

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»

Институт (Факультет): начальных классов

Кафедра: педагогики и психологии начального образования

Сельская Дарья Олеговна
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ САМОСОЗНАНИЯ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С
СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Направление: 44.03.01 Педагогическое образование,
направленность (профиль) Начальное образование

Допущена к защите
Заведующий кафедрой кандидат
психологических, доцент по кафедре
психологии
Мосина Н.А.,

11.06.2018 Мосина
(дата, подпись)

Руководитель доцент, кандидат
психологических наук, доцент по
кафедре педагогики и психологии
начального образования
Гордиенко Е.В..

11.06.18 Гр
(дата, подпись)

Дата защиты «21» июня 2018 г.
Обучающийся Сельская Д.О.

Сельская
(дата, подпись)

Оценка _____

Красноярск 2018

Содержание

Введение	3
Глава I. Теоретические подходы к изучению особенностей развития самосознания младшего подростка	7
1.1 Анализ проблемы развития самосознания в отечественной и зарубежной психологии	7
1.2 Развитие самосознания в онтогенезе	13
1.3 Особенности развития самосознания у младших подростков с соматическими заболеваниями	18
Выводы по главе I	24
Глава II. Организация и анализ результатов исследования самосознания часто болеющих младших подростков	27
2.1. Методы, процедура и организация исследования	27
2.2 Анализ констатирующего среза исследования	30
2.3 Коррекция самооценки у часто болеющих младших подростков	52
Выводы по главе II	59
Заключение	62
Список используемой литературы	65
Приложения	71

Введение

Предметом собственно психологических исследований самосознание становится лишь во второй половине 19 века. На современном этапе развития психологической науки в нашей стране проблема развития самосознания продолжает являться актуальной, так как изучает важнейший составной компонент личности. Существенный вклад в область изучения самосознания личности внесли представители гуманистической и экзистенциальной психологии (Л. Бинсвангер, М. Босс, Д. Бюдженталь, Р. Кеттелл, А. Маслоу, К. Р. Меррей, Р. Мэй, Г. Олпорт, В. Франкл). Характерной особенностью в теориях данных направлений является понимание самосознания как компонента, свойственного здоровой развитой личности, истоки развития которого заложены в самой органической природе человека.

Актуальность проблемы развития самосознания обусловлена тем, что являясь «ядром личности», самосознание оказывает регулирующее влияние на все стороны жизнедеятельности человека, но в настоящее время мы наблюдаем увеличение числа часто болеющих детей и подростков, что активно влияет на изменения в развитии самосознания. Это связано с тем, что кардинально меняется экономическое состояние в России, обостряются социальные проблемы. И именно подростки наиболее ярко и болезненно на них реагируют.

В работах Л.И. Божович, Л.С. Выготского, И.С. Кона, А.Н. Леонтьева и ряда других авторов раскрываются различные аспекты становления самосознания и его развития. В числе наименее изученных вопросов - условия и механизмы развития самосознания в переходные периоды онтогенеза, в частности, в начале переходного возраста, когда происходят качественные изменения самосознания, определяющие развитие социальной и интеллектуальной активности. Но при этом выявлено, что на формирование личности и ее самосознания решающее влияние оказывают социальные, психические и физиологические условия.

Таким переходным периодом является и подростковый возраст, и все особенности качественного изменения самосознания проявляются очень ярко: ломается и перестраивается все прежние отношения ребенка к миру и самому себе.

В отрочестве на базе качественно нового характера структуры и состава деятельности у подростка развивается сознательное поведение, делается решающий шаг из детства к новому этапу психологического и социального развития. В этот период активно формируются конструкты для развития важнейшей стороны самосознания – самооценки.

В психологических исследованиях Л.С. Выготского, И.С. Кона, М.И. Лисиной, А.Р. Лурия, В.С. Мерлина, В.С. Мухиной, С.Л. Рубинштейна, А.Г. Спиркина, В.В. Столина, И.И. Чесноковой подчеркивается, что процесс развития самосознания и формирования самооценки сложный и длительный, сопровождающийся целой гаммой специфических «часто внутренне конфликтных» переживаний. Появление сознательного «Я», возникновение рефлексии, осознание своих мотивов, моральные конфликты и нравственные самооценки, интимизация внутренней жизни - вот некоторые феноменальные проявления самосознания в этом возрасте.

Среди зарубежных авторов можно отметить Ч. Кули, А. Маслоу, Д. Мид, К. Роджерс, З. Фрейд и др. Они рассматривают процесс формирования самосознания непосредственно в сочетании влияния различных факторов, а именно, взаимодействия и взаимообусловленности реального и идеального «Я».

По мнению Г.А. Ариной, Н.А. Коваленко и В.В. Николаевой часто болеющие дети имеют индивидуально-психологические особенности и индивидуальное психосоматическое развитие, отличающееся от развития здоровых детей. Так, для них характерно нарушение эмоциональной сферы: выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе.

Для изучения особенностей самосознания часто болеющих младших подростков в нашем исследовании мы опирались на понятие и структуру, предложенную И.И. Чесноковой. Во-первых, эта структура, на наш взгляд, наиболее полно раскрывает особенности развития самосознания в младшем подростковом возрасте, в том числе, и часто болеющих младших подростков. Во-вторых, она рассматривает самооценку как интегративное качество самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе, а в подростковом возрасте

прослеживается более эмоционально окрашенное отношение к себе и к окружающим.

Цель: исследовать особенности развития самосознания у часто болеющих младших подростков и разработать рекомендации для учителей, часто болеющих младших подростков и их родителей.

Объект: процесс развития самосознания у младших подростков.

Предмет: особенности развития самосознания часто болеющих младших подростков с соматическими заболеваниями.

Гипотеза: Мы предполагаем, что самосознание часто болеющих младших подростков, в отличие от их здоровых сверстников имеет свои особенности:

специфика самопознания проявляется в выраженности симптомокомплексов «общительность», «тревожность и агрессивность», «повышенный интерес к своему «Я»», «конфликтность»;

самоотношение проявляется в адекватной самооценке по шкалам «ум, способности», «авторитет у сверстников», «уверенность в себе»

саморегуляция проявляется в неустойчивости и нестабильности оценки самого себя относительно оценки одноклассников и учителя;

Для достижения поставленной цели нам нужно решить следующие **задачи**:

1. Проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме самосознания;
2. Раскрыть особенности часто болеющих младших подростков;
3. Подобрать диагностический комплекс для выяснения особенностей развития самосознания часто болеющих младших подростков;
4. Дать анализ полученных данных;
5. Разработать рекомендации для учителей, часто болеющих младших подростков и их родителей.

Методы исследования:

1. Теоретические: проблемно-ориентированный и понятийно-терминологический анализ психолого-педагогической литературы, применявшийся для описания категориального поля проблемы.

2. Эмпирические: анкетирование, наблюдение, эксперимент.

Базой исследования были выбраны две группы детей 11-ти и 12-ти лет (здоровые и часто болеющие), обучающиеся в МБОУ СШ № 94 г. Красноярск. Для получения объективных результатов при формировании выборки, нами учитывались следующие показатели: возраст детей, состояние здоровья детей и количество детей в семье, образование родителей и состав семьи (полные или неполные). Группу А составили часто болеющие младшие подростки 11-ти и 12-ти лет, в количестве 15 человек. Группу Б составили здоровые младшие подростки 11-ти и 12-ти лет, в количестве 15 человек.

Структура ВКР состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы, приложения.

Глава I. Теоретические подходы к изучению особенностей развития самосознания младшего подростка

1.1 Анализ проблемы развития самосознания в отечественной и зарубежной психологии.

В отечественной психологии в качестве определяющих факторов развития самосознания берется собственная практическая деятельность человека и его взаимодействие с окружающими людьми, посредством которых он усваивает накопленный человечеством общественный опыт.

Данное определение явилось результатом достаточно длинного пути изучения особенностей развития самосознания отечественными психологами. Особый интерес к данной проблеме проявляли Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.С. Мерлин, С.Л. Рубинштейн, и другие.

В отечественной психологии развитие самосознания человека рассматривалось в контексте культурно-исторической теории Л.С. Выготского: самосознание человека развивается под влиянием реалий самой природы и созданной человеком культуры. Концептуальная модель самосознания в отечественной психологии основывается на положении Л.С. Выготского о том, что развитие самосознания определяется конкретной социальной ситуацией развития личности [11].

При этом, социальная ситуация развития личности определяется ученым как конкретная форма значимых для ребенка отношений, в которых он находится с окружающей действительностью в тот или иной период своей жизни.

В исследованиях С.Л. Рубинштейна самосознание не надстраивается внешне над личностью, а включается в нее; самосознание не имеет, поэтому самостоятельного пути развития, отдельного от развития личности, оно включается в процесс развития личности как реальный субъект в качестве его момента, стороны, компонента. По С.Л. Рубинштейну, «Я» - предмет самосознания, который предполагает единство субъекта и объекта [47].

В.С. Мерлин считает, что самосознание - это сложная психологическая структура, включающая в себя в качестве особых компонентов, во-первых,

сознание своей тождественности, во-вторых, сознание своего собственного «я» как активного, деятельного начала, в-третьих, осознание своих психических свойств и качеств, и, в-четвертых, определенную систему социально-нравственных самооценок. Все эти элементы связаны друг с другом функционально и генетически, но формируются они не одновременно [35].

Зачаток сознания тождественности появляется уже у младенца, когда он начинает различать ощущения, вызванные внешними предметами, и ощущения, вызванные собственным телом, сознание «я» - примерно с трех лет, когда ребенок начинает правильно употреблять личные местоимения. Осознание своих психических качеств и самооценка приобретают наибольшее значение в подростковом и юношеском возрасте. Но, поскольку, все эти компоненты взаимосвязаны, обогащение одного из них неизбежно видоизменяет всю систему.

А.Г. Спиркин дает следующее определение: «самосознание - это осознание и оценка человеком своих действий и их результатов, мыслей, чувств, морального облика и интересов, идеалов и мотивов поведения, целостная оценка самого себя и своего места в жизни. Самосознание - конституирующий признак личности, формирующийся вместе со становлением последней» [51].

Самосознание имеет своим предметом сознание, следовательно, противопоставляет ему себя. Но, в то же время, сознание сохраняется в самосознании в качестве момента, поскольку ориентировано на постижение своей собственной сущности. Если сознание - это субъективное условие ориентировки человека в окружающем мире, знание о другом, то самосознание и есть ориентировка человека в собственной личности, знание человека о самом себе, это своего рода «духовный свет, обнаруживающий и себя, и другое».

Благодаря самосознанию человек осознает себя как индивидуальную реальность, отдельную от природы и других людей. Он становится существом не только для других, но и для себя. Основным значением самосознания, по мнению А.Г. Спиркина, следует считать «просто сознание нашего наличного бытия, сознание собственного существования, сознание самого себя, или своего «Я» [51].

К середине 20 века, в изучении данной проблемы В.С. Мухиной, В.В. Столиным, И.И. Чесноковой и другими, были получены интересные результаты, раскрывающие особенности развития самосознания младших школьников и подростков.

В.В. Столин рассматривал самосознание как процесс познания себя и отношение к себе, в результате которого образуется некий «смысл Я» как результат соотнесения собственных качеств и мотивов деятельности. Возникновение самосознания связывается так же с выражением в отчетливой форме эмоционального отношения (желаний, чувств) к окружающему.

В.В. Столин, в соответствии с тремя видами активности, выделил три уровня в развитии самосознания: оргазмический, индивидуальный и личностный [52].

М.И. Лисина под самосознанием понимает «образ самого себя» как результат коммуникативной деятельности, как продукт общения, имеющий аффективную (самооценка) и когнитивную (представление о себе) стороны [31].

По мнению И.И. Чесноковой, самосознание представляет собой сложный психический процесс, имеющий две функции: самосознание фиксирует итог психического развития личности на определенных этапах, и самосознание влияет на дальнейшее развитие личности в качестве внутреннего регулятора поведения [58].

Таким образом, в отечественной психологии категория самосознания трактуется как культурный феномен, позволяющий сохранять постоянство собственного поведения и испытывать чувство ответственности за социальные ценности, усвоенные индивидом.

Отечественными учеными психологами самосознание рассматривается как структура. Так, например, И.И. Чеснокова предлагает рассматривать самосознание как единство трех компонентов: самопознания, эмоционально-ценностного отношения к себе и саморегулирования поведения личности [59].

В.С. Мерлин включает в структуру самосознания четыре компонента: сознание своей тождественности, сознание собственного «Я», осознание своих

психических свойств и определенную систему социально-нравственных самооценок [35].

Е.Н. Лебедеко выделяет шесть структурных компонентов самосознания: собственное «Я», самооценка, представление себя как представителя определенного пола, притязание на признание, представление себя во времени, отношение к правам и обязанностям [29].

