

ПСИХОЛОГИЯ

Г.Г. Вылегжанина, В.А. Ковалевский*

**ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ
НА МОТИВАЦИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К РАЗНЫМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ**

В период кардинального социально-экономического переустройства общества наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков (в чем сходятся исследователи проблемы В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, В.Н. Касаткин, Т.М. Коценко, А.Г. Румянцев и мн. др.). В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10 %, часто и длительно болеющие дети составляют 70 и 75 %, а 15-20 % имеют хронические заболевания. Часто болеющие дети (ЧБД), таким образом, являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медико-психолого-педагогической поддержке [2].

Однако категория часто болеющих детей в настоящее время незаслуженно выпадает из сферы научно-практических исследований (в отличие от детей, страдающих определенными хроническими соматическими и психическими заболеваниями). Имеющиеся в литературе данные освещают в основном медико-физиологические аспекты проблемы ЧБД (В.Ю. Альбицкий, Е.И. Андреева, А.А. Баранов, С.М. Гавалов, Н.М. Лысенко, Б.К. Мусина и др.). Сведений, касающихся психолого-педагогических вопросов, крайне мало, несмотря на то, что в медицинской литературе указывается на недостаточную эффективность традиционных оздоровительных и общеукрепляющих мероприятий и ставится вопрос о необходимости профессиональной психологической помощи этой категории детей (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, В. К. Таточенко и др.). Такая необходимость связана, по мнению медиков, с наличием в анамнезе у большинства ЧБД острых и хронических психотравмирующих ситуаций.

Возраст ЧБД, охваченных современными исследованиями, ограничен дошкольным детством (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, А.А. Михеева). Отчасти это обусловлено тем, что ЧБД считаются возрастным феноменом: к 8-9 годам их количество резко сокращается (Н.В. Михайлова, А.А. Михеева и др.). Но происходит это не потому, что дети перестают болеть, а потому, что к этому возрасту они приобретают одно или несколько хронических заболеваний и переходят в другую нозологическую категорию (детей-хроников). Таким образом, для здоровья ЧБД момент поступления в школу является критическим. В связи с этим проблема психологической помощи часто болеющим детям на этапе их дошкольного детства приобретает особую актуальность.

В то же время одним из актуальных направлений психологической науки является исследование проблем мотивации. Эффективная деятельность человека в любой сфере применения сил предполагает, прежде всего, достаточно высокую степень мотивации. Интерес к проблеме мотивации человеческой деятельности обусловлен не только необходимостью решения чисто практических задач, но и требованиями к развитию психологической науки. В настоящее время из-за недостаточной разработанности важнейшего, стержневого в образовании личности – ее мотивации – сдерживается дальнейшее исследование психологии личности. В еще большей мере это относится к исследованиям деятельности, изучение которой без мотивационного аспекта является малоперспективным [11].

Выдающийся психиатр, невропатолог и психолог В.Н. Мясищев отмечал, что результаты, которых достигает человек в своей жизни, лишь на 20-30 % зависят от его интеллекта, а на 70-80 % - от мотивов, которые у этого человека есть и которые побуждают его определенным образом себя вести [8].

Столь же большое значение имеющимся у человека мотивам для успешности его учения, труда, общения, для развития всей его личности придавали Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и многие другие отечественные психологи, которые в своих исследованиях искали и прослеживали факторы, влияющие на результативность деятельности человека, на характер и уровень его активности в целом.

Между тем как в зарубежной, так и в отечественной психологии вопрос о развитии мотивационной сферы человека в рамках детства теоретически обсуждается и экспериментально исследуется сравнительно мало. Этот вопрос, на наш взгляд, представляет повышенный интерес, поскольку знание направлений, динамики и конкретных фактов, касающихся развития мотивационной сферы человека в пределах периода дет-

* © Г.Г. Вылегжанина, В.А. Ковалевский, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2006.

ства, позволяет понять, каким образом личность с возрастом может изменяться в её психологической основе (мотивация, по признанию большинства учёных, и есть основа личности, определяющая её поведение).

Для того чтобы раскрыть специфику мотивации часто болеющего ребенка следует представлять, какую роль в развитии человека играет дошкольный возраст. Л.И. Божович (1995), Л.С. Выготский (1999), А.В. Запорожец (1986), А.Н. Леонтьев (1971), Т.Д. Марцинковская (1987), О.А. Шаграева (2001), Д.Б. Эльконин (1999), П.М. Якобсон (1969) отмечают, что развитие личности дошкольника предполагает: осознание ребенком самого себя; развитие личностных механизмов поведения; формирование первичных этических инстанций и на их основе моральной оценки; возникновение новых мотивов поступков и действий. Именно в дошкольном детстве преимущественно закладываются основы будущей личности.

