення до гармонії,
- бажання упорядкувати ситуацію,
- тенденція до саморозвитку,
- бажання самостійно керувати своїм життям,
- прагнення до використання різних можливостей.

Таким чином, ми бачимо, що діти намагаються іноді компенсувати те, чого їм бракує, і не дивлячись на усі бар'єри, усі негативні емоціональні прояви та стани, вони прагнуть до розвитку, самостійності та гармонії.

Підводячи підсумки проведеного дослідження, ми можемо стверджувати, що гіпотеза підтвердилася, але не повністю, а саме, у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання були виявлені: підвищений рівень особистісної тривожності, астенічні стани, але не було виявлено депресивних станів, як ми припускали.

Ці судження можна підкріпити такими статистичними даними:

Що стосується тривожності, то вона була визначена за допомогою шкали явної тривожності для дітей (CMAS. За результатами тестування у більшості дітей вибірки спостерігається підвищений рівень тривожності – він представлений 18 дітьми з 36 (50%), тобто половина від усієї вибірки. Дуже високий рівень тривожності спостерігається лише у 6 учнів з 36 (17%). Рівнем тривожності, який вписується у межі норми, мають 12 осіб з усієї вибірки (33%).

Говорячи про астенічні стани, емпірично наше припущення було підтверджено за допомогою методики колірних переваг Люшера, яка виявила такі особливості:

- виснаження життєвої енергії;
- нервове виснаження, а також порушення серцевої діяльності;
- відчуття безсилля;
- стан безпорадності;
- сприйняття ситуації як неприємної і болісної;
- усвідомлення власного безсилля;
- сприйняття існуючої ситуації як мінливості долі;
- думка про те, що до людини пред'являються дуже високі вимоги.

Такі явища зустрічалися в інтерпретаціях виборів кольорів у 15 осіб (42% від загального числа вибірки).

В бесіді ці дані були підтверджені, також за допомогою спостереження. Деякі діти говорили, що не знають чого хочуть у майбутньому, не уявляють, якими вони будуть через 5 років. Вони не висловлювали бажання вчитись, але говорили, що усі уроки роблять систематично, бо так треба. Це ще раз підтверджує ту частину гіпотези, де ми говорили про наявність астенічних проявів.

І тепер мова піде про ту частину гіпотези, яка емпірично не підтвердилася. Це припущення про те, що у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання, бувають періодичні депресивні стани.

На даному етапі нами була використана методика «Опитувальник дитячої депресії», розроблена Марією Ковакс.

Однак, всупереч припущенням про те, що хоча б у половини вибірки буде виявлено середній рівень депресії, результати отримали наступні: більшість вибірки (33 учня, що складає 92%) показали результати в межах рівня нижче середнього, тобто це норма для здорових дітей. І лише 3 учні, (або 8%),

показали результат середнього рівня. Що, по суті, також не є великою небезпекою, хоча саме ці два учні підтвердили результати тестування під час бесіди – вони налаштовані найбільш песимістично в порівнянні з іншими дітьми, хоча їх діагнози не є найважчими.

Звідси ми можемо зробити висновок про необхідність написання корекційної програми, метою якої буде зниження тривожності та усунення астенічних станів. Також, хоча у більшості депресивні стани і не були виявлені, можна включити вправи з їх профілактики, щоб вивести меншу частину вибірки на оптимістичний лад і продуктивну взаємодію, а також як профілактичну міру для інших.

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

3.1. Зміст, план, та основні завдання корекційної роботи з дітьми із захворюваннями серцево-судинної системи

За результатами емпіричного дослідження, ми виявили, що дітям, що страждають на серцево-судинні захворювання притаманні наступні особливості емоційної сфери:

- підвищена тривожність, страхи;
- астенічні стани.

Актуальність створення програми занять зумовлена зростанням кількості серцево-судинних захворювань серед дітей, як вроджених, так і придбаних.

Мета програми: Оптимізація емоційного розвитку дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Виходячи з мети корекційної програми ми поставили такі завдання:

1. Навчити дітей розпізнавати свої емоції і почуття.
2. Знизити рівень тривожності.
3. Виробити позитивне ставлення дітей до свого фізичного стану і тіла.
4. Навчити бачити позитивні сторони і якості людей і світу.
5. Показати ефективні способи взаємодії з людьми і прийоми спілкування.
6. Підвищити мотивацію школярів, особливо мотивацію досягнення.
7. Допомогти в побудові позитивного «Я-образу»

Всього в програмі передбачено 12 занять, кожне з яких відповідає поставленим завданням. Вправи підбиралися відповідно до теми і завдання заняття.

Таблиця 3.3

Список корекційних занять

№	Тема заняття	Тривалість	Мета
1	«Здрастуйте, це я!»	30 хвилин	Познайомитися з групою, увійти в контакт з дітьми.
2	«Мій настрій»	30 хвилин	Навчити дітей розпізнавати свій настрій, навчити контролювати його.
3	«Мої почуття та емоції»	30 хвилин	Навчити дітей розуміти, що вони відчувають в даний момент, і що відчувають інші люди.
4	«Чи є привід для хвилювань?»	30 хвилин	Знизити рівень тривожності, навчити дітей релаксувати, не боятися стресів.
5	"Я і моє тіло»	30 хвилин	Сформувати у учнів адекватне ставлення до свого тіла й здоров’я.
6	«Переваги і недоліки»	30 хвилин	Навчити бачити в собі та інших переваги и не перейматися із-за недоліків
7	«Світ природи»	30 хвилин	Ознайомити дітей із цінністю й красотою природи, навчити їх радіти навіть дрібницям.
8	«Люди та спілкування з ними»	30 хвилин	Навчити ефективним навичкам спілкування, підвищити бажання спілкуватися із оточуючими.
9	«Я хочу і я зможу все»	30 хвилин	Підвищити мотивацію досягнення, навчити ставити чіткі цілі.
10 11	«Хто я?»	30 хвилин	Допомогти дітям створити позитивний «Я-образ».
12	«Новий погляд»	30 хвилин	Закріпити те, що пройшли раніше.

3.2. Корекційна програма негативних психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи *Заняття №1*

Тема: «Здрастуйте, це я!» – 30 хвилин.

Мета заняття: познайомитися з групою, увійти в контакт з дітьми.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, ватман.

1. Привітання, знайомство (10 хв.).

- Гра «Сніжний ком»: діти сидять в крузі, запам’ятовують імена учасників групи, а потім повторюють їх вголос;

- Вправа-розминка «Що я люблю?»: діти, сидять в крузі й говорять по черзі, розповідають що вони люблять з їжі, одежі, у що полюбляють гратися, які книжки знаходять найцікавішими тощо.

1. Основна частина заняття (20 хв.).

- Вправа-розминка «Росточок під сонцем»: діти перетворюються на маленький росточок (згортаються в клубочок і обхоплюють коліна руками), все частіше пригріває сонечко і він починає рости, тягнутися до сонечка.

- Гра на згуртування групи «Паровозик и вагони»: діти стають у коло, хтось один – паровозик. Він починає рухатися всередині кола, підходить до дитини з кола і питає: «Який ти?». Той відповідає (наприклад, веселий). Паровозик каже: «Такий вагончик мені потрібен!». Вони рухаються далі по колу разом, підходить до третьої дитини, паровозик знову питає: «Який ти?». Той відповідає (наприклад, добрий), і його беруть із собою. Якщо відповідь повторюється, паровозик відзначає, що такий вагончик у нього вже є, і проїжджає далі. Наприкінці гри має утворитися довгий поїзд, у якому будуть усі діти класу.

- Вправа «Художники-натуралісти»: потрібен великий аркуш паперу (А-2), на якому усі діти нарисують сліди невиданих звірів. Кожна дитина має намалювати хоча б один слід.

1. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв’язок, обговорення заняття.

Заняття №2.

Тема: «Мій настрій» – 30 хвилин.

Мета заняття: навчити дітей розпізнавати свій настрій, навчити контролювати його.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, магніт.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Добрий ранок»: Діти разом із психологом сидять в крузі. Усім пропонується привітати один одного: «Добрий ранок Саша … Оля…и т.д.» , які треба проспівати.

2. Основна частина заняття (20 хв.).

- Гра «Який настрій у гномів?»: 6 малюнків з гномами, у всіх них – різне вираз обличчя, діти повинні вгадати, який у кого настрій по міміці. Потім записати в зошит – з яким кольором у них асоціюється той чи інший настрій. Про кожного гномика придумують разом історію – чому він сумний або веселий, розсерджений або спокійний? Що сталося у нього в житті?

- Гра «Інтонації»: діти сидять в крузі, кожен з них має сказати слово «Їжак» з різною інтонацією, повторюватись не можна.

- Дослід «Подібне притягує подібне»

Хід досліду:

Дозвольте дітям трошки погратися з магнітом. Нехай вони поспостерігають за , які з предметів притягують магніт, а які ні. Якщо діти не знають, повідомте їм, магніт притягує ті предмети, що містять залізо.

«Існує закон, який говорить: «Подібне притягує подібне». Цей закон називають законом тяжіння. Його вважають найголовнішим законом нашого Всесвіту. Згідно цього закону, коли у нас виникають ті чи інші думки і почуття,

наше тіло відправляє імпульс енергії. Одночасно ми притягуємо таку ж енергію чи вібрацію зовні.

Дозвольте мені розповісти вам, як діє цей закон. Уявіть, що предмети, які находяться тут, включаючи магніт, – це наші думки. Припустимо, що наш магніт – це щаслива думка (прикріпіть до магніту смужку паперу з написом «Щаслива думка»). Наприклад, це може бути думка: «У мене багато чудових друзів».