Таким образом, анализируя различные взгляды на структуру понятия «самосознание» в отечественной психологии, можно выделить три основных компонента. Такими компонентами являются: самопознание, эмоционально-ценностное отношение к себе, саморегуляция. Именно на эти три компонента обращает особое внимание И.И. Чеснокова, но при этом, она рассматривает самооценку как интегративное качество самопознания и эмоционально-ценностное отношение к себе. Это очень важно, на наш взгляд, так как в младшем подростковом возрасте именно самооценка имеет большое значение при развитии самосознания. Поэтому в дальнейшем, мы будем опираться на ее представления о структуре самосознания.

В зарубежной, как и в отечественной психологии, большое внимание уделяется проблеме формирования и развития личности. Проведем краткий анализ зарубежных исследований, раскрывающих природу развития личности, и в частности его самосознания, для того, чтобы, по возможности, представить взгляды авторов различных школ и направлений по данной проблеме.

Психологи гуманистического направления (А. Маслоу, К. Роджерс и др.) рассматривают самосознание как внутреннюю характеристику личности и придают исключительную важность представлению человека о себе [34, 46].

К. Роджерс, говоря о самосознании, оперирует понятием «Я – концепция», под которой понимает сложную структурированную картину, существующую в сознании индивида как самостоятельная фигура и фон. Она включает в себя как собственное Я, так и отношения, в которые оно может вступить, а также позитивные и негативные ценности, связанные с воспринимаемыми качествами и отношениями «Я» в прошлом, настоящем и будущем. «Я – концепция» включает в

себя реальное и идеальное «Я». Самооценка, по К. Роджерсу, формируется в результате взаимодействия ребенка с другими людьми. При этом возможны два механизма оценивания этого взаимодействия: индивидуальный оценочный механизм, т.е. собственные ощущения и оценка окружающих. Конфликты между внутренними и внешними оценками могут вызывать формирование неосознаваемых защитных реакций: искажение реальности, искажение оценок других людей либо искажение собственной самооценки по типу «Я плохой» [46].

Другим представителем гуманистического направления является А. Маслоу. Развитие личности в теории самоактуализации А. Маслоу понимается исключительно как внутренний процесс, связанный с изначальным стремлением актуализировать в себе наследственные и генетические предрасположенности в отношении темперамента, характера, интеллекта. Маслоу выделяет самоактуализацию, или самореализацию, как одну из основных человеческих потребностей [34].

Таким образом, А. Маслоу, как и К. Роджерс, придаёт большое значение наличию у человека верного представления о себе, основанного на внутренних оценках.

Другим направлением в исследовании самосознания в зарубежной психологии, по мнению Грейса Крага, является символический интеракционизм, основателем которого считается Д. Мид [16]. Грейс Краг утверждает, что в начале XX века социолог Ч. Кули сформировал теорию «зеркального Я», согласно которой, представление человека о самом себе, «идея Я», складывается под влиянием мнений окружающих и включает три компонента: представление о том, каким я кажусь другому лицу, представление о том, как этот другой меня оценивает, и связанную с этим самооценку, чувство гордости и унижения.

Д. Мид не вводит специально понятие о самосознании, но структура человеческого «Я», по Д. Миду, отражает структуру взаимодействия индивида в различных группах. Сознание он трактовал как инструмент приспособления индивида к среде, рассматривая при этом мир объектов с точки зрения их значения для поведения индивида [16].

Образ «Я», по Д. Миду, - это образ, навязанный социальным окружением, учет ожиданий и требований значимых других людей. Формирование образа «Я» осуществляется непосредственно через отношение к данному индивиду отдельных членов группы, к которой он принадлежит, или через интегрированное отношение всей группы, т.е. ограничивается микро-социальным уровнем [16].

Одной из наиболее распространенных теорий, которые до сих пор оказывают влияние на психологию личности, является фрейдизм и его модификация – неофрейдизм.

Всю психику З.Фрейд делит на три системы различные по законам их функционирования. Прежде всего, это бессознательная система «ОНО», в основе которой лежат субъективные потребности биологического или аффективного порядка. Затем, система «Я» - это центр, реализующий процесс сознательной адаптации. «Я» является той силой, которая уравнивает глубинные неосознанные влечения и требования общества. Наконец, «Сверх-Я» - это своеобразная моральная цензура, содержанием которой являются нормы, запреты, принятые личностью, это его совесть. Между «Я» и «ОНО» устанавливаются отношения постоянной напряженности. «ОНО» оказывает давление на «Я», а «Я» должно сдерживать это давление, учитывая требования общества. В концепции Фрейда «Я», сознание, самосознание – явления однозначные. В качестве определяющих факторов развития самосознания З. Фрейд выделял врожденные биологические инстинкты, бессознательные силы [55].

Представителем неофрейдизма является ученица и последовательница З. Фрейда К. Хорни. Она отказалась от идеи об определяющей роли биологического в формировании и функционировании самосознания и обратилась к исследованию влияний внешних условий на формирование самосознания и отклонений в нем.

К. Хорни признает мощное влияние современных социальных факторов на формирование человеческой личности. При этом, «природу самосознания понимает как нечто растущее и развивающееся изнутри». При анализе причин невротических конфликтов личности она выдвигает гипотезу о том, что «человек для того, чтобы скрыть, подавить свои конфликты, создает неадекватное, идеализированное

представление о себе». Выход же из невротического конфликта, согласно К. Хорни, возможен только через осознание личностью своего реального поведения, которое является самой существенной и ценной частью «Я» [56].

Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод, что в зарубежной психологии процесс формирования самосознания рассматривается непосредственно в сочетании влияния различных факторов, а именно, взаимодействия и взаимообусловленности реального и идеального «Я». При этом, процесс формирования самосознания в зарубежной психологии рассматривается как стремление к самоактуализации, то есть нахождения человеком верного представления о себе.

Таким образом, анализируя взгляды отечественных и зарубежных ученых-психологов по данной проблеме, можно отметить, что изучение личности сводится к раскрытию природы её развития и, в частности, ее самосознания. При этом, зарубежные психологи особый акцент в развитии самосознания делают на нахождении человеком верного представления о себе, в частности, стремления к самоактуализации. Особенностью в изучении личности отечественными психологами, в частности, И.И. Чесноковой, является изучение структуры самосознания, где выделяют три основных компонента: самопознание, самоотношение и саморегуляция.

1.2 Развитие самосознания в онтогенезе

Отличительной чертой отечественной психологии является то, что учеными-психологами была осуществлена попытка определить истоки зарождения самосознания личности и особенности дальнейшего его развития. Этой проблеме были посвящены работы Б.Г. Ананьева, Л.И. Божович, Л.С. Выготского, М.И. Лисиной, С.Л. Рубинштейна, И.И. Чесноковой и других.

С.Л. Рубинштейн утверждает, что «самосознание возникает в ходе развития самосознания личности, по мере того, как личность становится самостоятельным субъектом». Согласно С.Л. Рубинштейну, самосознание начинает формироваться с момента овладения ребенком собственным телом, происходящего в результате возникновения самостоятельных произвольных движений, самообслуживания [47].

И.И. Чеснокова считает, что самосознание начинается с осознания физического «Я» ребенка в результате манипулирования предметами и взаимоотношений со взрослыми. В сферу осознания физического «Я» сначала вовлекаются отдельные органы чувств и части тела. Отдельные представления синтезируются, и у ребенка возникает первичный образ собственного тела и способность владения им в форме произвольных движений [59].

М.И. Лисина и ряд ее последователей (И.И. Авдеева, И.Т. Димитрова, А.И. Сильвестру) подтверждают то, что одну из главных ролей в развитии самосознания играет общение, а значит речь, слово, способствующее развитию образа самого себя. Образ самого себя, по словам И.И. Авдеевой, начинает складываться на первом году жизни, причем первичной формой является самоощущение – положительно окрашенное переживание своей абсолютной ценности, отражающее отношение к ним близких взрослых в ходе общения с ними. Далее образ самого себя начинает дифференцироваться и отражать также успешность предметной деятельности [31].

Из вышесказанного складывается представление о том, что самосознание ребенка зарождается очень рано, в младенческом возрасте, и развивается по мере развития личности. Проявляется самосознание через самопознание себя. Также учеными было подмечено, что в младенческом возрасте в формировании самосознания огромную роль играет движение ребенка и речь. Ребенок открывает для себя взаимосвязь речи и имени. Называние частей своего тела помогает ему осознать свои действия, но в этом возрасте самосознание не является ведущим фактором, определяющим поведение ребенка.

Следующим важным этапом развития самосознания является период раннего детства. В этот период роль взрослого, по-прежнему, остается ведущей, однако ребенок уже стремится действовать без его помощи, самостоятельно. Новые тенденции усиливают активность ребенка («я сам») и приводит к возникновению новых взаимоотношений с взрослыми. Л.И. Божович отмечает: «В этот период познавательная деятельность ребенка обращается уже не только на внешний мир, но и на самого себя».

По замечанию Л.И. Божович, процесс формирования ребенка раннего возраста завершается возникновением центрального личностного образования в виде «системы «Я». В эту систему входит не только некоторое знание, но и отношение к себе [8].

Иную точку зрения высказывает Л.Ф. Обухова. Она считает, что система «Я», т.е. совокупность физического «Я» (отношения к собственному телу), когнитивного «Я» (каким человек видит самого себя), социального «Я» (каким человека видят, по его мнению, другие) и самооценки (оценки самореализации) возникает после 3-х лет. При том, сначала появляется физическое «Я», затем постепенно формируется самооценка [42].

В своих исследованиях Е.Н. Анкудинова и М.И. Лисина утверждают, что самосознание формируется в дошкольном возрасте, когда активно развиваются мышление и речь.

Итак, самосознание ребенка в дошкольном возрасте развивается благодаря активному общению со взрослыми и своими ровесниками. Учеными было доказано, что в дошкольном возрасте процесс развития самосознания происходит как во внутреннем плане, как акт самоанализа, так и во внешнем – как процесс оценки своего достижения.

Следующим этапом в развитии самосознания в психологии выделяется младший школьный возраст.

Л.С. Выготский считает, что к 6-7 годам обобщение ребенком собственных переживаний достигает высокой степени, и с развитием самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе расширяется и регулятивная функция, что выражается в формировании произвольного поведения [11].

По мнению В.В. Давыдова, у ребенка 7-10 лет личностным образованием служит сложившаяся у него жизненная позиция, характеризующаяся внутренними переживаниями ребенка в качестве социального индивида, что является основой развития самосознания младшего школьника.

По мнению Л.Б. Филонова, процесс развития самосознания в младшем школьном возрасте идет равномерно, без скачков и кризисов. В этот период

происходит постепенное накопление психических качеств, которые подведут ребенка к важному моменту развития его самосознания в подростковом возрасте [52].

Далее следует этап подросткового возраста. Происходит смена ведущей деятельности на интимно-личностное общение со сверстниками. Эта деятельность является своеобразной формой воспроизведения между сверстниками тех отношений, которые существуют среди взрослых людей, формой освоения этих отношений. Отношения со сверстниками более значимы, чем со взрослыми, происходит социальное обособление подростка от своей генеалогической семьи.

По мнению Д.Б. Эльконина, с развитием мышления наступает интенсивное самовосприятие, самонаблюдение, познание мира, собственных переживаний. Разделяются мир внутренних переживаний и объективная действительность. В этом возрасте многие подростки ведут дневники. Усиливается склонность к самонаблюдению, появляется застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образования «Я», несколько снижается общее самоуважение, и существенно изменяется самооценка некоторых качеств[63].

Подросткам чаще, чем младшим школьникам, кажется, что родители, учителя и сверстники о них плохого мнения, и они чаще испытывают депрессию. Самооценка сильно зависит от стереотипов (каким должен быть мужчина, какой должна быть женщина).

К концу подросткового возраста появляется чувство взрослости - это отношение подростка к себе как к взрослому, представление, ощущение себя в какой-то мере взрослым человеком. Это чувство проявляется в желании, чтобы все: и взрослые, и сверстники относились к нему не как к маленькому, а как к взрослому. У подростка появляется потребность быть самостоятельным, значимым в мире взрослых, потребность осознать себя как личность, отличная от других людей. Отсюда стремление к самоутверждению, самореализации, самоопределению. Подросток начинает претендовать на равноправие в отношениях со старшими и идет на конфликты, отстаивая свою «взрослую» позицию. Чувство взрослости проявляется и в желании оградить какие-то стороны своей жизни от

вмешательства родителей. Это касается вопросов внешности, отношений с ровесниками, может быть - учебы. В последнем случае отвергается не только мониторинг успеваемости, но и помощь. Кроме того, появляются собственные вкусы, взгляды, оценки, собственная линия поведения [54].