Разумеется, процесс развития происходит не пассивно, а осуществляется в результате активного взаимодействия ребенка с социальным окружением. Вне активности детей ни познание, ни деятельность, ни общение невозможны.

Совершенно в иной ситуации находится больной ребенок. В особой, обостренной заболеванием социальной ситуации развития нередко возникают преграды (объективные и субъективные) в реализации различных видов деятельности часто болеющего ребенка, главным образом, ведущей деятельности - игре, что отрицательно сказывается на развитии личности ребенка. В.В. Николаева, Г.А. Арина (1994) показали, что болезнь в первую очередь создает преграды для реализации двигательного компонента деятельности. Взрослые (родители, врачи, воспитатели), вводя многочисленные запреты ребенку из самых благих намерений («сиди тихо», «не бегай» и т.п.) лишают ребенка активности и тех способов психологического преодоления, которыми располагает ребенок, и которые он может реализовать только в игре.

Как видно из обзора медицинской литературы, на состояние здоровья детей, в частности на заболеваемость, влияет комплекс факторов, которые находятся в сложном взаимодействии друг с другом. Условно все факторы можно сгруппировать по их происхождению на 4 группы:

1. Биологические, включая наследственность.
2. Социальные, включая образ жизни, который во многом социально обусловлен.
3. Экологические, т.е. состояние природной среды.
4. Факторы внутренней среды помещений [А.Г. Сухарев, 1997. Цит. по 7, с. 11].

Роль психологических факторов в возникновении частых заболеваний детей в литературе изучена в меньшей степени. В то же время исследования влияния семьи на здоровье детей показали существенную роль внутрисемейных отношений на состояние здоровья детей. Например, среди детей первых трех лет жизни в неполных семьях доля часто болеющих детей в 2 раза (где нет отца) и в 2,5 раз (где нет матери) больше, чем в полных семьях. Неблагоприятные конфликтные отношения в семье сказываются на здоровье детей с самых первых дней жизни [Ю.П. Лисицин, Н.В. Полухина, 1990. Цит. по 7, с. 11].

В психологической литературе имеются указания на социально-психологические аспекты проблемы часто болеющих детей. Наиболее очевидные следствия этой проблемы вытекают из нерегулярности посещения ребенком детского сада или школы. Во-первых, эпизодичность общения со сверстниками, хроническое отсутствие ребенка в классе приводит к тому, что он становится изгоем - о нем просто забывают [Н.Г. Манелис. Цит. по 2, с. 42]. По мнению Ю. Копанева с соавт., невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью приводит к социальной дезадаптации, трудности формирования социальных навыков и закреплению таких черт характера, как замкнутость, скованность, грубость, раздражительность и т.п. Во-вторых, частые болезни ребенка вынуждают мать оставаться дома и ухаживать за ним. Таким образом, жизнь ребенка замыкается внутри семьи, а общение ограничивается общением с матерью [Цит. по 2, с. 42].

Степень коммуникативной компетентности, а также степень неблагоприятной социальной ситуации вокруг ребенка также зависит от частоты эпизодов ОРЗ в году, что было экспериментально доказано А.А. Михеевой (1999) на контингенте ЧБД дошкольного возраста. Чем чаще болеет ребенок, тем большие трудности испытывает он в общении со сверстниками, тем ниже его социометрический статус.

Среди этиологических факторов частой заболеваемости детей были указаны *специфические деформации в системе отношений между детьми и родителями* и некоторые личностные особенности последних, прежде всего, матерей (Н.П. Бадина, 2004). В литературе хорошо описаны особенности матерей часто болеющих детей, и специфика их внутрисемейных отношений (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, 1995; В.В. Николаева, 1995; А.А. Михеева, Е.О. Смирнова, С.М. Чечельницкая, В.Н. Касаткин, 1999; И.Г. Киян, И.В. Равич-Щербо, А.Г. Румянцев, 2000).

Основываясь на результатах наблюдения, Е. Шарова утверждает, что около 80% родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки. Общение с ребенком становится схематичным: на все случаи жизни даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Таким образом, нивелируется стремление к самостоя-

тельности. Примерно половина родителей ЧБД, по наблюдению Е. Шаровой, предъявляет к своим детям явно заниженные требования [Цит. по 2, с. 43].