Ось перед нами на таці два предмети. Один з них – радісна думка: «Я гарно співаю» (покажіть дітям предмет, що намагнічується). Інший предмет – це сумна думка: «Спортсмен я нікудишній» (покажіть дітям предмет, що не намагнічується). Як ви думаєте, яку із цих двох думок притягне до себе наша «Щаслива думка»? Дочекайтесь відповіді дітей.) Згадайте, закон говорить: «Подібне притягує подібне», Цілком зрозуміло, вона притягне до себе радісну думку. Давайте перевіримо, чи повториться це знову. Ось думки: «Учитель любить мене» і «Мій брат – жалюгідний негідник». Напевно наша «Щаслива думка» притягне до себе те, що викликає у нас радість» (відразу забирайте з таці ті предмети, які вам більше не знадобляться).

Тепер давайте візьмемо інший магніт (якщо їх у вас два, або ж змініть назву на попередньому) і назвемо його «Нещаслива думка». Вам знайомі такі думки, який бідний я, нещасний!» і «Ніхто мене не любить»? Як ви думаєте, які думки притягне подібне висловлювання? Згадайте про закон! Цілком можливо, що, якщо ви зосередитеся на цій думці, ніхто не захоче з вами товаришувати. Ви можете назвати приклади нещасливих думок? Кожна з них тягне за собою іншу, таку ж нещасливу», уточись магнітом та іншими предметами, покажіть, як одна нещаслива думка притягує до себе подібні думки.

«Люди, у яких виникають тільки щасливі думки, притягують до себе щасливих людей, з якими завжди приємно спілкуватися. І навпаки, ті, у кого найчастіше з’являються нещасливі думки, притягують до себе людей

нещасливих і понурих, разом з їхнім сумним життєвим досвідом. Усі люди відсилають різні імпульси, у залежності від того, якою енергією – позитивною чи негативною – вони заряджені. У відповідь на їхні сигнали до них надходить або позитивна, або негативна енергія.

Установка, що пропонується: «Я думаю про хороше і притягую до себе тільки хороше»

- Гра «Покажи настрій»: діти по одному показують різний настрій, інші намагаються відгадати, що саме показував ведучий.

2. Прощання (5 хв.).

- Усі бажають один одному хорошого настрою.

- Зворотній зв'язок, обговорення заняття.

Заняття №3.

Тема: «Мої почуття та емоції» – 30 хвилин.

Мета заняття: навчити дітей розуміти, що вони відчувають в даний момент, і що відчувають інші люди.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, м'яч.

3. Привітання, розминка (5 хв.).

- Гра-розминка «М'яч привітання»: діти кидають м'яч випадковому учаснику групи і говорять «Привіт, я радий тебе сьогодні бачити».

3. Основна частина заняття (20 хв).

- Бесіда на тему «Почуття»:

На основі емоцій у людей виникають почуття. Вони, так би мовити, «доповняють емоції» і завжди пов'язані з ким-небудь або з чим або: наприклад, почуття любові до людини, до батьківщини, до Бога, почуття ненависті до ворога і т.п.

На відміну від емоцій, почуття стійкі і глибокі, саме вони роблять наше ставлення до різних сторін життя постійним. Одні й ті ж почуття можуть

існувати в людині протягом усього його життя і навіть супроводжуватися протилежними емоціями (не тільки позитивними, але й негативними).

Коли нас ображає кохана людина, ми якийсь час сердимося на нього, переживаємо негативні емоції, однак наше постійне ставлення до нього зберігається.

Наприклад, мати, як би вона не любила свою дитину, може бути обурена його вчинком, тим не менш навіть тоді вона продовжує любити його.

Почуття – емоції, які супроводжують оцінку певних суспільних явищ, прояв хвилювання, душевного наснаги; емоції, викликані конкретними душевними переживаннями.

Саме стійкі, глибокі почуття роблять людське життя змістовної, допомагають досягти найвищих і найскладніших цілей!

- Вправа «Прислухайся до себе»:

Ми з вами знаємо, що в нашому Внутрішньому Світі живуть почуття. Вони дають про себе знати через нашу міміку, жести, інтонацію. Міміка — це виразні рухи обличчя. Міміка дозволяє нам зрозуміти співрозмовника, розібратися, які почуття він переживає.

Завдання:

- підніміть брови, широко розплющте очі і рота (здивування);
- опустіть вниз кінчики брів, губ, прижмурте очі (смуток);
- насупите брови, розтуліть рота, зімкніть зуби (злість);
- очі та рот широко відкрийте, обличчя напружте (страх);
- брови сильно підняті, очі сяють, рот — у широкій усмішці (веселощі);
- брови, очі, рот у нейтральному стані (спокійні).

- Вправа-гра «Відчуй себе одним з…»:

Уявіть собі, що ви в казковому лісі. У цьому лісі росте багато різних дерев, кущів і квітів. Відчуйте себе одним із них і зобразіть його. Скажіть яке ви дерево (кущ, квітка). (3-5 хвилин). Тепер уявіть, що у вашому лісі почав дути

сильний вітер. Вашому дереву необхідно вистояти, для цього воно має відчути свою міць, силу і гнучкість. (Ведучий сам або за допомогою вентилятора зображає вітер, а учасники уявляють свою взаємодію з ним протягом 3-5 хвилин).

Вітер у казковому лісі буває різним. Зараз він теплий, навіть гарячий, але раптом подув холодний, колючий вітер, деревам стало холодно... А ось знову визирнуло сонечко, і деревам стало тепло, легкий вітерець обдуває їх. Тепер уявіть собі, що ви самі перетворюєтесь на вітер. Він кружляє над казковим лісом Ви перетворюєтесь на сильний вітер, справжній ураган. Раптом ураган стихає, і ви перетворюєтесь на теплий ніжний вітерець, вільний і легкий.

Діти зображають вітер. Під час цієї гри особливо важлива безпосередня участь психолога у медитації, а також інтонація його голосу

- Малюнок свого звичного емоційного фону: діти малюють той настрій, який у них зазвичай переважає, почуття і емоції, які вони відчувають найчастіше.

4. Прощання (5 хв).

- Зворотній зв’язок, обговорення заняття.

Заняття №4.

Тема: «Чи є привід для хвилювань?» – 30 хвилин

Мета заняття: Знизити рівень тривожності, навчити дітей релаксувати, не боятися стресів.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, магнітофон.

1. Привітання, розминка (5 хв).

- Вправа «Круг привітання»: кожна дитина в крузі по черзі вітає усіх, говорить як вона провела ті дні які пройшли з моменту останньої зустрічі.

2. Основна частина заняття (20 хв).

- Релаксаційна вправа «Спокійне місце для роздумів»

Трішки подумайте і поставте запитання, на яке вам хотілося б знайти відповідь. Чи є у вас такі запитання? Я покажу, як ви зможете відповісти повністю або частково на своє запитання.

Сядьте зручно і заплющте очі... Зробіть три глибокі вдихи і видихи і знайдіть у собі точку внутрішнього спокою — таке місце в душі, де затишно і спокійно.

Якщо ви добре прислухаєтеся, то зможете почути, як хвилі м'яко набігають на берег. Може, спочатку шум моря чується десь далеко, але поступово гомін хвиль стає дедалі голоснішим. Потім хвиля біжить назад... і знову набігає на берег... і знову відступає...

Ритм прибою звучить рівно, він заспокоює. Нехай хвилі змиють і віднесуть ваші проблеми. І подібно до того, як хвилі розгладжують пісок на березі, вони можуть зробити ваш розум спокійним і ясним.

Сонце схиляється до обрію і забарвлює небо в золоті, червоні, рожеві і бузкові тони. Ви відчуваєте тепло вечірнього сонця всім тілом і, дивлячись на воду, бачите блищики, що граються там. Наберіть повітря на повні груди і відчуйте солонуватий запах моря. Морське повітря свіже і трішки вологе. Ви чуєте, як кричать чайки, дозволяючи вітру відносити себе високо в небо. Інколи вони ширяють, майже завмираючи у зустрічному потоці повітря. Ви спокійні,замирені зі світом. Скористайтесь спокоєм і тишею моря, щоб поставити собі важливе запитання. Знайдіть для нього прості і зрозумілі слова. І поки ви будете тихо вимовляти своє запитання, дивіться в морську далечінь і будьте готові до того, що море дасть якусь відповідь.

Можливо, ви почуєте цю відповідь скрізь гомін прибою... Можливо, море покаже якусь картину, якийсь образ... можливо, кожен із вас відчує у собі щось, що допоможе знайти правильну відповідь... Може бути і так, що море просто підкаже нові слова, щоб ви змогли чітко й ясно сформулювати свою відповідь (пауза на 30 секунд).

У будь-якому випадку тепер ви знайомі з цим тихим і спокійним місцем у глибині душі. І ви зможете повертатися сюди в будь-який час, коли захочете обдумати щось важливе.

- Корекційна бесіда:

- Коли ви відчуваєте тривогу?

- Чи можете ви її контролювати?

- Які ви знаєте прийоми подолання тривожних станів?

- Вправа «Приємні спогади». Учню пропонуємо уявити ситуацію, в якій він відчував повний спокій, розслабленість, і як найяскравіше пригадати всі відчуття, пов'язані з цією ситуацією.

- Вправа "Використання певної ролі". В складній ситуації учню пропонується яскраво уявити собі і обрати роль для наслідування, ввійти в цю роль і діяти так, ніби це він сам.

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв'язок, обговорення заняття.

Заняття №5.