Также чувство взрослости выражается в стремлении подростка что-то знать и уметь по-настоящему. Это стимулирует развитие познавательной деятельности, содержание которой выходит за пределы школьной программы. Учение приобретает у таких школьников личный смысл и превращается в самообразование [1, 21].

Конечно, подростку еще далеко до истинной взрослости: и физически, и психологически, и социально. Он, объективно, не может включиться во взрослую жизнь, но стремится к ней и претендует на равные со взрослым права.

Анализируя исследования отечественных ученых-психологов, можно заметить существенную близость позиций авторов в понимании ими проблемы возникновения и формирования самосознания. Они считают, что наследование природных свойств (особенности строения нервной системы, физическая организация, анатомо-физиологические особенности органов чувств, конституция тела) само по себе еще не приводит к развитию соответствующих психических качеств личности, а создает предпосылки для их образования.

Развитие ребенка является результатом не только «вызревания» природных качеств личности, но и следствием влияния социальной среды и воспитания. В процессе овладения социальным опытом ребенок выступает активным субъектом деятельности. При этом социальная среда оказывает влияние на развитие ребенка посредством его собственной активности.

Таким образом, развитие самосознания личности происходит в процессе становления личности как самостоятельного субъекта и является следствием развития социальной среды и воспитания. Процесс самосознания протекает достаточно активно еще и потому, что сам ребенок вовлечен в разные виды деятельности, которые требуют от него умения оценить свои возможности и достижения.

1.3 Особенности развития самосознания у младших подростков с соматическими заболеваниями

Проблема психосоматического здоровья составляет значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлась объектом интенсивных исследований, в рамках так называемой психосоматической медицины, ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются «большие» психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму и некоторые другие, в основе которых, по мнению В.В. Николаевой: «... первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа», а эмоциональные факторы играют особенно важную роль в их этиологии. И «малые» психосоматические расстройства – невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органные неврозы» [40].

Современные представления о сущности проблемы психосоматического здоровья предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями [59].

Вместе с тем, в рамках психосоматического направления развивалось и соматопсихологическое, где основная причина возникновения ряда заболеваний отводится телесному фактору. Термин «соматопсихическое» характеризует противоположное, и в тоже время, дополняющее по отношению к «психосоматическому» направлению изучения болезни.

Соматопсихическое направление было заложено в нашей стране трудами психиатров П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, С. С. Корсакова, Е. К. Краснушкина. В рамках этого направления клинико-психологических исследований было установлено, что имеются два пути патогенного влияния соматической болезни на психику: собственно соматогенный (интоксикационное воздействие на ЦНС) и психогенный (острая реакция личности на заболевание и его последствия) [59].

Хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

В. В. Николаева обращает внимание на важный механизм - механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дизорганизуя личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной последующих соматических нарушений. Эта идея также раскрывается в понятии «психосоматического цикла», когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных переживаний приводит к обострению хронического соматического расстройства или формирует новый соматический симптом [38]. В связи с этим, очень сложно выявить, что явилось первоначально причиной заболевания: расстройство в психике или соматические заболевания, повлекшие за собой расстройство психики.

С 1980 г. для обозначения соматических симптомов, которые имеют исключительно функциональную природу, но при этом у пациента не удается обнаружить значимых психологических факторов, введено понятие соматоформных расстройств.

Главным отличием соматоформных расстройств от психосоматических является то, что при соматоформных расстройствах функциональные или незначительные органические нарушения сопровождаются чрезмерной тревогой за свое физическое здоровье. Общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. Но отягчающих психологических факторов, при этом, не обнаруживается. Например, психологически благополучный ребенок, испытывающий текущие неразрешимые проблемы в отношениях со сверстниками в школе или плохо подготовленный к предстоящей контрольной работе, в случае соматоформного расстройства может жаловаться на учащенное сердцебиение, неприятные ощущения за грудиной, повышенную температуру, боль во внутренних органах или в голове, иметь нарушения стула, мочеиспускания, дыхания, страдать от частых приступов метеоризма, кашля, одышки.

К соматоформным расстройствам также относят постоянную озабоченность возможностью заболевания несколькими или одним, но обязательно тяжелым, соматическим расстройством (ипохондрия). А также, соматизированные симптомы в виде повторных приступов рвоты, боли в животе, кожного зуда, жжения, покалывания, онемения, нарушений сексуальных функций, сопровождающиеся отчетливой тревогой и депрессией [12].

Соматоформные расстройства часто возникают у таких детей, которые живут в семьях с тяжело больным родственником. В этом случае, соматоформные реакции на текущие психосоциальные или эмоциональные проблемы могут подкрепляться родителями и другими родственниками из опасения за возможную угрозу здоровью ребенка. Низкая толерантность к физическим нагрузкам также является одним из индикаторов возможных соматоформных реакций. Такие дети стараются избегать физических перегрузок, мотивируя это тем, что нагрузки вызовут у них обострение плохого самочувствия. Они озабочены стремлением «беречь силы».

Перегрузки или стресс также способствуют возникновению соматоформных расстройств.

Среди психиатров бытует мнение о том, что в случае соматизированных расстройств речь может идти о так называемой «ларвированной депрессии». Между соматоформными симптомами и депрессией действительно существует значимая корреляция, однако, как указывает В. Риф, соматоформные симптомы часто возникают задолго до появления депрессивных признаков. Кроме того, у них не обнаружено общих биологических нарушений, поэтому высокие корреляции депрессии и соматизации еще не говорят о том, что соматоформные реакции обязательно связаны с депрессивными расстройствами. Возможно, здесь имеется взаимовлияние разных факторов: люди с соматоформными расстройствами часто ограничивают сферу жизнедеятельности, что способствует развитию в дальнейшем депрессии. И наоборот, лица с депрессиями склонны к искаженному восприятию телесных ощущений [23].

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, научного центра здоровья детей РАМН, за последние пять лет число здоровых младших подростков уменьшилось в 5 раз и составляет лишь около 14% от числа всех младших подростков.

Самой распространенной группой являются заболевания органов дыхания. В последние 10-15 лет они составляют 50-60 % всей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно.

В результате увеличения числа длительно текущих соматических болезней отмечается рост психических расстройств на 20%, а частота психосоматических расстройств увеличилась за этот период вдвое. Реактивные состояния психопатии, как ответ на воздействие негативных факторов внешней среды, возросли у детей на треть [49].

В нашей работе под соматическими заболеваниями мы будем рассматривать респираторные заболевания из-за увеличения их частоты проявлений среди младших подростков.

Все вышесказанное указывает на то, что изучение особенностей развития часто болеющего ребенка, в том числе изучение особенностей развития самосознания, в настоящее время очень актуально.

Часто болеющим ребенком в медицинской литературе, по мнению многих авторов (Ариной Г.А., Коваленко Н.А., Румянцева А.Г.) принято считать тех детей, которые в течение года страдают ОРЗ и ОРВИ четыре и более раз в год. Считается, что более 50% всех случаев заболеваний подросткового возраста приходится на долю данной группы детей.

Группа часто болеющих детей неоднородна по своему составу. В нее входят больные, имеющие хронические очаги инфекции в носоглотке, дети с аллергическими проявлениями и дети, у которых частота заболеваний связана с увеличением контактов с больными людьми. Наиболее распространенные жалобы и признаки у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей [4].

По мнению Ариной Г.А. и Коваленко Н.А., часто болеющие младшие подростки имеют индивидуально-психологические особенности и индивидуальное психосоматическое развитие, отличающееся от развития здоровых детей. Так, для них характерно нарушение эмоциональной сферы: выраженная тревожность, боязливость и неуверенность в себе [4].

Для часто, но не тяжело болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. На сознательном уровне они понимают, что болеть плохо, но на неосознаваемом эмоциональном – болезнь для них иногда даже более привлекательна, чем здоровье, так как дает заботу и внимание. Около 84% часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимания и заботиться о них [23].

Следовательно, часто болеющие дети – это не диагноз и не патология, а характеристика детей с особой дефицитарной ситуацией развития, в которой находится ребенок в отличие от своего здорового сверстника и это, безусловно,

сказывается на развитии его самосознания, структурных элементах и всей личности в целом.

Таким образом, при анализе литературы мы выявили, что существуют свои особенности в развитии самосознания у часто болеющих младших подростков. Для них характерны дефицитарная ситуация развития, нарушение эмоциональной сферы и недостаток общения.

На данном возрастном этапе это особенно важно, так как именно постоянные коммуникации со сверстниками являются ведущей деятельностью, а у часто болеющих детей возникает дефицит общения, вследствие чего, складывается заниженная самооценка, и они стараются компенсировать такой недостаток родительским вниманием. Этим характеризуется сфера эмоционально-ценностного отношения к себе часто болеющих младших подростков, данный вывод не расходится с мнением Д.И. Фельдштейн [53].

В сфере самопознания общие знания о себе сформированы у младших подростков, активно развивается чувство взрослости и желание полной самостоятельности и независимости, происходит осознание своей индивидуальности, а так же психосексуальной идентичности, но процесс развития этих качеств осложняется дефицитарной ситуацией развития.

В сфере саморегуляции происходят попытки анализа и оценки себя и своих действий.

Относительно самооценки, как интегративного качества, можно отметить, что у младших подростков усиливается склонность к самонаблюдению, появляется застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образования «Я», несколько снижается общее самоуважение и существенно изменяется самооценка, в сторону понижения.

Выводы по главе 1

В отечественной психологии отмечается, что самосознание личности начинает складываться в процессе взаимодействия с другими людьми и ощущения своей "непохожести" на них, то есть с открытием личностью своего "Я".

Такое толкование понятия самосознания явилось результатом достаточно длинного пути изучения особенностей развития самосознания отечественными психологами в контексте культурно-исторической теории Л.С. Выготского: самосознание человека развивается под влиянием реалий самой природы и созданной человеком культуры. При этом, социальная ситуация развития личности определяется ученым как конкретная форма значимых для ребенка отношений, в которых он находится с окружающей действительностью в тот или иной период своей жизни.

В зарубежной психологии процесс формирования самосознания рассматривается непосредственно в сочетании влияния различных факторов, а именно, взаимодействия и взаимообусловленности реального и идеального «Я». При этом, процесс формирования самосознания в зарубежной психологии рассматривается как стремление к самоактуализации, то есть нахождения человеком верного представления о себе.

Анализируя взгляды ученых-психологов по данной проблеме, для нашего исследования мы выбираем позицию отечественных психологов, в частности базой исследования являются результаты исследования самосознания у часто болеющих и здоровых детей младшего подросткового возраста И.И. Чесноковой.

И.И. Чеснокова считает, что самосознание начинается с осознания физического «Я» ребенка в результате манипулирования предметами и взаимоотношений со взрослыми. Следовательно, самосознание ребенка зарождается очень рано, в младенческом возрасте, и развивается по мере развития личности. Проявляется самосознание через самопознание себя.

В психологии отмечается этапность формирования самосознания. Каждый этап характеризуется своими характерными особенностями.

Период раннего детства считается зарождением самосознания. В этот период роль взрослого по-прежнему остается ведущей, однако ребенок уже стремится действовать без помощи взрослого, самостоятельно. Активизируется познавательная деятельность ребенка направленная не только на внешний мир, но и на самого себя. Возникает новообразование в виде «системы «Я». В эту систему входит не только некоторое знание, но и отношение к себе.

Следующим этапом в развитии самосознания в психологии выделяется младший школьный возраст. У ребенка 7-10 лет личностным образованием служит сложившаяся у него жизненная позиция, характеризующаяся внутренними переживаниями ребенка в качестве социального индивида.

По мнению А. Валлон, процесс развития самосознания в младшем школьном возрасте идет равномерно, без скачков и кризисов. В этот период происходит постепенное накопление психических качеств, которые подведут ребенка к важному моменту развития его самосознания в подростковом возрасте.

Далее следует этап подросткового возраста. Происходит смена ведущей деятельности на интимно-личностное общение со сверстниками. Эта деятельность является своеобразной формой воспроизведения между сверстниками тех отношений, которые существуют среди взрослых людей, формой освоения этих отношений. Отношения со сверстниками более значимы, чем со взрослыми, происходит социальное обособление подростка от своей генеалогической семьи.

К часто болеющим детям относятся те дети, которые не менее четырех раз в год обращаются к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ и ОРЗ. В нашей работе мы под соматическими заболеваниями мы будем рассматривать респираторные заболевания из-за увеличения их частоты проявлений среди младших подростков.

Группа часто болеющих детей неоднородна по своему составу. В нее входят больные, имеющие хронические очаги инфекции в носоглотке, дети с аллергическими проявлениями и дети, у которых частота заболеваний связана с увеличением контактов с больными людьми. Наиболее распространенные жалобы и признаки у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная

утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Для часто, но не тяжело болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. На сознательном уровне они понимают, что болеть плохо, но на неосознаваемом эмоциональном – болезнь для них иногда даже более привлекательна, чем здоровье, так как дает заботу и внимание. Около 84% часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимания и заботиться о них.