Г.А. Арина и Н.А. Коваленко (1995) более глубоко рассматривают особенности материнского отношения к часто болеющему ребенку и выявляют некоторые психологические механизмы формирования в нем специфических деформаций. По их мнению, почти всем матерям часто болеющих детей присуще «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение: матери эмоционально отвергают ребенка, низко ценят его личностные качества, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, иногда приписывают ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в чрезмерной опеке и постоянном контроле любого действия ребенка. Авторы делают вывод о наличии особого стереотипа отношения матерей ЧБД к своему ребенку, в котором неосознаваемое эмоциональное отвержение ребенка сочетается с тенденцией к авторитарному контролю всей психической и телесной жизни ребенка.

Исследование, предпринятое А.А. Михеевой (1999), еще более уточняет представление о специфике материнского отношения к часто болеющему дошкольнику. В большинстве случаев, когда ребенок болеет 4-5 раз в году, он явно отвергается матерью, не соответствует ее ожиданиям; мать не принимает болезни ребенка, хочет видеть его здоровым и предъявляет достаточно высокие социальные требования. В случаях же, когда ребенок болеет 6 и более раз в году, отвержение ребенка матерью не осознается, хотя и присутствует; на первый план выступает симбиотическая связь, а болезнь служит способом ее поддержания. Это вызывает отношение к ребенку как к «маленькому неудачнику». Социальные требования к нему сводятся до минимума по причине уверенности в том, что он в силу своего физического состояния не может обойтись без участия и опеки матери.

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих часто болеющего ребенка, Г.А. Арина и Н.А. Коваленко (1995) говорят о том, что она имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связывается авторами с тем, что традиционно мать несет тотальную ответственность за все, что происходит с больным ребенком; эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия отца в воспитании ребенка. Интересно, что образ отца у часто болеющего ребенка в большинстве случаев идеализирован, наделен особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Отношение же к матери противоречиво: часто болеющие дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высоко позитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи даже при осуществлении простых актов самообслуживания.

Многие ученые (Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., Касаткин В.Н., 1999; И.Г. Киян, И.В. Равич-Щербо, А.Г. Румянцев, 2000) отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. Неадекватное, неоднозначное отношение к ребенку со стороны матери эти авторы в большей степени связывают с личностными особенностями матерей, чем с самой болезнью ребенка. По их мнению, для матерей часто болеющих детей характерна прежде всего высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, а болезнь ребенка является возможностью отреагирования собственных проблем. Причем выявлена прямая связь между выраженностью личностной тревожности матери и частотой ОРЗ у ребенка. Большинство матерей часто болеющих детей склонны в ситуации фрустрации давать экстрапунитивные реакции (своя доля ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается). Известно, что данного типа реакции являются компенсацией собственной уязвимой позиции. Матерям часто болеющих детей присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). В результате между ребенком и матерью складываются неадекватные взаимоотношения, которые проявляются в том, что при отвергающем, инфантилизирующем отношении матери ребенок становится зависим от нее, нуждается в ее внимании и поддержке.

Д.Н. Исаев (1993) отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасностями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприиспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии [4].

Для исследования личности ребёнка в обостренной социальной ситуации развития является концепция деятельности, разработанная А.Н. Леонтьевым и нашедшая дальнейшее развитие в работах Л.И. Божович, А.В. Запорожца, Д.И. Фельдштейна, Д.Б. Эльконина. В изучении развития психики ребёнка, считал А.Н. Леонтьев (1981), следует исходить из анализа развития его деятельности, так как она складывается в данных конкретных условиях его жизни. Жизнь или деятельность в целом не складываются, однако, механически из отдельных видов деятельности. Одни виды деятельности являются на данном этапе ведущими и имеют большее значение для дальнейшего развития личности, другие - меньшее. Одни играют главную роль в развитии, другие - подчиненную. Поэтому нужно говорить о зависимости развития психики не от деятельности вообще, а от ведущей деятельности [13].

Ведущая деятельность характеризуется тем, что в ней возникают и дифференцируются другие виды деятельности, перестраиваются основные психические процессы и происходят изменения психологических особенностей личности на данной стадии ее развития. В современных общественно-исторических условиях ведущими в развитии ребёнка являются следующие виды деятельности: эмоционально-непосредственное общение младенца со взрослыми, орудийно-предметная деятельность ребёнка раннего возраста, сюжетно-ролевая игра дошкольника, учебная деятельность в младшем школьном возрасте, интимно-личностное общение подростков, профессионально-учебная деятельность в ранней юности.

Смена ведущих типов деятельности подготавливается длительно и связана с возникновением новых мотивов, которые формируются внутри ведущей деятельности, предшествующей данной стадии развития, и которые побуждают ребёнка к изменению положения, занимаемого им в системе отношений с другими людьми.