Тема: «Я і моє тіло» – 30 хвилин

Мета заняття: Сформувати у учнів адекватне ставлення до свого тіла й здоров'я.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, аркуші паперу.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Як твої справи?»: діти сидять в крузі, один з них кидає іншому м'яч, запитуючі «Аліса, Петя, Оля …. як твої справи?», той приймає м'яч, відповідає на питання, та передає наступному. Вправа закінчується тоді, коли на питання дадуть відповідь усі діти.

Основна частина заняття (20 хв.).

- Гра «Роби як я»: діти розбиваються на пари, перший номер показує рухи, другий номер повторює, далі вони обмінюються ролями.

- Бесіда про те, як люді повинні доглядати за собою, що їх здоров'я – велика цінність, яку треба оберігати.

Кожна нормальна людина прагне прожити своє життя довго і щасливо. Але чи все ми робимо для цього?

Що таке здоровий спосіб життя? Під здоровим способом життя розуміється оптимальний режим роботи і відпочинку, збалансоване харчування, достатня рухова активність, дотримання правил особистої гігієни, загартовування, відсутність згубних звичок, любов до людей, позитивне сприйняття життя. Здоровий спосіб життя дозволяє бути до старості здоровим психічно, морально і фізично.

Будь-яка жива клітина потребує поповнення матеріалів, що входять до її складу. Для підтримки здорового способу життя необхідно, щоб витрати цілком покривалися їжею. Цілком природно, що харчування людини повинне включати компоненти, які входять до складу її організму, тобто білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінерали та воду.

Доглянутість – це обов'язкова якість і неодмінна умова для людини, яка веде здоровий спосіб життя, незалежно від її статі чи віку. Хоча поняття доглянутості дещо розмите, очевидно, що стан шкіри, волосся на голові, обличчі та тіла, нігтів, зубів, фігури укупі з гармонійністю, чистотою і акуратністю одягу, взуття та аксесуарів, а також аромату людини характеризують її доглянутість повною мірою. Доглянутість – це далеко не зовнішній вигляд, швидше коли Ви спокійно і невимушено можете зняти з себе все, що на Вас надіте, і не станете від цього гіршими Ви можете вважати, що доглянуті.

Існують десятки захоплень (хобі), якими займаються люди у вільний час. Серед них є дуже поширені і абсолютно нешкідливі (в'язання, вишивання, рибалка, туризм тощо), а є й такі, які з часом перетворюються на залежність

(наприклад, ігроманія). Для людини, яка веде здоровий спосіб життя, наявність хобі – могутня підтримка психічного здоров'я і гармонії з навколишнім світом.

Корисні поради щодо здорового способу життя:

1. Раціонально харчуйтеся.

2. Дотримуйтеся режиму дня. Лягайте та вставайте в один і той же час. Це найпростіша порада виглядати красивим та здоровим.

3. Будьте психологічно врівноважені. Не нервуйте.

4. Не зловживайте шкідливими звичками. Адже це основні чинники, що погіршують здоров'я.

10. Частіше гуляйте у парку, на свіжому повітрі, подалі від автомобілів та інших забруднювачів повітря.

11. Творіть добро. Адже на добро відповідають добром. Воно обов'язково до Вас повернеться у вигляді гарного самопочуття та настрою.

- Міні-твір «Цінності»: Кожна дитина на окремих аркушах пише, що для неї у житті найголовніше і чому, потім всі аркуші з творами здають психологу для аналізу.

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв'язок, обговорення заняття.

Заняття №6.

Тема: «Переваги и недоліки» – 30 хвилин

Мета заняття: Навчити бачити в собі та інших переваги и не перейматися із-за недоліків.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Круг привітання»: кожна дитина в крузі по черзі вітає усіх, говорить як вона провела ті дні які пройшли з моменту останньої зустрічі.

2. Основна частина заняття (20 хв.).

- Гра «Витягни запитання»:

Наша скринька вже порожня. У неї я покладу запитання. На білих картках — прості, а на червоних — гострі, тобто такі, на які не кожен наважиться дати відповідь.

Можливі запитання...

На білих картках:

- Яка риса характеру тобі подобається у твоєї мами, тата, у самому собі?
- Яка риса характеру починається з літери «н»? (Надійність, наполегливість тощо). Назви своє ім’я, визнач першу літеру, назви рису характеру, яка починається з цієї літери.
- Чи можна назвати тебе справедливим? Як ти виявив справедливість?
- Чи можна тебе назвати чесним, охайним, добрим, ввічливим, турботливим, працелюбним?

Відповідаючи на ці запитання, читаємо визначення рис, записаних у зошиті.

На червоних картках:

- Коли ти востаннє збрехав?
- Чи крав ти у своєму житті?
- Було так, щоб ти вдарив когось?
- Чи вживаєш ти грубі слова?
- Про що тобі неприємно згадувати?
- Чи було таке, що ти не поступився комусь і зараз про це шкодуєш?

- Казка «Чапля» , обговорення казки:

Чапля мріяла побачити себе з іншого боку. Вона тихенько стояла на одній нозі на краю озера й чекала, поки заспокояться брижі, і вода розгладиться. За цим заняттям вона проводила дні й тижні. Річ у тім, що побачити своє відображення у неї виходило не так часто – то вітер дуже сильний, то жабенята дражнили її і постійно каламутили воду. А то, бувало, сонце світило із зовсім

непідходящої сторони й доводилося мружитися. Коли ж водна поверхня ставала, як дзеркало чапля дивилася на своє відображення і сумно зітхала, їй здавалося, що вона занадто товста, і в неї коротка шия.

Крокодилу дуже подобалася чапля. Він знав, що вона гарна, але чапля йому не вірила. Одного разу крокодил подарував чаплі дзеркало. Нарешті чапля дивилася на себе не знизу, а збоку. Збоку вона подобалася собі набагато більше Збоку вона була струнною і з довгою шиєю. Цілий тиждень чапля крутилася перед дзеркалом, а коли засинала – усміхалася. Після цього чапля вирішила дізнатися, як її голос чується збоку. Крокодил вирішив цього разу нічого не робити.

- Вправа «Я – на гроні»

Уяви, що ти сидиш на троні. Ти – принц або принцеса. Намалюй себе на променях, які розміщені поряд, напиши свої особливі риси.

Чесний – говорить правду, не обманює, прямий та відвертий.

Охайний – стежить за чистотою, все тримає у порядку, не розкидає речей.

Добрий – планує і робить добрі справи для себе та інших.

Ввічливий – уміє поводитись і говорити так, щоб іншим було приємно з ним, виявляє увагу до інших людей, не ображає.

Турботливий – думає про те, як допомогти іншим, зробити для них що хороше.

Справедливий – ставиться до людей так, як вони цього варті.

Працелюбний – любить працювати, не сидить без діла.

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв’язок, обговорення заняття.

Заняття №7.

Тема: «Світ природи» – 30 хвилин.

Мета заняття: Ознайомити дітей із цінністю й красотою природи, навчити їх радіти навіть дрібницям.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери, магнітофон.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Круг привітання»: кожна дитина в крузі по черзі вітає усіх, говорить як вона провела ті дні які пройшли з моменту останньої зустрічі.

2. Основна частина заняття (20 хв.).

- Релаксація під музику «Подорож на хмарі»

- Рисунок «Щастя навкруги нас»: намалювати найкрасивіше природне явище або об'єкт навколишнього світу, які приносять радість.

- Обговорення «Звірі й квіти навколо нас»

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв'язок, обговорення заняття.

Заняття №8.

Тема: «Люди та спілкування з ними»

Мета заняття: навчити ефективним навичкам спілкування, підвищити бажання спілкуватися із оточуючими.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери.

1. Привітання, розминка (5хв.).

- Вправа «Добрий ранок»: Діти разом із психологом сидять в крузі. Усім пропонується привітати один одного: «Добрий ранок Саша … Оля…и т.д.» , які треба проспівати.

4. Основна частина заняття (20 хв.).

- Досвід «Закон бумерангу»:

Дослід «Закон бумерангу»

Матеріали

Шматок гуми. Можна також використовувати бумеранг, іграшку «йо-йо» чи паперовий ріжок, що розкручується, коли у нього дують, а потім знову скручується.

Хід досліду:

«Закон бумерангу» – одна з назв основного закону, відомого як закон причини і наслідку. Мета даної зустрічі полягає у тому, щоб ще раз нагадати собі: усе стає на свої місця і що посієш – те й пожнеш.

Намотайте кінець гуми навколо пальця і декілька разів покажіть дітям, як вона розтягується і потім стискується назад. «Закон причини і наслідку говорить, що будь-яка дія завершується у тій же точці, із якої вона починалася, – точно так, як розтягується і стискується ця гума. Усе запущене у Всесвіт – це може бути думка, слово чи дія – обов'язково повертається у вихідну точку, із якої воно почало свій шлях. Так, надсилаючи оточуючим нас людям приязні слова та дії, ми зустрічаємо таку ж приязнь з їхнього боку».

Натягніть гуму і запропонуйте кому-небудь із дітей сказати щось приємне своєму другу. Тепер відпустіть кінець гуми і попросіть цього друга сказати щось приємне у відповідь. Потім попросіть кого-небудь із дітей висловити критичну думку на адресу свого друга. При цьому знову натягніть гуму і потім відпустіть її кінець, показуючи, що критика також повертається до нас.

«Що посієш – те й пожнеш» – це прислів'я дуже вдало виражає суть «закону бумерангу». Якщо ми будемо добрими і завжди готовими прийти на допомогу іншій людині, ми обов'язково зустрінемо людей, які також будуть добрими і завжди протягнуть нам руку допомоги. Якщо ми будемо боятися один одного, постійно побоюючись постраждати від чогось чи що-небудь втратити, то, швидше за все, наші побоювання справдяться.