Обобщая выше сказанное, мы отмечаем, что общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. В следствие возникает, по мнению В. В. Николаевой, механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизирующие личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной развития специфических особенностей в развитии самосознания и самооценки.

Таким образом, процесс формирования самосознания часто болеющего младшего школьника формируется на основе не только самопознания себя, но и под влиянием социокультурной среды.

Глава II. Организация и анализ результатов исследования особенностей самосознания часто болеющих младших подростков

2.1. Методы, процедура и организация исследования

Из анализа психолого-педагогической литературы следует, что формирование и содержательная наполняемость структуры самосознания зависит, по мнению И.И. Чесноковой, от специфики самопознания, самоотношения и саморегуляции.

Таблица 1 - Критерии и уровни развития самосознания

Критерии	Уровни			Методики
	Низкий	Средний	Высокий	
Самопознание	Слабо выраженное эмоционально-ценностное отношение к себе	Наблюдается в восприятии личностью многочисленных образов самой себя в различных ситуациях и в соединении этих образов в единое целостное образование - представление, а затем и понятие своего собственного «Я»	Наблюдается формирование обобщенного «образа Я» и представлено как обобщение и устойчивое.	А.М. Прихожан и З. Василяйскайте «Нарисуй себя»
Самоотношение	Слабо выраженная ценность себя	Повышен интерес к себе, может дать оценку своим качествам и возможностям	это состояние, когда человек оценивает сам себя в разных областях, давая оценку тем или иным своим качествам	Методика исследования самооценки – Т.С. Дембо – С.Я. Рубенштейн
Саморегуляция	Выбор друга и оценка друга осуществляется с трудом на основе собственных ощущений и оценок	Взаимодействие устанавливает исходя из активности и потребностей	Может взаимодействовать со всеми и легко устанавливает межличностные контакты	Методика Де Греефе

Нами были обследованы две группы детей 11-12 лет, учащиеся МБОУ СШ № 94 г. Красноярска.

Группу А составили (15 человек) часто болеющие дети: 7 детей одиннадцатилетнего возраста и 8 детей двенадцатилетнего возраста. В этой группе 100% детей наблюдались с диагнозом «часто болеющий ребенок» (3-6 обращений в году к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ).

Группу В составляли (15 человек) здоровые дети: 7 детей одиннадцатилетнего возраста и 8 детей двенадцатилетнего возраста.

Для того, чтобы акцентировать влияние состояния здоровья на формирование и развитие самосознания у часто болеющих младших подростков, мы составили выборку группы здоровых и часто болеющих младших подростков по следующим параметрам: статус семьи (полная, неполная), образование родителей и количество детей в семье. Эти параметры мы условно назовем социальным статусом семьи (см. табл. 2).

Таблица 2 - Сравнительный анализ выборок респондентов

Анализ выборов респондентов из полных семей								
Категория испытуемых	Полные семьи, %	Образование родителей, %			Количество учащихся в семье, %			
		высше е	сред/спец	средне е	1	2	3	единствен ный
Здоровые	67	46	54	0	3	2	7	27
Часто болеющие	53	50	43	7	4	1	7	33
					0	3		
Анализ выборов респондентов из неполных семей								
Категория испытуемых	Неполные семьи, %	Образование родителей, %			Количество учащихся в семье, %			
		высше е	сред/спец	средне е	1	2	3	единствен ный
Здоровые	33	33	60	7	2	1	0	33
Часто болеющие	47	26	53	21	2	2	0	27
					0	0		

Окончание таблицы 1

Из данной таблицы мы можем сделать выводы, что часто болеющие дети встречаются как в полных, так и в неполных семьях, родители которых имеют различный уровень образованности. Анализ выборок показывает, что по социальному статусу семьи отличаются незначительно, что позволяет нам абстрагироваться от него.

Для анализа особенностей развития самосознания у часто болеющих младших подростков нами были выбраны следующие методики:

1. Методика А.М. Прихожан и З. Василюскайте «Нарисуй себя». Цель методики: определить особенности эмоционально-ценностного отношения к себе у младшего подростка.

Изучение особенностей формирования самосознания у часто болеющих младших подростков осуществлялось нами на основе методики «Нарисуй себя», предложенной А.М. Прихожан и З. Василюскайте. С помощью данной методики мы хотим выявить особенности самопознания у часто болеющих и здоровых младших школьников. По нашему предположению, самопознание, а именно эмоционально-ценностное отношение к себе лежит в основе формирования развития самоотношения и саморегуляции поведения. Исследование мы проводили в два этапа. Целью первого этапа является определение различий в эмоционально-ценностном отношении к себе у часто болеющих и здоровых младших подростков на основе анализа рисунков детей по выделенным симптомокомплексам.

Целью второго этапа является выявление уровня эмоционально-ценностного отношения к себе часто болеющих и здоровых младших подростков на основе сравнения «автопортрета» и рисунков «хорошего и плохого человека» [14].

2. Методика исследования самооценки Т.С. Дембо – С.Я. Рубинштейн. Цель методики: выявление самооценки и осознания болезни у младших подростков.

Методика Дембо - Рубинштейн позволяет охарактеризовать уровень сформированности самооценки и осознания болезни часто болеющих и здоровых младших подростков.

Исследование по данной методике предполагает изучение самооценки младших школьников и осознание ими болезни по следующим шкалам: «ум», «характер», «здоровье» и «счастье» [14].

3. Методика, предложенная французским психиатром Де Греефе. Цель методики: определить характер самооценки подростка.

Методика Де Греефе направлена на определение особенностей самооценки ребенка младшего подросткового возраста. По нашему мнению, данная методика позволяет оценить уровень развития самооценки и самопознания. Самопознание осуществляется через различные формы соотнесения себя с другими людьми.

Исследование по данной методике предполагает изучение самооценки часто болеющих младших подростков по следующим параметрам: выбор друга; сравнительная характеристика самооценки младших школьников с предполагаемой ими оценкой учителя; сравнительная характеристика самооценки младших подростков с предполагаемой ими оценкой друга; сравнительная характеристика самооценки часто болеющих младших подростков с самооценкой их здоровых сверстников [35].

2.2 Анализ констатирующего среза исследования

При проведении методики «Нарисуй себя», для реализации цели констатирующего этапа были выделены следующие симптомокомплексы: «интеллектуальное развитие»; «общительность»; «тревожность и агрессивность»; «повышенный интерес к своему «Я»»; «неудовлетворенность и неуверенность к себе»; «конфликтность».

Анализируя рисунки детей в рамках методики по симптомокомплексам «интеллектуальное развитие», мы исходили так же из представлений Ануфриева, С.С. Степанова, что основным символом интеллектуальной сферы является голова, особенно лоб – «центр локализации «Я»», интеллектуальной деятельности. Рисунки детей показали, что младшие подростки достаточно хорошо прорисовывают голову человека, что свидетельствует о важности развития интеллекта для них [14].

При количественном анализе результатов по данному симптомокомплексу мы выявили, что

- низкий уровень – 53% (8 человек) в группе А (часто болеющие) и 44% (4 человека) в группе В (здоровые);

-средний уровень – 33% (5 чел) в группе А (часто болеющие) и 37% (8 человека) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 14% (2 чел) в группе А (часто болеющие) и 19% (3 человека) в группе В (здоровые) (см рис 1);

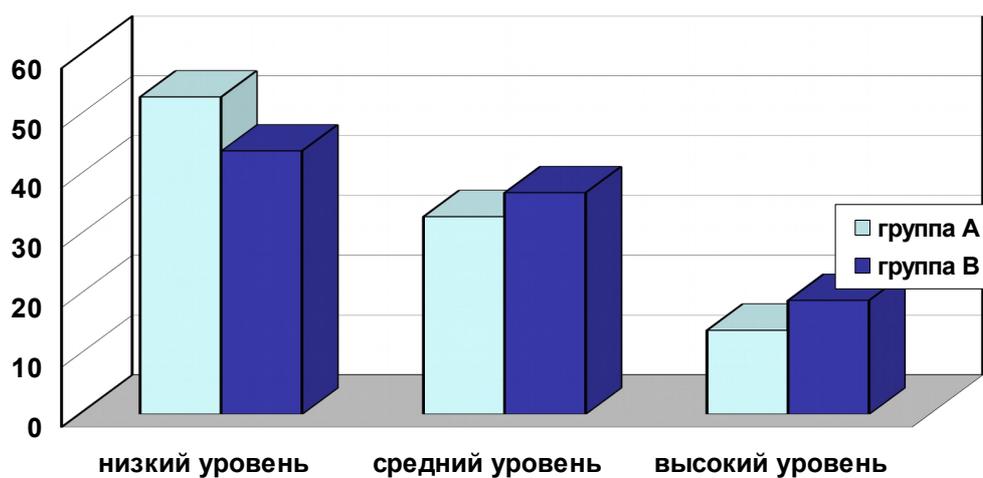


Рис.1 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «интеллектуальное развитие» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

При качественном анализе мы выявили, что в группе часто болеющих младших подростков преобладает низкий и средний уровень развития симптомокомплекса «интеллектуальное развитие». Причем, явных различий по данному симптомокомплексу не выявлено. На наш взгляд, это связано с тем, что учебная деятельность, в которые включены такие компоненты, как: познавательный интерес, целеполагание и учебные действия, у часто болеющих младших подростков сформированы, так же как и у здоровых, а способность к самоконтролю и самооценке у часто болеющих младших подростков развита выше, чем у остальных детей, что является компенсаторным механизмом, позволяющим восполнить не достающие психические ресурсы.

При количественном анализе результатов по симптомокомплексу «общительность» мы выявили, что

- низкий уровень – 46% (7 человек) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые);

-средний уровень – 40% (6 чел) в группе А (часто болеющие) и 46% (7 человека) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 14% (2 чел) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые) (см рис 2);

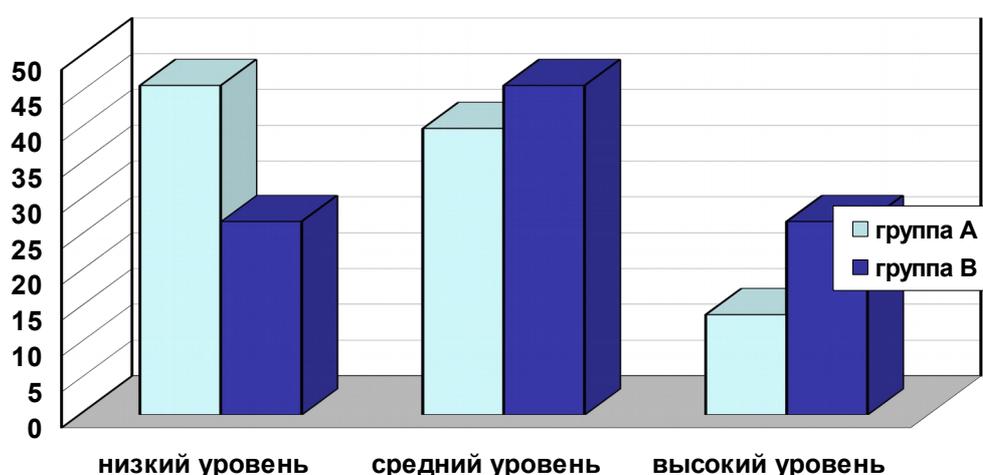


Рис.2 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «общительность» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

При качественном анализе мы выявили, что проявляется положительная динамика наличия данного симптомокомплекса у часто болеющих младших подростков.

Анализируя полученные данные можно отметить, что выявлено различие между часто болеющими и здоровыми детьми. Часто болеющие младшие подростки испытывают большие трудности в общении, нежели их здоровые сверстники. Это можно объяснить тем, что они часто отделяются от коллектива по состоянию здоровья. И при этом они испытывают большую потребность не просто в общении, а в общении с противоположным полом. Это объясняется ведущим

видом деятельности на этапе развития. Известно, что дети часто винят себя за свои болезни и испытывают в связи этим чувство дискомфорта.

Следующий симптомокомплекс - «Тревожность и агрессивность».