В многочисленных исследованиях А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина и их сотрудников была показана зависимость психических процессов от характера и строения внешней, предметной деятельности.

Игра - ведущий тип деятельности ребёнка дошкольного возраста. Предмет этой деятельности - взрослый человек как носитель определенных общественных функций, вступающий в определенные отношения с другими людьми. Игра - деятельность, в которой ребёнок сначала эмоционально, а затем интеллектуально осваивает систему человеческих отношений, это своеобразная форма освоения действительности путем её воспроизведения, моделирования.

Игра имеет громадное значение для развития личности ребенка. Д.Б. Эльконин (1995) следующим образом определял значение игры для развития различных психических процессов ребенка:

- игра является той деятельностью, в которой происходит преодоление «познавательного эгоцентризма», недостаточной ограниченности своей точки зрения от других возможных;
- игра выступает как такая деятельность, в которой происходит формирование предпосылок к переходу умственных действий на новый, более высокий этап умственных действий с опорой на речь;
- в игре происходит существенная перестройка поведения ребёнка - оно становится произвольным;
- именно в игре происходит переход от мотивов, имеющих форму досознательных, аффективно окрашенных непосредственных желаний, к мотивам, имеющим форму обобщённых намерений, стоящих на грани сознательности.

Кроме игры в дошкольном возрасте присутствуют и другие виды деятельности: элементарный труд, учение и т.п.

Формы элементарного труда, следующего вида деятельности дошкольника, интересны и важны потому, что между ребенком и взрослым устанавливаются своеобразные отношения: отношения реальной взаимопомощи, координации действий, распределения обязанностей. Все эти отношения, возникая в дошкольном возрасте, продолжают в дальнейшем развиваться [10].

Учение также является одним из видов деятельности дошкольника. Вне учения, вне процесса передачи ребенку общественно выработанных способов действия вообще невозможно развитие. Обучение в ранних возрастах вплетено во все виды деятельности ребенка. Сначала оно не выделено в качестве самостоятельного вида деятельности. Но постепенно у ребенка возникает тенденция чему-то научиться. К концу дошкольного возраста ребёнок переходит от спонтанного типа обучения к реактивному типу обучения по программе, предложенной взрослым [10].

Необходимо также отметить, что в ходе психического развития ведущая деятельность ребенка всегда тесно связана с общением, принимающим форму, адекватную ведущей деятельности. Как показывают многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов, общение является основным условием развития ребёнка, определяющим фактором формирования его личности.

Общение - специфический вид деятельности. Его специфика заключена, прежде всего, в предмете этой деятельности, который и отличает общение от других ее видов. Предметом коммуникативной деятельности является другой человек - партнер по общению, выступающий как личность, как субъект. Общение представляет собой субъектно-субъектное взаимодействие, где каждый партнер становится активной его стороной [12].

Общение, как и любая деятельность, имеет свои результаты, продукты - образования материального и духовного характера, создающиеся в процессе общения. Продуктами общения являются взаимоотношения, складывающиеся между партнерами по общению, а также образ других людей и самого себя у субъекта общения [5, 12].

Как и всякая деятельность, общение направлено на удовлетворение определенной потребности, а именно коммуникативной. Сущность ее состоит «в стремлении человека к познанию и оценке других людей, а через них и с их помощью - к самопознанию и самооценке» [5, с. 26].

Другим структурным компонентом коммуникативной деятельности являются мотивы - это то, ради чего предпринимается общение.

Влияния общения на формирование личности ребёнка относятся главным образом к взаимодействию ребёнка со взрослыми, т.к. развитие личности дошкольника обусловлено прежде всего общением с близкими взрослыми, которые являются для ребенка носителями знаний и опыта. Основными путями влияния общения со взрослыми на развитие личности ребенка являются: обогащение опыта ребенка; подкрепление взрослыми усилий ребенка, их поддержка и коррекция; формирование образцов деятельности.

Однако процесс формирования личности ребенка нельзя понять в полной мере, если ограничиться изучением контактов детей только со взрослыми. Большое значение в жизни ребенка занимает также общение со сверстниками.

В связи с тем, что социальная ситуация развития больного ребенка характеризуется определенной степенью дефицитарности (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1994), психическое развитие протекает не всегда благополучно. В данных условиях особым образом развивается мотивационная сфера ребенка.

Изложенное выше доказывает необходимость изучения влияния родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка дошкольного возраста к разным видам деятельности (игровой, учебной деятельности и общению).