Урок завершіть на мажорній ноті. Дайте дітям змогу проявити свою фантазію, потяг до творчості і вміння вибірково підходити до думок і почуттів, які їм доведеться запустити у свій внутрішній світ. Думки і почуття завжди передують дії.

Установка, що пропонується: «Від мене йде тільки хороше, і тільки хороше приходить до мене».

- Казка «Лист капусти» (за О. Бехлеровою)

Ніс зайчик листок капусти. Листок був великий, круглий. Зайчик ішов і радів: «Поснідаю я зараз на славу».

Раптом він почув жалісний писк. Де горобчик лежав під кущем: злий хлопчисько підбив його камінцем.

- Пити, пити, – просив горобчик.

Зайчик зразу побіг на річку, приніс води в листку капусти і напоїв пораненого горобця.

Тільки хотів Зайчик смачно поїсти, як пішов сильний дощ.

Мені дощ не страшний, – сказав Зайчик і прожогом побіг додому.

Але знову його хтось покликав: «Зайчику, рятуй!». Це Метелик лежав у травичці.

Якщо дощ намочить мої крильця, я не зможу злетіти.

- Іди під парасольку! – сказав Зайчик і підняв листя капусти над метеликом. І навіть сам під нього не помістився.

Дощ швидко минув. Метелик сказав «дякую» і полетів за своїм рятівником. Зайчик узяв листок капусти і побіг далі. Тільки-но підійшов він до річки, як побачив у воді польову мишку. Вона ледь трималась за тоненьку гілочку, і вода вже заливала її.

«Мабуть, потоне...», – подумав Зайчик. Недовго думаючи, кинув він свій листок у воду.

- Ось тобі човник, рятуйся!

Мишка залізла на листок і припливла до берега.

- Дякую тобі, зайчику! – сказала вона і приєдналась до Горобчика і Метелика. А тим часом листок капусти підхопила течія, і він поплив по річці.

- Ой, пропав мій сніданок! – сказав Зайчик. – Нічого, я напоїв горобця, сховав від дощу метелика і врятував польову мишку.

А Метелик, Горобчик і Мишка у цей час радились між собою. Вони вирішили віддячити Зайчику за його доброту.

- Давайте пошукаємо і принесемо йому інший листок капусти, – запропонував Метелик.

- А краще – два, – підтримав Горобчик.

- Дослід «Зведіть замок»

Запропонуйте дітям побудувати за 5 хвилин із паперу, газет замок, не домовляючись ні про що і не розмовляючи між собою. Коли час закінчиться, спитайте, чи упорались вони із завданням. Чому?

- Що ви відчували в ході роботи?
- Що допомагало чи заважало?
- Які почуття з'явилися в кінці роботи?
- Що хочете сказати одне одному?

- У вас була одне завдання, одна спільна мета. Хто відповідав за результат роботи?

- Як називаються люди, які мають спільну мету, завдання і ділять відповідальність за результат? (Команда).

Таким чином, команда — це група людей, які мають спільну мету, ставлять спільне завдання, ділять відповідальність за результат.

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв'язок, обговорення заняття.

Заняття №9.

Тема: «Я хочу і я зможу все»

Мета заняття: Підвищити мотивацію досягнення, навчити ставити чіткі цілі.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Як твої справи?»: діти сидять в крузі, один з них кидає іншому м'яч, запитуючі «Аліса, Петя, Оля …. як твої справи?», той приймає м'яч,

відповідає на питання, та передає наступному. Вправа закінчується тоді, коли на питання дадуть відповідь усі діти.

5. Основна частина заняття (20 хв.).

- Вправа «Скарб у моїх долонях»:

Дітям пропонують уявити, що в їхніх витягнутих уперед долонях ле щось цінне, скарб.

- Що лежить у долонях?
- Що ви відчуваєте?
- Важко чи легко тримати скарб?
- Він тягне вниз чи піднімає в небо?

- Релаксація «Дотягнись до зірки» (К. Фопель)

Станьте зручно і заплющте очі. Зробіть три глибоких вдихи і видихи... Уявіть, що над вами нічне небо, на небі багато зірочок. Подивіться на одну найяскравішу зірку, яка асоціюється з вашою мрією: бажання щось мати або кимось стати. (15секунд). А тепер простягніть руки до неба, щоб дотягнутися до своєї зірки. Докладіть максимум зусиль! І ви обов'язково зможете торкнутися її рукою. Зніміть її з неба, опустіть руки й обережно покладіть її перед собою у красивий кошик. (Коли зірки всіх учасників лежатимуть у кошику, можна поновити вправу). Виберіть просто у себе над головою іншу яскраву зірочку, яка нагадує вам про іншу вашу мрію... (10 секунд). Тепер потягніться двома руками якомога вище і дістаньте до неба. Зірвіть зірочку з неба і покладіть її у кошик до першої. Під час виконання вправи дихати краще так: глибокий вдих, коли тягнетеся до зірок, видих, коли дістаєте і кладете зірочку в кошик.

Потім ті діти, які хочуть, розповідають про якусь свою зірочку і пояснюють що вона для них означає.

- Вправа «Дуємо до цілі»

Учні записують кожен на своєму аркуші паперу фразу «Я хочу досягти...» і продовжують її відповідно до того, чого вони справді прагнуть. Потім ці аркуші зминають у грудочки, кладуть на підлогу в будь-якому місці кімнати. Далі діти беруть нові папірці і пишуть на них: «Я цього досяг...», — і ту мету, що вже була на першому аркуші. Нові аркуші теж зминають і кладуть на підлогу таким чином, щоб відстань між ними і тими папірцями, що були написані першого разу, склала не менше 3 метрів.

Далі учасникам треба присісти і, дмухаючи на свої папірці з написом «Я хочу досягти...», «пригнати» їх до власних клубків із написом «Я вже досяг».

Примітка для ведучого

Ведучий. Вправа дозволяє учням конкретизувати свої цілі та підсвідомо налаштуватися на їхнє досягнення, дає матеріал для обговорення того, що треба для реалізації поставлених цілей та якими емоціями супроводжується цей процес.

Запитання для обговорення

- Які емоції викликала ця вправа?
- Як змінювався стан під час того, як папірці наближалися до мети?
- Що в реальному житті можна зробити для досягнення мети?

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв’язок, обговорення заняття.

Заняття №10,11.

Тема: «Хто я?»

Мета заняття: допомогти дітям створити позитивний «Я-образ».

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Круг привітання»: кожна дитина в крузі по черзі вітає усіх, говорить як вона провела ті дні які пройшли з моменту останньої зустрічі.

2. Основна частина заняття (20 хв.).

- Вправа «Речі говорять»

Гра є цікавим способом непрямого самоопису. При цьому у дітей розвивається творча активність. Крім того, ця гра е хорошим тренінгом емпатії та чуйності.

Ведучий. Ви можете собі уявити речі, які говорять? Чи виникало у вас колись таке відчуття, що предмети довкола наче хочуть щось сказати? Наприклад, телевізор: «Увімкни мене, я розжену твій сум». А футбольний м'яч хоче додати: «Пішли, пограєшся зі мною. Коли ти бігаєш по полю, ти краще почуваєшся». Або велосипед: «Залізай на мене. Я відвезу тебе до друга». Уяви собі, що якийсь предмет навчився говорити. Щоб він про тебе розповів? Вибери зі списку три предмети і напиши все, що кожен із них міг би розповісти про тебе.

Запишіть на дошці назви таких предметів:

- зубна щітка, автобус, пальто;
- шафа, гребінець, чоботи;
- кулькова ручка, дзеркало, стіл для обіду;
- ліжко, телевізор, тарілка;
- велосипед, радіо, підручник української мови;
- мило, письмовий стіл, лампа;
- футбольний м'яч, м'яка іграшка, домашня тварина.

Дайте дітям приблизно 10 хвилин, щоб вони могли намалювати три малюнки цих предметів. Від імені кожного предмета дитина має скласти по одному реченню про самого себе. Потім діти об'єднуються у четвірки і показують один одному свої малюнки й оповідання.

- Казка «Хто я?»

Одного хлопчика почало хвилювати запитання: «Хто я такий?». Запитав він про це Мудреця.

— Готової відповіді не чекай, шукай її самостійно, – відповів Мудрець.

Пішов Хлопчик гуляти по світу, щоб пошукати відповідь на це запитання. Ішов він, ішов і побачив незнайомого чоловіка.

— Чи не знаєте ви, хто я? — запитав Хлопчик.

— Хто ти, я не знаю. Ти сам маєш це знати. Я знаю про себе. Я — чоловік, батько, син, програміст. Л зараз я на машині їду, отже, я водій.

Пішов хлопчик далі. Пройшов ще частину білого світу. Бачить, іде дівчинка.

— Чи не знаєш ти, хто я? — запитав наш герой.

— Ні, не знаю. Я про себе знаю. Я — дівчинка, школярка, відмінниця, мами з татом дочка, свого брата сестра і господарка песика. Бачиш, собачку несу до лікаря. От хто я. А якщо ти не знаєш, хто ти такий, то іди собі далі.

Сумно стало Хлопчику, і нікуди він не пішов. Ліг на землю й очі заплющив, та раптом хтось його за плече торкнув. Розплющив Хлопчик очі, бачить — поруч із ним Фея стоїть і усміхається.

— Довідався, хто ти? — запитала Фея.

— Так, — відповів Хлопчик, — я твій учень, помічник Мудреця.