При количественном анализе результатов по данному симптомокомплексу мы выявили, что

- низкий уровень – 46% (7 человек) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые);

-средний уровень – 27% (4 чел) в группе А (часто болеющие) и 46% (7 человека) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 27% (4 чел) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые) (см рис 3);

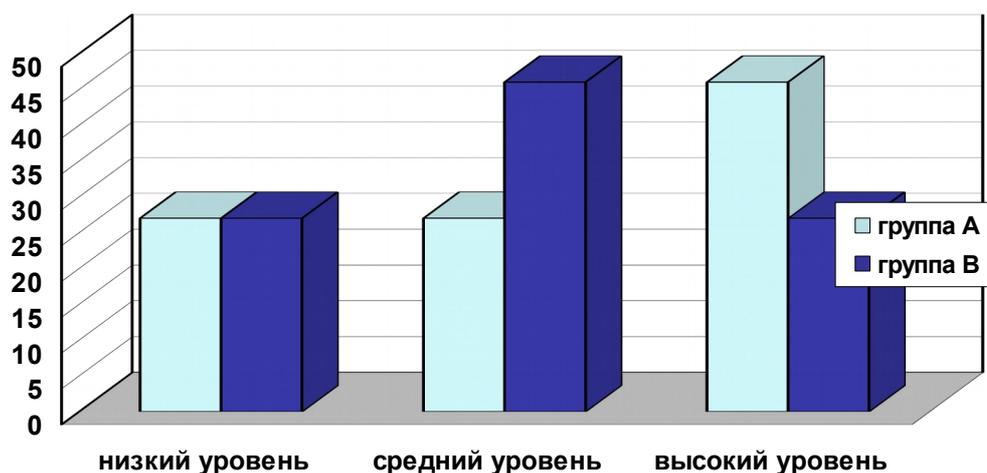


Рис. 3 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «тревожность и агрессивность» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

Результаты исследования позволяют сказать, что часто болеющие младшие подростки, в сравнении с их здоровыми сверстниками, испытывают менее ярко выраженную тревожность, беспокойство и агрессию по отношению к своим сверстникам. На наш взгляд, это связано с тем, что в подростковом возрасте и в младшем, в том числе, тревожность становится устойчивым личностным образованием. И именно в этом возрасте тревожность начинает опосредоваться Я-концепцией ребенка, становясь, тем самым, собственно личностным свойством [26]. Что касается часто болеющих младших подростков, то важно обратить

внимание, что для них преобладает тенденция «отвечать ожиданиям других». Готовность отвечать на воздействия других сочетается с необходимостью защищать границы своего психологического пространства, чтобы сохранить свое «Я». По мнению А.Г. Абрамовой, это одно из главных противоречий в психической реальности этого периода [1].

По степени выраженности симптомокомплекса «повышенный интерес к своему «Я»» мы выявили, что

- низкий уровень – 46% (7 человек) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые);

- средний уровень – 46% (7 чел) в группе А (часто болеющие) и 53% (8 человека) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 8% (1 чел) в группе А (часто болеющие) и 20% (3 человека) в группе В (здоровые) (см рис 4);

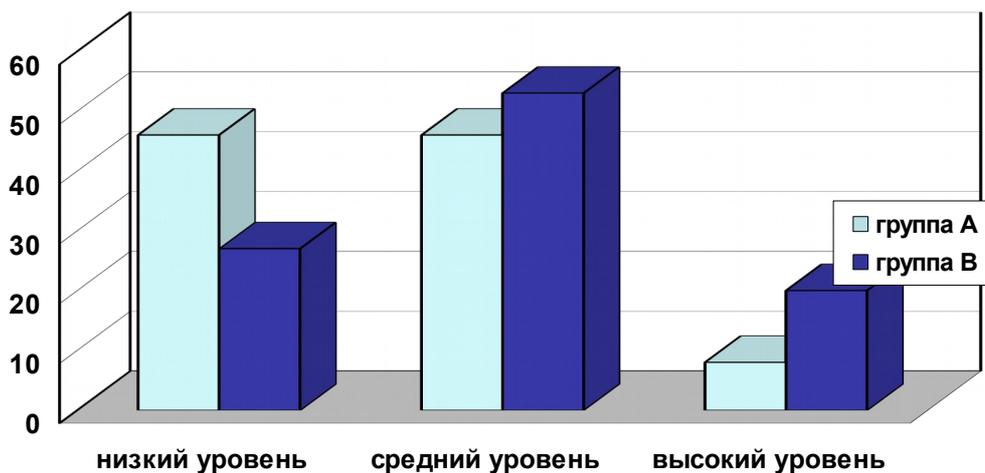


Рис. 4 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «повышенный интерес к своему «Я» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

При качественном анализе выявлена слабая динамика наличия признаков данного симптомокомплекса у часто болеющих младших подростков.

Полученные результаты можно объяснить тем, что часто болеющие дети винят себя в своих болезнях и воспринимают это как наказание за плохую учебу или непослушание с одной стороны, а с другой стороны наличие дефицитарной социальной ситуации развития, проявляющаяся в контроле со стороны родителей

(ограничение в круге общения со сверстниками, в прогулках, отсутствие свободного времени) [43]. Поэтому интерес к своему «Я» у них значительно меньше, чем у их здоровых сверстников.

При количественном анализе результатов по симптомокомплексу «неудовлетворенность и неуверенность в себе», мы выявили, что

- низкий уровень – 73% (11 человек) в группе А (часто болеющие) и 33% (5 человек) в группе В (здоровые);

-средний уровень – 27% (4 чел) в группе А (часто болеющие) и 53% (8 человек) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 0% в группе А (часто болеющие) и 14% (2 человека) в группе В (здоровые) (см рис 5);

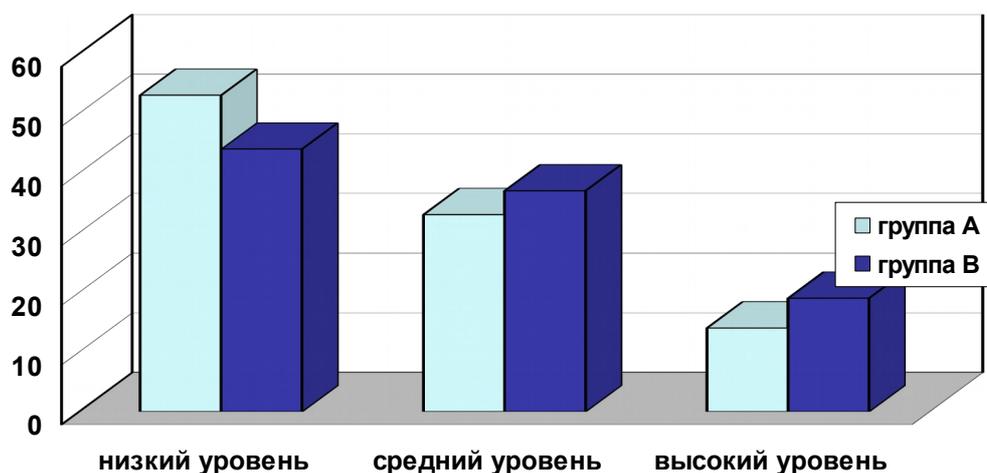


Рис. 5 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «неудовлетворенность и неуверенность в себе» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

Результаты исследования показали, что часто болеющие младшие подростки менее уверены в себе, чем их здоровые сверстники. Мы считаем, что это связано с повышенной тревожностью к новой социальной ситуации и к изменяющейся «внутренней позиции» ребенка по отношению к окружающему миру и самому себе.

По симптомокомплексу «конфликтность» при количественном анализе мы выявили, что:

- низкий уровень – 80% (12 человек) в группе А (часто болеющие) и 27% (4 человека) в группе В (здоровые);

-средний уровень – 20% (3 чел) в группе А (часто болеющие) и 53% (8 человека) в группе В (здоровые);

- высокий уровень – 0% в группе А (часто болеющие) и 20% (3 человека) в группе В (здоровые) (см рис 6);

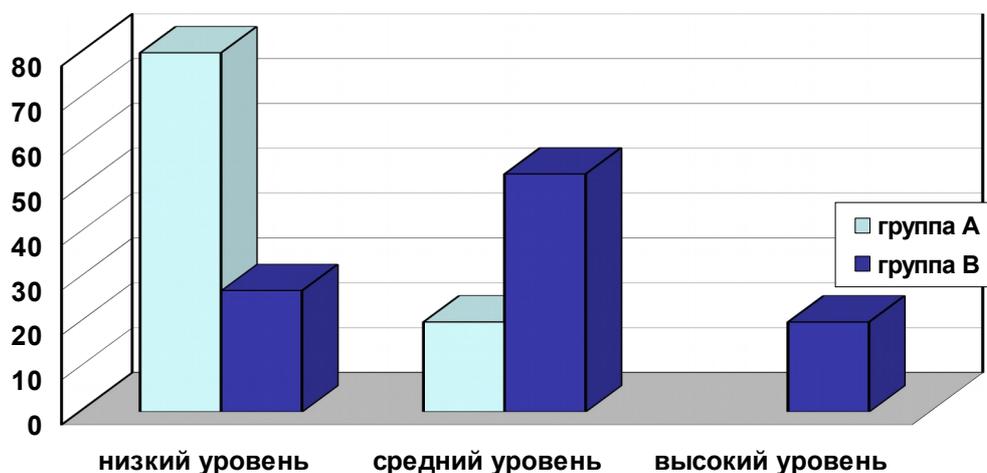


Рис. 6 Сравнительная характеристика по симптомокомплексу «конфликтность» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

Анализ данных рисунков позволяет сказать, что как часто болеющие младшие подростки, так и их здоровые сверстники имеют проблемы взаимоотношений с миром социальных норм и теми людьми, которые их воплощают для ребенка, а также проблемы взаимоотношений с одноклассниками. А такие показатели являются нормой для данного возрастного периода [9].

Таким образом, у часто болеющих, так же, как и у здоровых младших подростков, самопознание, в частности эмоционально-ценностное отношение к себе, развивается на основе качественных изменений в структуре личности. Динамика развития эмоционально-ценностного отношения к себе у часто болеющих младших подростков и их здоровых сверстников различна. Различия наблюдаются в проявлении симптомокомплексов: «общительность», «тревожность и агрессивность», «повышенный интерес к своему «Я»», «неудовлетворенность и неуверенность в себе» и «конфликтность». В целом, мы выявили, что у часто болеющих младших подростков уровень самопознания находится на низком уровне. Наблюдаемые различия в динамике мы можем объяснить особенностями

психических переживаний, связанными с изменениями социальной ситуации развития, обусловленной имеющимся заболеванием.

Исследование по методике А.М.Прихожан и З. Василюскайте «Нарисуй себя» включает анализ «автопортрета», выполненного учеником и рисунков «хорошего» и «плохого» человека по следующим параметрам: по цвету, размеру, по наличию повторных деталей, по наличию новых деталей, по общему впечатлению экспериментатора о похожести «автопортрета» с рисунком «хорошего» или «плохого» человека.

Результаты показали, что часто болеющие младшие подростки, так же, как и их здоровые ровесники, в большинстве случаев выбирают красный, желтый и зеленый цвета, для изображения «хорошего» человека (см. табл. 3).

Таблица 3 - Частота совпадений в выборе цвета при изображении «хорошего» человека у часто болеющих и здоровых младших подростков

Предложенные цвета	Группа А (чб. дети)	Группа В (зд. дети)	p<0,05
Красный	73	80	-
Черный	13	0	-
Коричневый	13	7	-
Зеленый	67	73	-
Желтый	87	93	-
Синий	47	33	-

По психологической характеристике цвета можно сказать, что красный цвет – это цвет активности позиции, высокой мотивации достижения, стремления к доминированию, эротической активности и целенаправленности действий. Желтый цвет – это потребность в действии, общении, переменах, оптимистичность, эмоциональная неустойчивость, демонстративность, потребность нравиться окружающим. Выбор зеленого цвета говорит о том, что ребенок испытывает потребность отстаивать свои собственные установки, занять положение лидера в

социальном окружении, рационален, проявляет практичность и трезвость суждений, ориентируется на собственное мнение [33].

Анализируя значения выбранных цветов, можно отметить, что их психологические характеристики описывают человека с положительной стороны, по общепринятым социальным нормам. Красный, желтый и зеленый цвета характеризуют человека как волевого, решительного, общительного, активного, уверенного, жизнелюбивого.

В рисунке «плохого» человека у здоровых и часто болеющих младших подростков преобладают синий, черный и коричневый цвета. Но также можно отметить наличие красного цвета в изображении «плохого» человека (см. табл.4).

Опираясь на психологическую характеристику цвета, представленную М. Люшером, можно сказать, что синий цвет символизирует потребность в эмоциональном комфорте и защите от внешних воздействий, избирательность в контактах, вдумчивый подход к решению проблем, инертность в принятии решений, пассивную позицию, тормозные черты. Черный цвет – субъективная оценка обстоятельств, нетерпимость к мнению других, пессимистическая оценка ситуации, выраженная неустойчивость, отрицание красок жизни.