В исследовании использовался следующий диагностический инструментарий (табл. 1).

Таблица 1

Влияние родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка дошкольного возраста к разным видам деятельности: диагностический инструментарий

№ п/п	Название методики	Автор методики	Цель методики	Возраст детей	Литература
1	определение доминирования познавательного или игрового мотива ребенка		определить доминирование познавательного или игрового мотива ребенка	старший дошкольный возраст	Практикум по возрастной психологии: Учебное пособие/Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2005. – С. 454-455.
2	определение доминирования учебных или игровых мотивов поведения	модификация методики Н.Л. Белополюской	определить доминирование учебных или игровых мотивов поведения	старший дошкольный возраст	Практикум по возрастной психологии: Учебное пособие/Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2005. – С. 455-456.
3	изучение мотивов взаимодействия со взрослыми	М.И. Лисина	определить мотивы взаимодействия со взрослыми	2-7 лет	Урунтаева Г.А. Афонькина Ю.А. Практикум по детской психологии. – М.:Просвещение: Владос, 1995. – С. 67-68.
4	изучение критериев выбора партнера для общения		изучить критерий выбора партнера для общения	3-7 лет	Урунтаева Г.А. Афонькина Ю.А. Практикум по детской психологии. – М.:Просвещение: Владос, 1995. – С. 203-204.
5	Детский апперцептивный тест (Children's Apperception Test, CAT)	разработан Л. и С. Беллак	выявить ведущие потребности и мотивы	3-10 лет	Тесты детской апперцепции (CAT, CAT-N, CAT'S): Серия «психологическая практика»/Общая ред. Галанов А.С. - Ярославль, 1999. – 36с.
6	изучение типа общения ребенка со взрослым		определить тип общения ребенка со взрослым	3-7 лет	Урунтаева Г.А. Афонькина Ю.А. Практикум по детской психологии. – М.:Просвещение: Владос, 1995. – С. 193-194.
7	опросник родительского отношения	А.Я. Варга, В.В. Столин	выявление родительского отношения		Котова Е.В. Исследование особенностей детско-родительских отношений: Учебное пособие по курсу «Психология семьи и семейное консультирование»– Красноярск: РИО КГПУ, 2003. – С. 119-125.
8	методика изучения социально-валеологического состояния семьи	по Р.А. Захаровой	изучить социально-валеологическое состояние семьи		Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.: Илекса, Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 1999. – С. 105-107.

Так, посредством предложенных методик возможно выделить те виды деятельности, которые в ситуации болезни оказываются наиболее «уязвимыми» у часто болеющего ребенка дошкольного возраста. Что позволит выявить специфику коррекционной работы с часто болеющими детьми дошкольного возраста, направленную на формирование мотивов поведения на преодоление ситуации болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арина Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г.А. Арина, Н.А. Коваленко // Школа здоровья. 1995. Т.2. №3. С.116-124.
2. Бадина Н.П. Психологические условия адаптации часто болеющих детей в начальной школе: дис. ...канд. психол. наук. М., 2004. – 195с.
3. Киян И.Г. Психологические особенности тяжело больных детей / И.Г. Киян, И.В. Равич-Щербо, А.Г. Румянцев. - 2000. Т.7. №3. С. 31-37.
4. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Ю.Е. Куртанова. - М., 2004. – 26с.
5. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребёнка / М.И. Лисина. - Москва-Воронеж, 1997.
6. Михеева А.А. Психологическая помощь часто болеющим детям / А.А. Михеева, Е.О. Смирнова, С.М. Чечельницкая, В.Н. Касаткин // Школа здоровья. 1999. Т.6. №1. С. 55-72.
7. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: дис. ...канд. психол. наук / А.А. Михеева. – М., 1999. – 168с.
8. Мотивация личности: (Феноменология закономерности механизмы формирования): сб. науч. тр. / Отв. ред. А.А. Бодалев. – М., Изд. АПН СССР, 1982. - 120с.
9. Николаева В.В. Тяжело больной ребенок, штрихи к психологическому портрету / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Школа здоровья. 1994. Т.2. №2. - С. 86-95.
10. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология: учебник / Л.Ф. Обухова. - М.: Российское педагогическое агентство, 1996. - 374 с.
11. Соловьева В.А. Психологические условия актуализации мотивов в деятельности: дис. ... канд. психол. наук / В.А. Соловьева. – М., 1997. – 116с.
12. Терещук Р.К. Общение и избирательные взаимоотношения дошкольников / Р.К. Терещук. - Кишинёв, 1989.
13. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д.Б. Эльконин. - Москва-Воронеж, 1995.