- Гра «Перетворення»

Ведучий пише на аркушах паперу речення, які треба закінчити:

Я — неначе птах, тому що...

Я — перетворююсь на тигра, коли...

Я — можу бути вітром, тому що...

Я — неначе мурашка, коли...

Я — крижинка, що тане, коли...

Я — чудова квітка, коли...

Я — скеля, коли...

Я — стежинка, по якій...

Я — рибка, коли...

Я — цікава книжка, коли...

Я — пісенька, коли...

Я — мишка, коли...

Я — макаронина, коли...

Я— смачний сніданок, коли...

Я — футбольний м’яч, коли...

- Міні-твір «Погляд очами речей»

Дітям пропонується уявити себе на деякий час у ролі речі і написати міні-твір на цю тему. Річ можна вибирати будь-яку. Якщо будуть труднощі, можна допомогти дитині такими запитаннями:

- Яка ти річ?
- Як ти виглядаєш?
- Де ти знаходишся?
- Як ставляться до тебе люди?
- Чи подобається тобі у цій ролі?

- Бесіда. Яким я хочу бути в майбутньому и яким буду.

3. Прощання (5 хв.).

- Зворотній зв’язок, обговорення заняття.

Заняття №12.

Тема: «Новий погляд»

Мета заняття: Закріплення того, що пройшли раніше.

Обладнання: шкільні речі, ручки, олівці, фломастери.

1. Привітання, розминка (5 хв.).

- Вправа «Круг привітання»: кожна дитина в крузі по черзі вітає усіх, говорить як вона провела ті дні які пройшли з моменту останньої зустрічі.

2. Основна частина заняття (20 хв.).

- Бесіда «Можу себе полюбити»

Психолог пропонує підняти руку тим дітям, які себе люблять. І запитує тих, хто не підняв руки, що їм заважає. Діти можуть назвати різні причини

(кричу, б'юся, перебиваю, гризу нігті, горблюся тощо). Уявіть собі, що ці вади будуть у тих людей, яких ви любите. Чи будете ви їх за це менше любити? Чи допоможете їм позбутися недоліків? А чому б не допомогти самому собі?

- Проведення повторної діагностики емоційної сфери учасників групи.

3. Прощання (5 хв.).

- Вправа «Передай свічку»:

Запалюється свічка і передається по колу. Атмосфера таємничості і танцюючий вогник змушує людей говорити про їх найцінніші почуття. Кожна дитина висловлює свої враження від занять, які вони проводили разом, свої побажання, може зауваження. І коли свічка обійде коло, психолог затушує її, говорить дітям заключну промову.

У створенні корекційної програми були взяті вправи із різних літературних джерел [49-54].

3.3. Аналіз ефективності корекційної програми негативних психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи

Нами було проведено 12 корекційних занять. Вони проводились два рази на тиждень. Після проведення корекційної роботи ми провели повторну діагностику емоційної сфери дітей, які приймали участь у програмі корекції.

Для цього використовувалися ті ж самі методики, що й для первинної діагностики:

1. Шкала явної тривожності для дітей (CMAS), адаптована.
2. Тест кольорових переваг М. Люшера.
3. Опитувальник дитячої депресії М. Ковакс.

Після повторної діагностики ми отримали такі результати(див. таблиці 3.2.1 та 3.2.2):

Таблиця 3.4

Результати повторної діагностики тривожності

	Кількісний показник
Нормальний рівень	20 дітей – 56%
Підвищений рівень	13 дітей – 36%
Дуже високий рівень	3 дітей –8%

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що у більшості дітей, які відвідували корекційні заняття, рівень тривожності вписується у межі норми, і це спостерігається у 20 дітей з 36 (56%).

Ми також бачимо, що дітей з підвищеним рівнем тривожності після проведення корекційної роботи стало значно менше. Тобто, якщо раніше таких учнів було 18, то зараз стало 13. Також використовуючи метод спостереження, можна сказати, що програма корекції дійсно подіяла на цих дітей, вони стали менш тривожитися з незначних приводів та особливо з приводу свого здоров'я , стали більш впевненими у собі та їх поведінка набула активного відтінку.

У цій діаграмі ми можемо побачити динаміку.

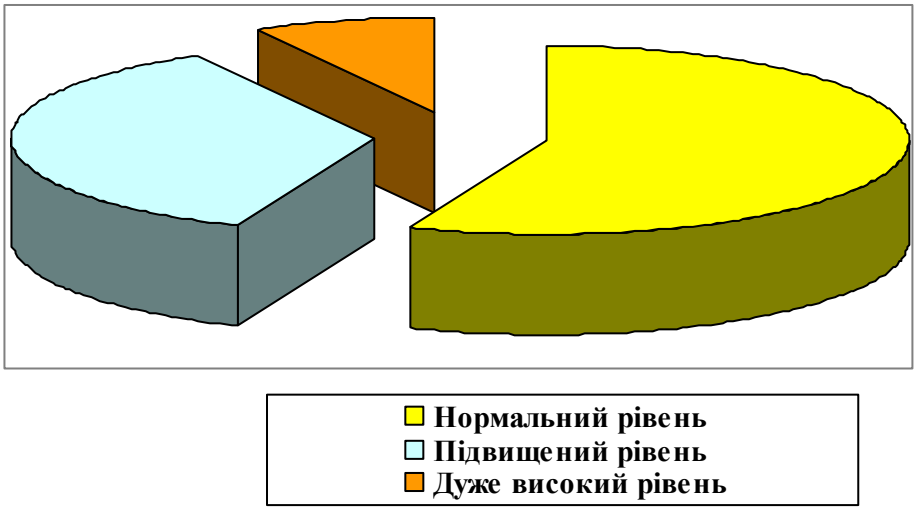


Рис. 3.4. Представлення даних повторної діагностики тривожності у діаграмі

Ще для порівняння можна привести таку діаграму:

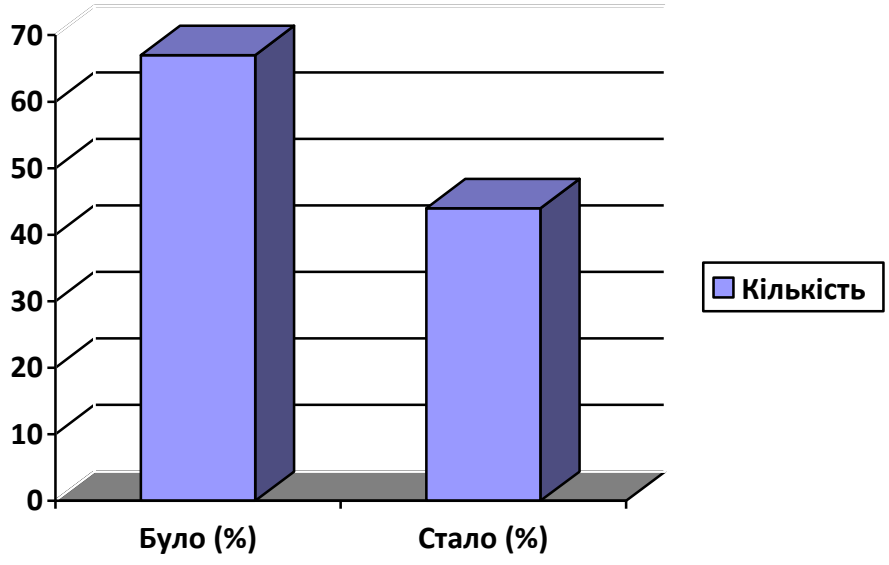


Рис. 3.5. Порівняльна діаграма. Середній рівень тривожності до та після корекційної роботи

Отже, ми бачимо наскільки знизилася тривожність у дітей хворих на серцево-судинні захворювання після проведення корекційної роботи: майже на 30%.

Тобто ми можемо сказати про ефективність розробленої нами корекційної програми.

У результаті повторного проведення методики на вибірці дітей з серцево-судинними захворюваннями ми отримали дані, які вказані у таблиці.

Таблиця 3.5

Результати повторної діагностики рівню депресії у дітей, хворих на серцево-судинні захворювання

	Кількісний показник
Рівень нижче середнього	35 учнів (98%)
Середній рівень	1 учень (2%)

Ці дані можна представити для наочності в діаграмі:

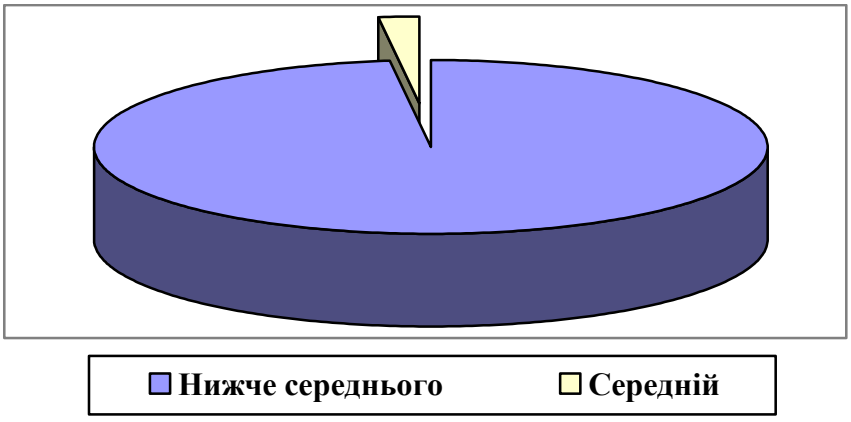


Рис. 3.6. Представлення результатів повторної діагностики рівню депресії у діаграмі

Тут ми бачимо, що дітей зі схильністю до депресійних станів стало менше, і тепер в наявності є тільки 1 учень, який має депресивні думки. Інші двоє учнів, які мали середній рівень за даною шкалою, тепер стали більш оптимістичними, та увійшли до категорії дітей з нормальним рівнем. Це можна пояснити тим, що у програмі корекції було багато вправ, націлених на підвищення оптимізму у дітей та на позитивне відношення до себе та навколишнього світу.