Таблица 4 - Частота совпадений в выборе цвета при изображении «плохого» человека у часто болеющих и здоровых младших подростков

Предложенные цвета	Группа А (чб. дети)	Группа В (зд. дети)	p<0,05
Красный	47	40	-
Черный	93	87	-
Коричневый	73	80	-
Зеленый	13	7	-
Желтый	0	7	-
Синий	67	60	-

Коричневый – чувство тревоги, мнительность, неуверенность, страхи, дискомфорт, пассивность, зависимость от значимых других, раздражительность.

Все это говорит о неуверенности в себе, низкой самооценке и как следствие эмоциональной неустойчивости часто болеющих младших подростков, относительно их здоровых сверстников, что проявляется в нестабильной саморегуляции [33].

Качественный анализ автопортрета показал, что значительных различий по размеру у часто болеющих и здоровых младших подростков не наблюдается. Ярко выраженные различия в размерах «автопортрета» проявляются у часто болеющих младших подростков. Преобладает размер меньше нормы, т.е. 1/3 листа – 60% (4 человека), а у здоровых – соответствующий норме – 67% (5 человек) (см. табл. 5).

Таблица 5 - Сравнительная характеристика по размеру «автопортрета» у часто болеющих и здоровых младших подростков

Размер рисунка	Чб. дети	Зд. дети	p<0,05
2/3 листа	27	27	-
1/3 листа	60	6	-
Норма	13	67	-

Анализируя результаты таблицы 5, мы можем предположить, что часто болеющие подростки имеют низкую самооценку, так как из-за частоты пропусков учебных занятий у них затягивается процесс адаптации к средней школе и проходит он более болезненно для часто болеющих младших подростков, по сравнению с их здоровыми сверстниками [22].

Сравнивая размеры автопортретов с рисунками «хорошего» или «плохого» человека, мы наблюдаем, что у часто болеющих младших подростков прослеживается тенденция роста количества совпадений размеров автопортрета с рисунком «хорошего» человека - у 67%. Совпадения с рисунком «плохого» человека менее значимы - у 33%.

У здоровых младших подростков прослеживается тенденция к увеличению количества совпадений размеров автопортрета и рисунком «хорошего» человека - у 53%. Совпадения автопортрета с «плохим» человеком - у 47% одиннадцатилетних (см. табл.6).

Таблица 6 - Сравнительная характеристика автопортрета с рисунком «хорошего человека» или «плохого человека» по размеру у часто болеющих и здоровых младших подростков

Размер рисунка	Чб. дети	Зд. дети	p<0,05
«хороший человек»	67	53	-
«плохой человек»	33	47	-

Таким образом, можно отметить, что у часто болеющих младших подростков в автопортрете прослеживается тенденция к позиционированию себя как «хорошего» человека, но при этом у 3-х подростков наблюдается тенденция к позиционированию себя как «плохого» человека, Мы считаем, что в данном случае для подростков свойственна тенденция отвечать ожиданиям окружающих, т.е. выглядеть в глазах других хорошими.

Наличие новых деталей в автопортрете у часто болеющих младших подростков отмечается у 47%, а у здоровых младших подростков – у 60% (см. табл.7).

Таблица 7 - Сравнительная характеристика «автопортрета» с рисунками «хорошего» и «плохого» человека по наличию новых деталей

Новые детали	Чб. дети	Зд. дети	p<0,05
есть	47	60	-
нет	53	40	-

Анализируя и сравнивая рисунки младших подростков, мы выявили, что в «автопортрете» появляются новые детали, которых нет ни в рисунке «плохого» человека ни в рисунке «хорошего» человека. При объяснении нарисованных деталей мы отталкивались от их значений по методике «Дом – Дерево – Человек» Дж. Бака [14].

К ним относятся: крупные, острые пальцы рук – враждебность; яркий макияж – выраженная сексуальность; бусы, серьги – защита; длинные ресницы – истероидно-демонстративные манеры поведения и одновременно заинтересованность в восхищении окружающих; наличие ушей – значимость

мнения окружающих о себе (эта деталь была отмечена только у одной часто болеющей девочки); прорисованные зрачки – символ переживания страха; приоткрытый рот, высунут язык – трактуется как большая речевая активность [14].

Через изображение новых деталей в «автопортрете» младший подросток передает дополнительную информацию о себе. В большинстве случаев младшие подростки проявляют свою демонстративность и, в тоже время, пытаются защититься от окружающих. При чем, часто болеющие младшие подростки рисуют меньше дополнительных деталей, чем их здоровые сверстники. Это можно объяснить, возможно, большей неуверенностью в себе у часто болеющих младших подростков.

Анализ рисунков часто болеющих и здоровых младших подростков по общему впечатлению о похожести показал, что наличие похожести в автопортрете и рисунке «хорошего» человека появилось у 47%, а у здоровых детей у 60% (см. табл.8).

Сравнивая похожесть в автопортрете и рисунке «плохого» человека, у часто болеющих младших подростков - 20%. У здоровых детей – 13% одиннадцатилетних (см. табл.7).

Таблица 8 - Сравнительная характеристика «автопортрета» с рисунками «хорошего» и «плохого» человека по общему впечатлению о похожести

Общее впечатление о похожести	Чб. дети	Зд. дети	p<0,05
«хороший» человек	47	60	-
«плохой» человек	20	13	-

Сравнивая рисунки «автопортрета» с рисунками «хорошего» и «плохого» человека, мы наблюдаем, что и у здоровых, и у часто болеющих младших подростков прослеживается положительная динамика роста числа совпадений по общему впечатлению «автопортрета» с рисунком «хорошего» человека и отрицательный рост числа совпадений с рисунком «плохого» человека.

У здоровых младших подростков можно объяснить это тем, что они позиционируют себя как «хорошего» человека и им важно выглядеть таковыми в

глазах окружающих людей. А часто болеющие дети стремятся не выделяться среди своих здоровых сверстников.

Таким образом, результаты показали, что самоотношение, как эмоциональная составляющая развития самосознания находится на среднем уровне развития. На наш взгляд, это связано с особенностями возраста, с наличием дефицитарной ситуации развития, а также с переходом в новый ведущий вид деятельности. Анализ результатов исследования по данной методике позволяет сказать, что как часто болеющие, так и здоровые младшие подростки в большей степени видят себя как «хорошего» человека.

Анализ результатов по методике Т.С. Дембо - С.Я. Рубинштейн осуществлялся по следующим шкалам: «ум, способности», «авторитет у сверстников», «здоровье», «уверенность в себе» и «счастье».

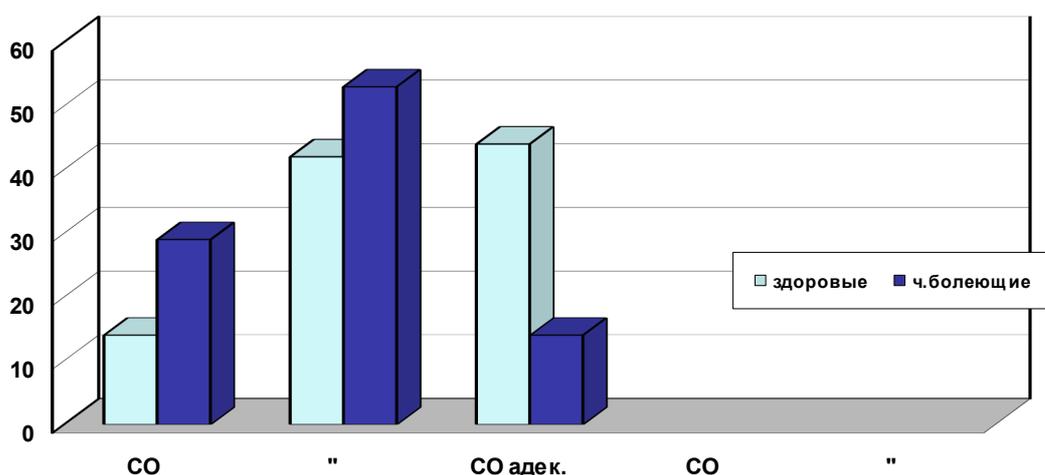


Рис.7 Сравнительная характеристика по шкале «ум, способности» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

1. Исследование самооценки по шкале «ум, способности» показали:

- Заниженную самооценку у 27% (4 чел) часто болеющих младших подростков и у 14% (2 чел) здоровых младших подростков;
- Адекватную самооценку у 57% (9 человек) часто болеющих младших подростков и 42% (6 человек) соответственно).
- Завышенную самооценку у 16% (2 человека) и 44% (7 человек) соответственно (см. рис 7).

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что часто болеющие младшие подростки оценивают свои «ум, способности» ниже, чем здоровые, но так же, можно сказать, что мнение часто болеющих детей является более адекватным, чем у их здоровых сверстников. Это можно объяснить тем, что часто болеющие младшие подростки более склонны к самоконтролю и могут адекватно оценивать себя.

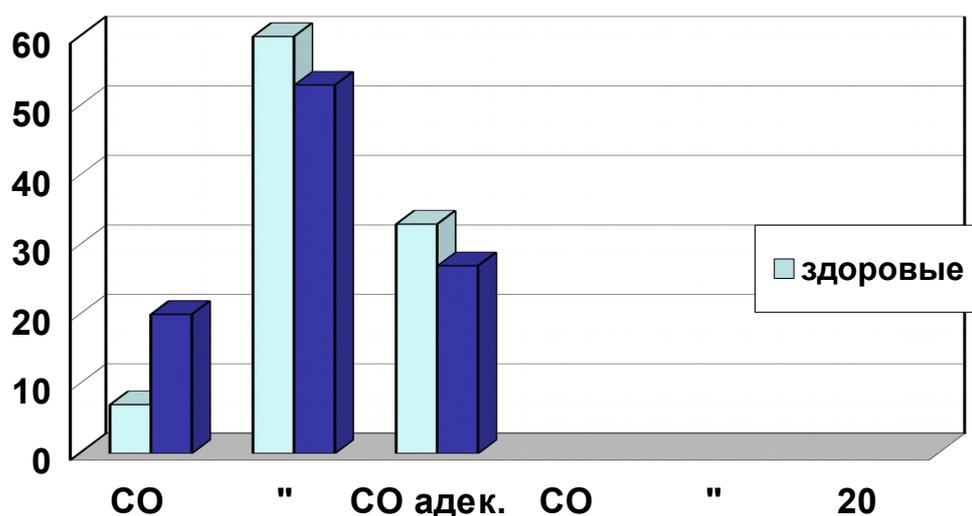


Рис.8 Сравнительная характеристика по шкале «авторитет у сверстников» у часто болеющих и здоровых младших подростков

2. Исследования самооценки по шкале «авторитет у сверстников» показали:

- Заниженную самооценку у 20% (3 человека) часто болеющих младших подростков и 7% (1 человек) здоровых младших подростков.
- Адекватную самооценку у 53% (8 человек) и 60% (9 человек) соответственно.
- Завышенную самооценку у 27% (4 человека) и 33% (5 человек) соответственно (см. рис.8).

Результаты исследования позволяют сказать, что заниженная самооценка у часто болеющих младших подростков проявляется чаще, чем у их здоровых сверстников по шкале «авторитет у сверстников». Это связано с тем, что они более тревожны, чем здоровые дети, им тяжелее приходится привыкать к переходу в среднюю школу из-за частых заболеваний. А так же это подтверждает то, что часто болеющие младшие подростки более не уверены в себе из-за того, что учитель в

этом возрасте для них уже не является авторитетом, а главным является межличностное общение со сверстниками, которого так не хватает часто болеющим детям. Возможно, по этой причине они не могут «похвастаться» большим авторитетом среди своих сверстников.

3. Исследования самооценки по шкале «здоровье» часто болеющих младших подростков показали:

- Заниженную самооценку у 0% и 0% соответственно.
- Адекватную самооценку у 73% (11 человек) и 60% (9 человек) соответственно.
- Завышенную самооценку у 27% (4 человека) 40% (6 человек) соответственно (см. рис.9).

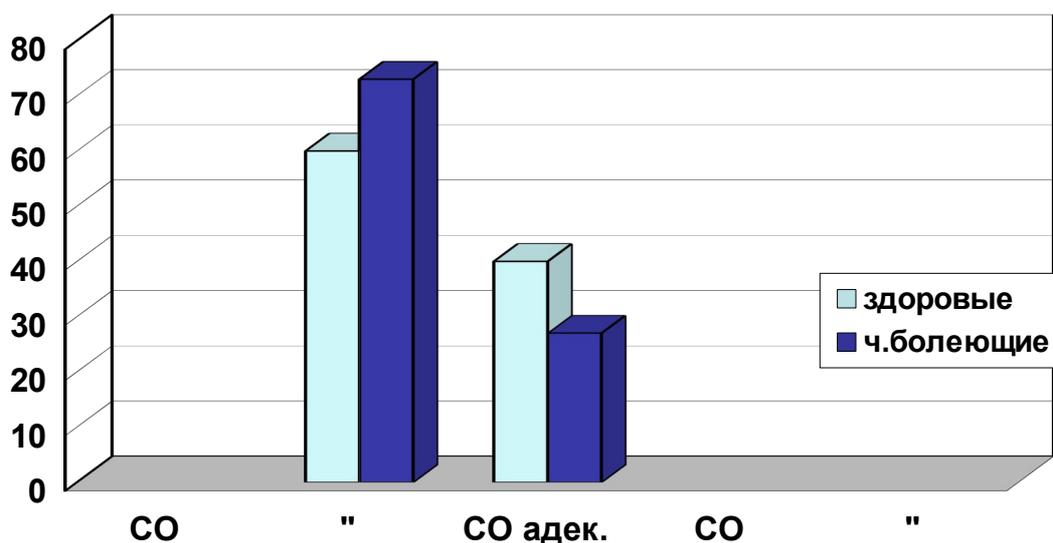


Рис.9 Сравнительная характеристика по шкале «здоровье» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

Результаты исследования показывают, что часто болеющие младшие подростки неадекватно оценивают себя по критерию «здоровье», нежели их здоровые сверстники. Полученные данные говорят о том, что отношение к здоровью младшего подростка является частью его самосознания, частью его физического «Я». Здоровые младшие подростки, в отличие от часто болеющих, признаются родителями, учителями как дети, которым можно предлагать большие физические и интеллектуальные нагрузки. Родители отдают детей в спортивные

секции, музыкальные школы, танцевальные кружки. Это является основой формирования положительного образа «Я», завышенной самооценки, что способствует нормальному уровню развития самосознания. Часто болеющие дети не могут себе этого позволить по состоянию здоровья, как бы им того не хотелось, родители оберегают своего ребенка от дополнительных нагрузок, чтоб лишний раз не спровоцировать болезнь, поэтому можно предположить, что часто болеющие младшие подростки оценивают себя по критерию «здоровье» неадекватно относительно своих здоровых ровесников [21, 47].

4. Исследование самооценки по шкале «уверенность в себе» часто болеющих младших подростков показал:

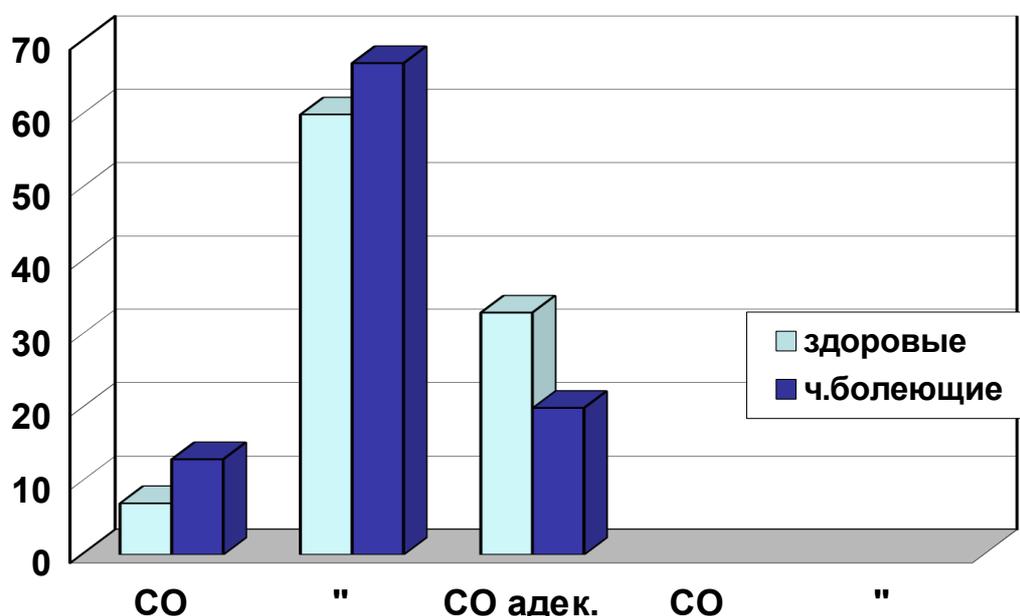


Рис.10 Сравнительная характеристика по шкале «уверенность в себе» у часто болеющих и здоровых младших подростков.

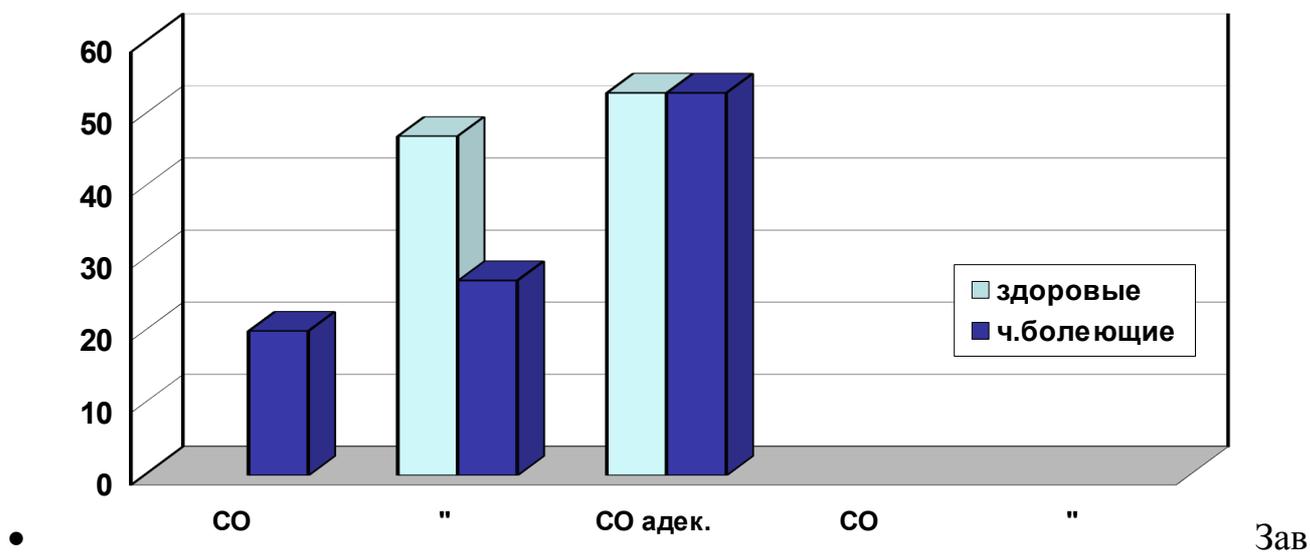
- Заниженную самооценку у 13% (2 человека) и 7% (1 человек) соответственно.
- Адекватную самооценку у 67% (10 человек) и 60% (9 человек) соответственно.
- Завышенную самооценку у 20% (3 человека) и 33% (5 человек) соответственно (см. рис.10).

При анализе работ было выявлено, что часто болеющие младшие подростки чувствуют себя более уверенно, чем их здоровые сверстники. Мы можем

предположить, что это связано с уровнем развития рефлексии. Она определяется как процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, с одной стороны, а с другой – как феномен понимания субъектом внутреннего мира другого человека. Рефлексия является новообразованием младшего школьного возраста. По мнению В.А. Ковалевского, психика часто болеющих младших подростков является более зрелой, чем у их здоровых сверстников.

5. Исследование самооценки по шкале «счастье» часто болеющих младших подростков показало:

- Заниженную самооценку у 20% (3 человека) и 0% соответственно.
- Адекватную самооценку у 27% (4 человека) и 47% (6 человек) соответственно.



• Завышенную самооценку у 53% (8 человек) и 60% (9 человек) соответственно (см. рис.11).

Рис.11 Сравнительная характеристика по шкале «счастье» у часто болеющих и здоровых младших подростков

В понятие «счастье» как часто болеющие, так и здоровые младшие подростки вкладывают свой сиюминутный настрой, свои представления. Известно, что часто болеющие дети воспринимают свои болезни как наказание за плохое поведение, осуждают себя за проступки, якобы вызывающие заболевание. Такая позиция младшего подростка усугубляется тем, что родители и учителя поддерживают его мнение. Поэтому часто болеющие младшие подростки указывают высокий уровень

счастья, чтобы выглядеть в глазах окружающих такими же, как их здоровые сверстники.

Таким образом, при анализе результатов по методике самооценки Т.С. Дембо - С.Я. Рубинштейн были выявлены следующие особенности:

- Адекватность самооценки у часто болеющих младших подростков, по сравнению с их здоровыми сверстниками проявляется по шкалам: «здоровье», «ум, способности», «авторитет у сверстников» и «уверенность в себе». Мы можем предположить, что это связано с уровнем развития рефлексии. Она определяется как процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, с одной стороны, а с другой – как феномен понимания субъектом внутреннего мира другого человека. По мнению В.А. Ковалевского, психика часто болеющих младших подростков является более зрелой, чем у их здоровых сверстников.

- Завышенная самооценка по критерию «счастье» у часто болеющих младших подростков.

Анализ результатов исследования по методике «Проба Де Греефе» показал, что:

По показателю «выбор друга» было выявлено, что часто болеющие младшие подростки во всех исследуемых возрастных группах в большинстве своем выбирают друзей из часто болеющих младших подростков - 67% (10 чел.) и 80% (12 чел.) здоровых сверстников.

При этом, существует определенная группа часто болеющих младших подростков, которые выбирают здорового друга - 33% (5 чел.) и 67% (10 чел.).

В тоже время, здоровые младшие подростки выбирают себе в друзья здоровых одноклассников - 69% (11 человек), но есть группа здоровых младших подростков, которые выбирают себе в друзья часто болеющих одноклассников - 20% (3 человек). При этом, прослеживается тенденция роста выбора здорового друга (см. рис.12).

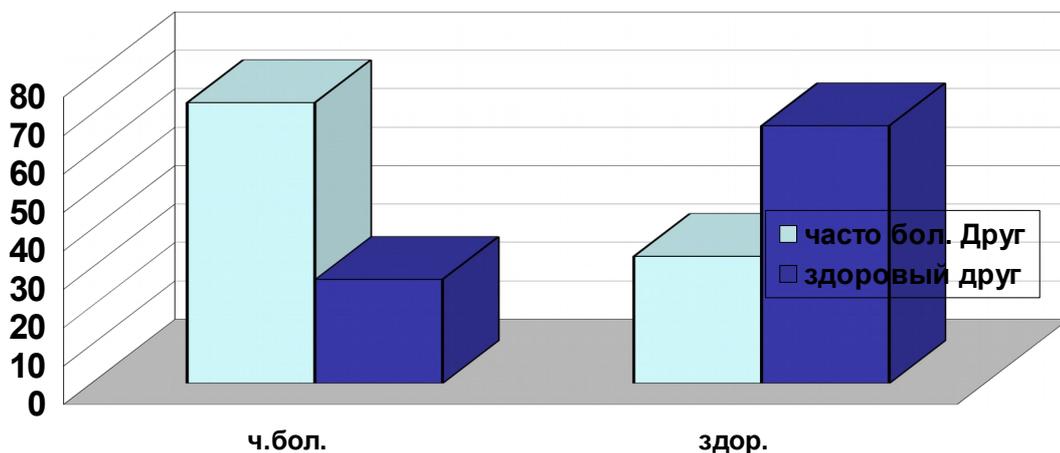


Рис. 12 Сравнительная характеристика по параметру «выбор друга» у часто болеющих и здоровых подростков.

Таким образом, можно сказать, что выбор друга в младшем подростковом возрасте определяется не только его состоянием здоровья, но и различием в его самооценке и самосознании. Чтобы чувствовать себя комфортнее, часто болеющие младшие подростки чаще выбирают себе друзей из часто болеющих, которые находятся в таких же условиях, считая, что здоровые сверстники более успешны. Аналогично и со здоровыми младшими подростками, они выбирают себе друзей из здоровых сверстников, так как на этом этапе важно именно межличностное общение, а часто болеющий ребенок регулярно «выпадает» из учебного процесса.

2. Анализ результатов исследования самооценки младших подростков в сравнении с предполагаемой ими оценкой учителя показал, что часто болеющие младшие подростки имеют:

- Самооценка, ниже оценки учителя у 67% (10 человек) часто болеющих младших подростков и 57% (8 человек) здоровых сверстников;
- Самооценка, равная оценке учителя у 14% (2 человека) и 29% (5 человек) соответственно;
- Самооценка, выше оценки учителя у 19% (3 человек) и 14% (2 человек) соответственно (см. рис. 13);

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что и у здоровых, и у часто болеющих младших подростков уровень самооценки ниже предполагаемой ими оценки учителя. Анализируя полученные результаты, можно сказать, что и у

здоровых, и у часто болеющих младших подростков уровень самооценки ниже предполагаемой ими оценки учителя.