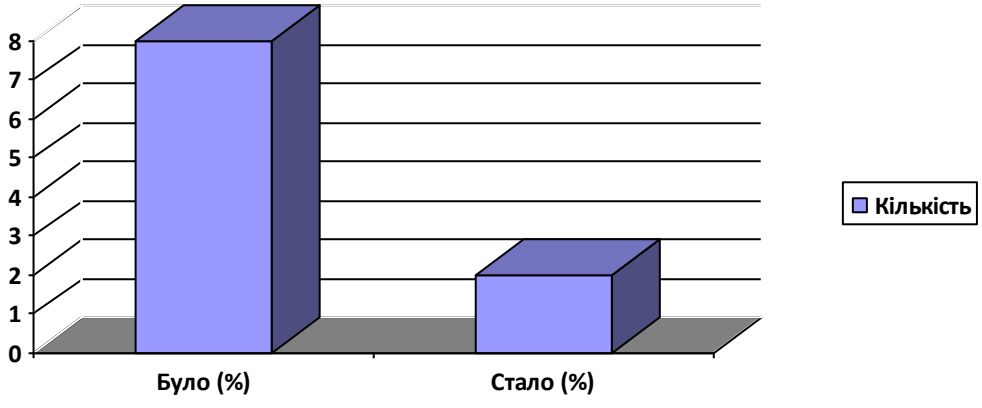


Рис. 3.7. Порівняльна схема рівню депресивних станів до та після корекційної програми

Тут ми теж бачимо динаміку, щоправда беручи до уваги той факт, що дітей із депресивними станами не було багато: усього три учні зі всієї вибірки, то після проведення корекційної роботи підвищений рівень депресії був виявлений лише у однієї дитини.

Після повторної діагностики емоційної сфери дітей із серцево-судинними захворюваннями за допомогою тесту кольорових переваг Люшера, ми отримали дещо інші результати, ніж у перший раз. Загалом основні тенденції можна поділити на позитивні, які набагато збільшились у своїй кількості, та негативні, яких значно поменшало після проведення корекційних занять у групі дітей.

Отже, в результаті ми виявили такі позитивні тенденції, як:

- прагнення до оригінальності,
- активність,
- незалежність.

1) прагнення до оригінальності, саморозвитку, про яке ми зробили висновок після таких відповідей дітей:

Вибір зеленого та фіолетового кольорів як найприємніших говорить нам про те, що дитина хоче справляти приємне враження, хоче, щоб у ній бачили незвичайну особистість, тому весь час вона уважно контролює свої дії і реакції. Щоб домогтися впливовості і особливого визнання, вдається до різних прийомів, пускаючи їх в хід у добре продуманому порядку. Також це говорить про те, що дитина сприйнятлива до естетичного і оригінального.

Позначення сірого та коричневого як найнеприємніших свідчить про те, що досягнення основної мети необхідно дитині для підтримки почуття власної гідності та усунення невпевненості в собі. Такі діти хочуть виділитися з натовпу. Від оточуючих вони вимагають, щоб вони цінували його особистість як непересічну і ставилися до неї з належною повагою. Як правило, вони вимагають визнання і уваги до себе.

Позначення сірого та фіолетового як неприємних може нам сказати, що дитина тримає свої емоційні стосунки під суворим контролем, щоб не опинитися в полоні ілюзій. В інтерпретаціях цього вибору можна помітити, що така дитина – це естет, що володіє вихованим і витонченим смаком, що дозволяє формувати та висловлювати свої уподобання й думки, особливо в галузі мистецтва та художньої творчості. Прагне об'єднатися з тими, хто може сприяти його інтелектуальному або художньому зростанню.

2) активність, яка підтверджується такими виборами:

Вибір червоного кольору як приємного та коричневого як неприємного говорить про те, що дія приносить таким учням задоволення. Вони хочуть, щоб за особисті досягнення їх поважали і шанували.

Такі діти намагаються зміцнити свою позицію і підвищити почуття самоповаги, аналізуючи свої досягнення (і досягнення інших людей) ретельно і критично. Вимагають, щоб все було ясно і недвозначно. Схожі інтерпретації спостерігаються у всіх, хто позначив червоний колір як приємний.

Також дитина, яка обрала червоний в сукупності з сірим, як правило хоче долати все, що стоїть у неї на шляху, слідувати своїм імпульсам і брати участь у всяких незвичайних або збуджуючих подіях. Таким чином вона розраховує притупити гостроту конфліктів з оточуючими, проте її імпульсивна поведінка лише погіршує ситуацію.

Діти, у яких раніше спостерігалися прояви астенії, стали більш активними, вони навчилися ставити перед собою цілі, та йти до них, стали більш впевненими у собі.

3) незалежність, яку підтверджують такі інтерпретації кольорових переваг:

В основному це негативні вибори. Наприклад, дитина, яка обрала чорний та коричневий кольори в якості неприємних, прагне зберегти свою незалежність, не допускає стороннього впливу. Хоче діяти відповідно до

власних переконань. Відчуває відразу до безособовому, зрівняльного підходу. Прагне висловлювати авторитетні думки, щоб бути визнаною особистістю. Робить над собою зусилля, щоб визнати точку зору інших або свої помилки. Прагне розвивати свої здібності, проявляти себе як особистість і виділятися завдяки власним успіхам. Також спостерігається прагнення до незалежності і самовдосконалення.

Іншими словами, такі діти прагнуть до вільного розвитку у відповідності з власними переконаннями. Хочуть, щоб їх поважали. Прагнуть розвивати свої здібності, використовувати надаються можливості. Бажають проявити себе як особистість і усунути внутрішні протиріччя. Також вони мають тенденцію до розвитку і не дозволяють зовнішнім заборонам перешкоджати своїм намірам.

Серед негативних тенденцій ми виділили такі риси як:

- тривожність,
- астенія .

Треба сказати також, що ці прояви найчастіше зустрічаються разом, бо вони взаємопов’язані. І хоча дітей з цією особливістю емоційної сфери значно поменшало, однак ще є діти, які проявляють її, про що свідчать такі інтерпретації:

В основному це вибори, маючі у собі протиріччя, тобто коли дитина обирає додатковий колір як приємний, а основний як неприємний.

Наприклад, коли учень обирає зелений колір як неприємний, ми можемо сказати, що він намагається впоратися з обставинами, які вище його сил і можливостей, що викликає тривогу і відчуття власної неповноцінності. Щоб підвищити самоповагу, реагує на таку ситуацію пошуками зовнішніх доказів своїх здібностей і своєї цінності. Щоб зняти з себе вину, схильний звинувачувати інших.

Навіть позитивні вибори, наприклад, жовтого й одночасно коричневого кольорів, дають нам таку інформацію: дитина відчуває відчай, тривогу, гостру

незадоволеність ситуацією. Потребує фізичного комфорту, свободу від будь-яких проблем, потребує безпеки і можливості відновити сили. Також відбувається витіснення психологічних причин конфліктів, що веде до появи психосоматичних симптомів.

Негативні вибори червоного та фіолетового кольорів говорять нам про те, що дитина відчуває сильні переживання, емоційне збудження, вона незадоволений ситуацією, що склалася, і сприймає її як неприємну і болісну. Така дитина потребує розуміння та гарантію безпеки. Страждає від власного безсилля, невміння досягти бажаного, тому відчуває себе на грані нервового виснаження.

Загалом за результатами методики Люшера ми можемо сказати, що дітей з проявами астенії стало набагато менше, якщо раніше майже всі діти мали хоча б незначну ступінь цієї особливості, то зараз тільки 8 із 36 учнів мали такі відповіді.

Все більше учнів стали прагнути до активності, самостійності, оригінальності. 23 дитини з усієї вибірки (36 учнів) стали більш впевненими у собі, навчилися бачити позитивні моменти у житті, стали більш цілеспрямованими. Інтерпретації їх кольорових виборів свідчать про те, що рівень астенії значно знизився в порівнянні з першим етапом діагностики.

Щоб виявити тип зв’язку між показниками перед та після корекції, ми зробили кореляційний аналіз.

У підрахунках ми використовували метод парної кореляції Пірсона, так як саме він допомагає нам побачити тип взаємозв’язку між двома показниками, в нашому випадку це показники «до» та «після».

Усього ми брали 4 показники, у яких відбулися зміни за результатами повторної діагностики, це астенія, тривожність, активність та впевненість.

Таблиця 3.6

Статистична обробка отриманих даних

	x	y	$x_i - x$	$(x_i - x)^2$	$y_i - \bar{y}$	$(y_i - \bar{y})^2$
1	15	8	0,75	0,5625	– 6,5	42,25
2	17	10	2,75	7,5625	– 4,5	20,25
3	15	23	0,75	0,5625	8,5	72,25
4	10	17	– 4,75	18,0625	2,5	6,25
∑	57	58		26,75		141

1. $\bar{y} = 14,25$

$\ddot{x} = 14,5$

2. $S_x^2 = 26,75 : 3 = 8,92$

$S_y^2 = 141 : 3 = 47$

3. $S_x = 3$

$S_y = 7$

4. $Sxy = \frac{-4,88-12,375+6,375-10,63}{3} = \frac{-21,51}{3} = - 7,17$

5. $Rxy = \frac{-7,17}{3 \text{ x } 7} = – 0,34$

Ці розрахунки свідчать нам про те, що існує слабка непряма залежність кінцевого результату від початкового.

Таким чином, після підкріплення отриманих результатів ще й математичними методами, ми бачимо, що продіагностовані особливості емоційної сфери набули значних змін.

Підводячи висновок нашого формуючого експерименту, ми можемо сказати, що в результаті корекційної роботи ми досягли значних позитивних змін. Тобто, діти, які раніше були тривожними, проявляли високий рівень астенії, були невпевнені у собі, тепер стали більш активними, навчилися

ефективно спілкуватись у групі, стали більш впевненими у собі, та навчилися ставити перед собою чіткі цілі.

За допомогою діагностичних методик та бесіди ми виявили, що діти хочуть, щоб за особисті досягнення їх поважали і шанували. Такі діти намагаються зміцнити свою позицію і підвищити почуття самоповаги, аналізуючи свої досягнення (і досягнення інших людей) ретельно і критично. Вимагають, щоб все було ясно і недвозначно.

Вони продемонстрували бажання долати все, що стоїть у них на шляху, слідувати своїм імпульсам і брати участь у всяких незвичайних або збуджуючих подіях.

Тобто, ми позначили основні тенденції:

- прагнення до оригінальності;
- активність;
- незалежність.

До речі, важливо зупинитися на останньому: діти стали проявляти більш самостійності у різних іграх та взагалі в житті. Це теж говорить про те, що заняття не пройшли задарма.

Але все ж таки, при повторній діагностиці ми знайшли й негативні тенденції, це тривожність і астенія, що спостерігались у дітей с серцево-судинними захворюваннями раніше. Однак їх чисельність не залишилась однаковою: якщо до корекційної роботи дітей з яскравими проявами астенії було 15, то після неї стало 8. Те ж саме ми можемо сказати й про тривожність. За тестом Люшера її було виявлено у 17 учнів, але після корекційно-відновлюючих занять таких інтерпретацій поменшало, а саме їх стало 10.

За показниками тесту явної тривожності ми теж побачили значні зміни: чисельність дітей з дуже високим рівнем тривожності зменшилась від 8 до 3, з підвищеним рівнем – від 18 до 13. І що обов’язково треба відзначити, це той факт, що до корекції дітей з нормальним рівнем тривожності було усього 12, а

після проведення повторної діагностики їх число зросло до 20. Таким чином, ми бачимо, що діти в результаті роботи навчилися більш спокійно ставитись до життя та життєвих ситуацій. Але є можливість, що діти намагалися давати соціально бажані відповіді, тому ми й отримали такі результати.

Взагалі, ми можемо зробити висновок, судячи із показників діагностик, що діагностична робота була досить ефективною, і ми можемо відмітити зміни в емоційній сфері дітей, що страждають на серцево-судинні захворювання, у кращий бік.

ВИСНОВКИ

Отже, дослідження було спрямоване на вивчення особливостей психоемоційних станів дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.

Будь-яка хронічна хвороба незалежно від того, яка її біологічна природа, який орган або функціональна система виявляється ураженою нею, ставить людину в психологічно особливі життєві обставини, або, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію розвитку психіки людини. Хвороба обов'язково видозмінює психіку хворого внаслідок появи нових форм реагування хворого на хворобу, яких раніше не було. В цих випадках мова йде про вплив страхів, занепокоєнь, хвилювань щодо результату хвороби на особистість хворого.

В останні роки лікарі різних спеціальностей та клінічні психологи все більше цікавляться психікою соматично хворої людини – її реакцією на хворобу, особистісними особливостями і т. д. Чимале значення в пробудженні цього інтересу відіграли ті сучасні напрямки в медицині, в яких облік психічного фактора є об'єктивною необхідністю (реабілітація, медицина в екстремальних умовах, психосоматика та ін.).

Тема гармонічного розвитку емоційної сфери дітей, що страждають на серцево-судинні захворювання, ще не була досліджена у психології, хоча вчені досить детально вивчили особистісні особливості дітей з іншими захворюваннями, наприклад, з діабетом.

Маючи статистику, ми вирішили дослідити емоційну сферу дітей із патологіями серця, та виділити негативні тенденції в її розвитку, які можна було б скорегувати для гармонічного розвитку дитини.

Проаналізувавши літературні джерела, ми виділили три основні ознаки емоційної сфери людей із серцево-судинними захворюваннями, це:

- підвищена тривожність,
- астенічні прояви,
- періодичні депресивні стани.

Таким чином, ми провели первинну діагностику, щоб виявити найбільш важливі особливості емоційної сфери. Всі учні мали вроджені патології серця, а саме: 60% дітей мали діагноз «пролапс мітрального клапану», 10% - «кардит», 30% - «кардіопатія».

Ми використовували три методики, щоб дослідити три виділених нами особливості емоційної сфери.

Що стосується тривожності, то вона була визначена за допомогою шкали явної тривожності для дітей (CMAS), і ми отримали такі результати: тільки 33% від усієї вибірки мали нормальний рівень тривожності, половина вибірки мала підвищений рівень, та у 17% було про діагностовано дуже високий рівень тривожності.

Говорячи про астенічні стани, емпірично наше припущення було підтверджено за допомогою методики колірних переваг Люшера, яка виявила такі особливості:

- виснаження життєвої енергії;
- нервове виснаження, а також порушення серцевої діяльності;
- відчуття безсилля;
- стан безпорадності;
- сприйняття ситуації як неприємної і болісної;
- усвідомлення власного безсилля;
- сприйняття існуючої ситуації як мінливості долі;
- думка про те, що до людини пред’являються дуже високі вимоги.

Такі явища зустрічалися в інтерпретаціях виборів кольорів у 15 осіб (42% від загального числа вибірки).

В бесіді ці дані були підтверджені, також вони були підкріплені методом спостереження. Деякі діти говорили, що не знають чого хочуть у майбутньому, не уявляють, якими вони будуть через 5 років. Вони не висловлювали бажання вчитись, але говорили, що усі уроки роблять систематично, бо так треба. Це ще раз підтверджує ту частину гіпотези, де ми говорили про наявність астенічних проявів.

Що стосується депресивних станів, то їх майже не було виявлено. На даному етапі нами була використана методика «Опитувальник дитячої депресії», розроблена Марією Ковакс.

Однак, всупереч припущенням про те, що хоча б у половини вибірки буде виявлено середній рівень депресії, результати отримали наступні: більшість вибірки (33 учня, що складає 92%) показали результати в межах рівня нижче середнього, тобто це норма для здорових дітей. І лише 3 учні, (або 8%), показали результат середнього рівня. Високого рівня депресії виявлено не було зовсім.

За результатами первинної діагностики ми вирішили розробити корекційну програму, метою якої була оптимізація емоційного розвитку дітей з серцево-судинними захворюваннями.

Всього в програмі передбачено 12 занять, кожне з яких відповідає поставленим завданням. Вправи підбиралися відповідно до теми і завданнь заняття. Заняття проводились 2 рази на тиждень, та передбачалося, що за їх допомогою діти навчаться розпізнавати свої емоції та відчуття. Також ми намагалися знизити рівень тривожності, виробити позитивне ставлення дітей до свого фізичного стану. И намагалися навчити учнів бачити позитивні сторони і якості людей та навколишнього світу, показати ефективні засоби взаємодії з людьми. Також ми поставили перед собою задачу підвищити мотивацію школярів і допомогти в побудові позитивного «Я-образу».

Після проведення усіх корекційно-відновлювальних занять ми провели повторну діагностику, щоб визначити, чи відбулися зміни в емоційній сфері дітей, та які саме.

Ми виявили, що в результаті корекційної роботи ми досягли значних позитивних змін. Тобто, діти, які раніше були тривожними, проявляли високий рівень астенії та були невпевнені у собі, тепер стали більш активними, навчилися ефективно спілкуватись у групі, стали більш впевненими у собі, та навчилися ставити перед собою чіткі цілі.

За допомогою діагностичних методик та методів бесіди й спостереження ми виявили, що діти хочуть, щоб за особисті досягнення їх поважали і шанували. Такі діти намагаються зміцнити свою позицію і підвищити почуття самоповаги, аналізуючи свої досягнення (і досягнення інших людей) ретельно і критично. Вимагають, щоб все було ясно і недвозначно.

Вони продемонстрували бажання долати все, що стоїть у них на шляху, слідувати своїм імпульсам і брати участь у всяких незвичайних подіях.

В першу чергу треба відмітити зміни такої риси як підвищена тривожність. Якщо кількість дітей з показниками підвищеної тривожності досягала майже 70%, то після корекційної роботи таких дітей стало 40%. Тобто на 30% менше, ніж було.

Те ж саме ми можемо сказати й про астенію. Усі показники приведені у процентному відношенні. Якщо 45% дітей виявили прояви астенії, то після проведення корекційних занять показник знизився до 23%.

Таким чином, як головний висновок, можна сказати, що корекційна програма показала себе досить успішною, що ми можемо побачити з динаміки змін в емоційній сфері дітей, хворих на серцево-судинні захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех І.Д.. Емоційна сфера особистості як простір дії прийомів психокорекції. *Завуч*. 2021. URL: https://surl.li/nqgcbz (дата звернення: 07.05.2024).

2. Бондаревич С. М. Часові параметри індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів з соматичними порушеннями : дис. … канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2008. 179 с.

3. Вітенко І. С. Зміни психіки при соматичних розладах актуальна проблема медичної психології. *Медична освіта*. 1999. № 1. С. 48-50.

4. Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен / Г. В. Кукуруза, О. Е. Бєляєва, О. О. Кирилова, С. М. Целюрик. *Наукові записки Ін-ту психології АПН України*. 2007. Вип. 32. С. 148-157.

5. Грубляк В. Варіативний вплив хронічної соматичної патології на психоемоційний стан юнаків і підлітків в процесі навчання. *Інноватика у вихованні*. 2021. № 14. С. 166-173.

6. Дроботун, О. С. Вплив хронічного соматичного захворювання на особистісні зміни підлітків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.* Психологічні науки. 2014. № 12. С. 85-89.

7. Карпінська Р. І. Психокорекційна діяльність медичного психолога з профілактики соматичних захворювань. URL: http://problemps.kpnu.edu.ua (дата звернення: 23.04.2024).

8. Католик Г. В., Компанович М. С. Особливості Я-концепції психолога у роботі з підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ.* 2016. № 2. С. 178-189.

9. Кашкалда Д. А., Лебец І. С. Емоційний стрес і показники стрес-регулюючих систем у дітей та підлітків із зони Операції об’єднаних сил. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2018. № 2. С. 23-27.

10. Кашкалда Д. Роль стресу в секреції кортизолу, пролактину та серотоніну у школярів України в період військових дій. *Науковий збірник «InterConf»*.2003. № 169. С. 187-194.

11. Компанович М. С. Специфіка проведення психодіагностики в клініці (на прикладі дослідження емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями). *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Психологія. 2018. № 6. С. 84-89.

12. Компанович М. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Психологія і особистість.* 2017. № 1. С. 109-119.

13. Компанович М. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Психологія і особистість*. 2017. № 1. С. 109-119. URL: https://doi.org/10.33989/2226-4078.2017.1.163509 (дата звернення: 19.06.2024).

14. Компанович М. С. Соціально-психологічні детермінанти серцево-судинних захворювань у підлітковому віці. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Психологічні науки, 2016. № 2.5. С. 175-181.

15. Компанович М. С. Емоційна лабільність та шляхи її корекції у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Проблеми сучасної психології.* 2017.№ 35. С. 112-123.

16. Компанович М. С. Особистісні та міжособистісні чинники загострення психосоматичних серцево-судинних захворювань у підлітків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. №2. С. 136-146.

17. Компанович М. С. Психосоматичний підхід у трактуванні серцево-судинних захворювань у підлітковому віці. *Психологія : реальність і перспективи.* 2016. № 7. С. 91-96.

18. Компанович М. С. Стигматизованість сімейного середовища підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Вісник Одеського національного університету. Психологія.* 2016. Вип. 4. С. 93-102.

19. Лазос Г. П. Негативні переживання підлітків у взаємостосунках з батьками: глибинні аспекти їх виникнення та принципи психокорекції. О*світа регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. 2011. № 2. С. 234-239.

20. Лазос Г. П. Особливості психокорекційної допомоги підліткам у подоланні негативних переживань засобами групової форми символдрами. *Актуальні проблеми психології.* 2011. Вип. 8. С. 132-147.

21. Лазос Г. П. Глибинна складова негативних переживань підлітка як фактор їх виникнення та інтенсивності. *Актуальні проблеми психології*. 2009. Вип. 6. С. 213-224.

22. Лисянська Т. М. Вікова і педагогічна психологія : науково-методичний посібник. Київ : Інститут сучасного підручника, 2007. 110 с.

23. Луцик Г. О. Чинники схильності підлітків до девіантної поведінки. *Психологія : реальність і перспективи*. 2017. № 8. С. 175-180.

24. Магдисюк Л. І., Ятчук Т. М., Крат Л. О., Павлова Б. В. Психологічна корекція особистісної сфери підлітків і молоді. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2019. № 2. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/19025/3/Otros_2019_2_11.pdf (дата звернення: 05.08.2024).

25. Максименко С. Д. Теоретико-методологічні засади генези особистості *Теоретико-методологічні проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти* : матеріали методологічного семінару АПН України (м. Київ, 16 груд. 2004 р.). Київ, 2005. С. 18-34.

26. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості Київ : Вид-во ТОВ «КММ», 2006. 240 с.

27. Максименко С. Д. Загальне поняття про особистість та її. *Особистість в психологічних дослідженнях: Тексти*. 2005. С. 131-144.

28. Максименко С. Д. Метод дослідження особистості. *Практична психологія та соціальна робота.* 2004. Вип. 7. С. 1-8.

29. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості. Київ : Видавництво ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

30. Максименко С. Д. Психологічний супровід особистісного розвитку школяра. *Проблеми сучасної психології.* 2008. Вип. 2. С. 3-11.

31. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів : метод. посіб. Київ : КММ, 2011. 182 с.

32. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. Київ ; Ніжин : Міланік, 2007. 146 с.

33. Марута, Н. О., Жупанова Д. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). *Український вісник психоневрології*. 2016. Вип. 1. С. 5-11.

34. Мушевич М. І. Клінічна психодіагностика: методичні рекомендації. Луцьк : РВВ «Вежа», 2006. 170 с.

35. Новак-Мазепа, Х. О., Сачук, Н. В., Марущак, М. І. Аналіз факторів, що асоціюються з артеріальною гіпертензією та якістю життя пацієнтів. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2003. № 1. С. 60-67. DOI: https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2023.1.13350.

36. Осіпова А. А. Загальна психокорекція : навч. посіб. URL: http://psih.pp.ua/p (дата звернення: 11.05.2024).

37. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик. *Вісник проблем біології і медицини.* 2013. № 4. С. 149-153.

38. Пасько О. М., Нікітенко Р. П. Психологічне дослідження фізіологічного стану стресу українців в умовах воєнного часу. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2023. № 3. С. 295-300. https://doi.org/10.32850/sulj.2023.3.47

39. Прокопенко О. А. Ігрова терапія як засіб психокорекції та психотерапії емоційно-вольової саморегуляції підлітків з розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.*2014. № 6. С. 133-137.

40. Рольник Г. І. Роль психологічного налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань *Медичні аспекти здоров'я*. 2011. № 8. С. 70-74.

41. Коцур Н. І. Психогігієна: навч. посіб. Чернівці : Книга – XXI, 2006. 287 с.

42. Савенкова І. І. «Хронопсихологічний портрет» хворих на уронефрологічні захворювання. *Наукові записки*. *Психологія*. 2014. Вип. 22. С. 170-173.

43. Савенкова І. І. Фактор часу та проблема психодіагностики кардіологічних розладів. *Психологія і суспільство*. 2009. № 2 (36). С. 104- 109.

44. Хомич Г. О. Невротичні зрушення у дітей як наслідок переживання тривалої соціально-психологічної депривації. *Гуманітарний вісник*. 2006. Вип. 2. С. 139-146.

45. Чернецька Ю. І. Соціально-педагогічні умови адаптації старших підлітків у загальноосвітніх санаторних школах-інтернатах. Луганськ : [б.в.], 2007. 236 с.

46. Шемелюк І. М. Психологічні особливості само-актуалізації у осіб, хворих на неврастенію : автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00. 04. Київ, 2004. 20 с.

47. Шкварок А., Корост Я. Фізіологічні аспекти розвитку хронічного емоційного стресу в контексті впливу на серцево-судинну систему та роль визначення рівня кортизолу у волоссі як показника наявності хронічного емоційного стресу. *Collection of scientific papers «ΛΌГОΣ»*. 2025. С. 411-419.

48. Agorastos A., Chrousos G. P. The neuroendocrinology of stress : the stressrelated continuum of chronic disease development. *Molecular Psychiatry*. 2021. № 2. P. 34-37.

49. Al-Kufaishi A. M. A., Al-Musawi N. J. T. Hypothalamus-pituitary-adrenal axis in patients with post-traumatic stress disorders and related to oxidative stress. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2024. DOI: https://doi.org/10.1515/hmbci-2024-0017.

50. Cardiovascular Disease in a Large Military Cohort. medRxiv : the preprint server for health sciences, 2024. DOI: https://doi.org/10.1101/2024.04.13.24305769

51. Czubalski K. Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób serce., Psychologia lekarska. PZWL : Warszawa, 1988. 459 p.

52. De Kloet, E. R., Joëls, M. The cortisol switch between vulnerability and resilience. *Molecular Psychiatry*. 2023. DOI: https://doi.org/10.1038/s41380-022-019348.

53. Faresjö Å., Theodorsson, E., Stomby, A., Quist, H. Higher hair cortisol levels associated with previous cardiovascular events and cardiovascular risks in a large cross-sectional population study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2024. № 24 (1). DOI: https://doi.org/10.1186/s12872-024-04221-2

54. Garcia-Leon, M. A., Peralta-Ramirez, M. I., Arco-Garcia, L., Romero-Gonzalez, B. Hair cortisol concentrations in a Spanish sample of healthy adults. PLOS ONE. 2018. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204807 (дата звернення: 17.07.2024).

55. Kivimäki, M., Bartolomucci, A., Kawachi, I. The multiple roles of life stress in metabolic disorders. *Nature Reviews Endocrinology*. 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41574-022-00746-8.

56. Tsai S.-Y., Hsu J.-Y., Lin C.-H., Kuo Y.-C. Association of Stress Hormones and The Risk of Cardiovascular Diseases Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention*. 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2024.200305.

57. Velychko, N. Peculiarities of hormonal metabolic changes in adult male rats under effect of emotional stress induced at a time of newborn suckling. *Fiziolohichnyĭ zhurnal*. 2014. № 60 (5). P. 105-114. DOI: https://doi.org/10.15407/fz60.05.105.