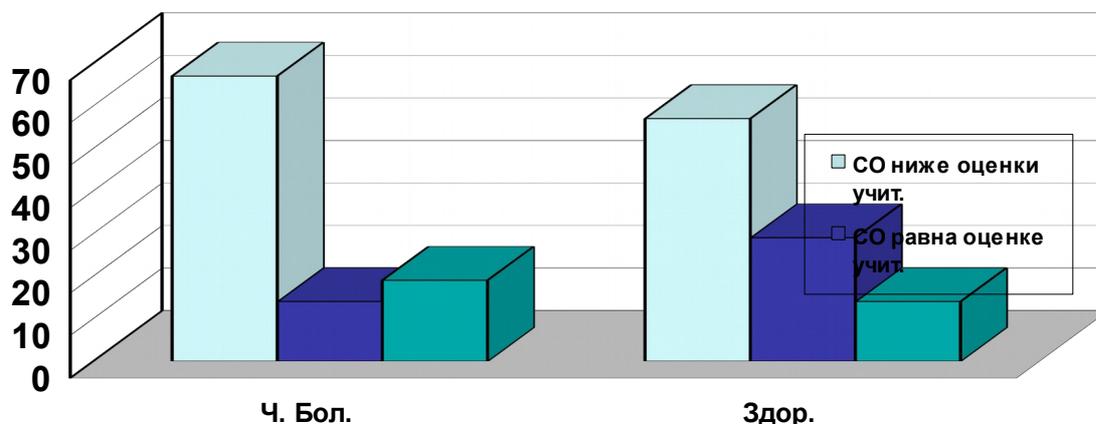


Рис. 13 Сравнительная характеристика самооценки 11-летних подростков с предполагаемой оценкой учителя.

Учитель для младшего подростка уже не эталон поведения, не образец для подражания, поэтому ребенок не стремится выглядеть хорошим в его глазах. Для младших подростков важным становится межличностное общение, а учитель уходит на второй план.

Анализ результатов исследования самооценки младших подростков в сравнении с предполагаемой ими оценкой друга показал, что:

- Самооценка, ниже оценки друга у 72% (11 человек) часто болеющих младших подростков и 52% (8 человек) здоровых сверстников;
- Самооценка, равная оценке друга у 14% (2 человека) и 8 % (1 человек) соответственно;

Самооценка, выше оценки друга у 14% (2 человека) и 40% (6 человек) соответственно (см. рис.14).

Таким образом, можно сказать, что часто болеющие младшие подростки оценивают себя значительно ниже, чем их здоровые сверстники, у которых 6 человек оценивает себя выше друга. Этот факт подтверждает то, что у часто болеющих детей самооценка ниже, чем у здоровых младших подростков, в связи с рядом ограничений, в которых они находятся по состоянию здоровья.

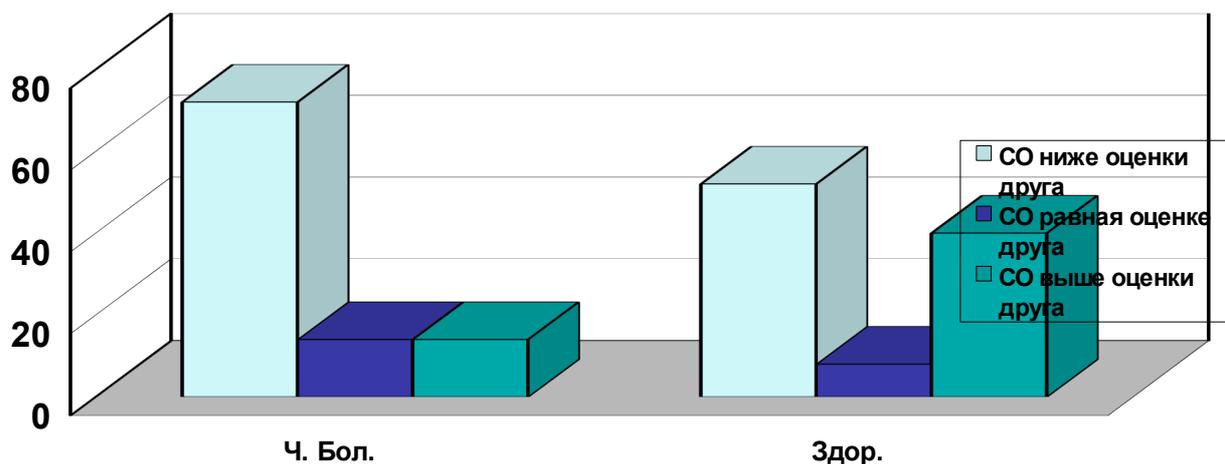


Рис. 14 Сравнительная характеристика самооценки младших подростков с оценкой друга.

Анализ результатов исследования самооценки часто болеющих младших подростков с самооценкой их здоровых сверстников показал, что часто болеющие младшие подростки имеют:

- Самооценка, ниже самооценки здорового сверстника у 72% (11 человек);
- Самооценка, равная самооценке здорового сверстника у 14% (2 человека);
- Самооценка, выше самооценки здорового сверстника у 14% (2 человека) (см. рис. 15).

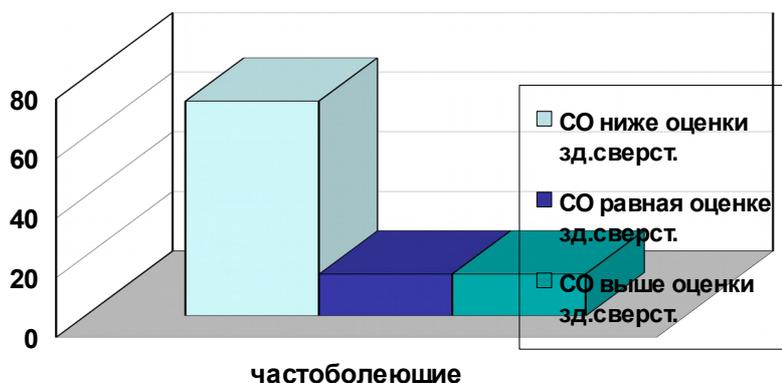


Рис. 15 Сравнительная характеристика самооценки часто болеющих младших подростков с самооценкой их здоровых сверстников.

Самооценка здоровых младших подростков в сравнении с самооценкой часто болеющих сверстников:

- Самооценка, ниже самооценки часто болеющего сверстника у 46% (7 человек);
- Самооценка, равная самооценке часто болеющего сверстника у 8% (1 человек);

Самооценка, выше самооценки часто болеющего сверстника у 46% (7 человек) (см. рис. 16).

Анализируя результаты по самооценке младших подростков, можно сказать, что часто болеющие дети оценивают себя ниже, чем их оценивают здоровые сверстники. Это связано с тем, что они более тревожны, чем здоровые дети, им тяжелее приходится приспосабливаться к правилам средней школы. К 12-ти годам у часто болеющих младших подростков замечается рост самооценки. Это можно объяснить тем, что у младших подростков на первый план выходит не учебная деятельность, а межличностное общение. Это, в свою очередь, предполагает развитие умений коммуникации, принятие новых ролей и у младших подростков, как у здоровых и так у часто болеющих, появляются свои кумиры и примеры для подражания. Это помогает им стать более уверенными в себе и, как следствие, изменение самооценки (тенденция к завышению самооценки).

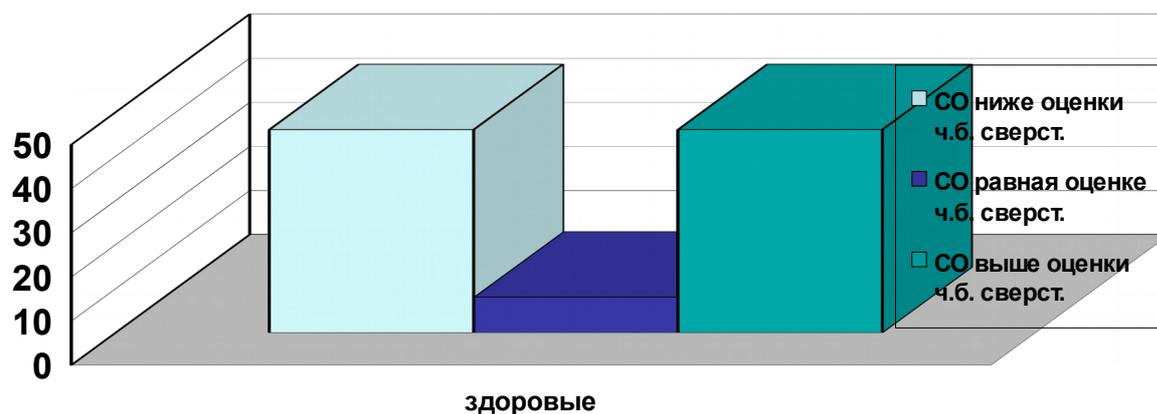


Рис. 16 Сравнительная характеристика самооценки здоровых младших подростков с оценкой их часто болеющих сверстников.

Таким образом, по результатам проведенной методики «Проба Де Греефе» можно сказать, что для часто болеющего младшего подростка изменение позиций в учебной деятельности и есть вступление в новую жизненную ситуацию с еще не сложившимся в полной мере уровнем оценки своих возможностей и ожиданий, которые складываются под влиянием оценки взрослого, и в процессе собственной деятельности ребенка. В связи с этим, у часто болеющего младшего подростка возникают проблемы в адекватном оценивании и сопоставлении своей оценки с

оценкой друга, что приводит к занижению своей самооценки в сравнении с самооценкой здорового сверстника.

Все выше сказанное говорит о проявлении особенностей формирования самооценки и самосознания часто болеющих младших подростков, характеризующихся наличием, в первую очередь, новой социальной ситуации развития, на которую оказывает влияние состояние здоровья ребенка, следствием чего являются не адекватные и не устойчивые представления о себе и субъективные ориентации на характеристики, данные ребенку другими, особенно своими сверстниками, так как межличностное общение со сверстниками становится главным для них в этом возрасте.

Следовательно, в процессе исследования нами установлено, что самосознание часто болеющего младшего подростка характеризуется следующими особенностями: во-первых, самопознание часто болеющего младшего подростка не обладает определенной устойчивостью; во-вторых, возникновение представления часто болеющего младшего подростка о самом себе, о своем состоянии здоровья и своих возможностях, лежащих в основе самооценки и самопознания, связано с условиями его жизни и воспитания; в-третьих, самооценка часто болеющих младших подростков, так же, как и эмоционально-ценностное отношение к себе, развивается на основе межличностного общения, и, в-четвертых, развитие саморегуляции и отношения к себе, и развитие самооценки часто болеющих младших подростков является несколько иным в сравнении со здоровыми их сверстниками и характеризуется как заниженная.

2.3 Коррекция самооценки часто болеющих младших подростков

Развитие самосознания и его важнейшей стороны – самооценки – это сложный и длительный процесс, сопровождающийся у подростка целой гаммой специфических переживаний. Отмечается свойственная подросткам неуравновешенность, вспыльчивость, частые смены настроения, иногда подавленность и прочее.

Еще очень незрелые попытки анализа своих возможностей сопровождаются то взлетом самоуверенности, то, напротив сомнениями в себе и колебаниями.

Такого рода неуверенность в себе часто приводит подростков к ложным формам самоутверждения – бравированию, развязности, нарушение дисциплины исключительно с целью показать свою независимость.

Часто самооценка оказывается у подростка внутренне противоречивой: сознательно он воспринимает себя как личность значительную, даже исключительную, верит в себя, в свои способности, ставит себя выше других людей. Вместе с тем, внутри его гложут сомнения, которые он старается не допустить в свое сознание. Но эта подсознательная неуверенность дает о себе знать в переживании, подавленности, плохом настроении, упадке активности и прочем. Причину этих состояний подросток сам не понимает, но они находят свое выражение в его обидчивости, грубости, частых конфликтах с окружающими взрослыми, учителями и сверстниками.

Нет сомнения, что образ жизни и воспитание накладывают свой отпечаток на особенности личности человека. Следует также отметить, что, чем старше ребенок, тем больше сказывается на нем результаты его индивидуального опыта. Нет, и не может быть ни одного подростка, который бы не отличался от другого; личность каждого из них уникальна и неповторима. Исследования показали, что общими для всех подростков, независимо от различий в их социализации, являются те психологические особенности, в основе которых лежит развитие рефлексии, порождающие потребности понять самого себя и быть на уровне собственных к себе требований, то есть достигнуть избранного образца. А неумение удовлетворить эти потребности определяет целый «букет» психологических особенностей, специфических для подросткового кризиса.

Таким образом, исходя из выше сказанного, мы предлагаем проводить коррекционную работу с часто болеющими младшими подростками. Целью данной работы является: развитие самосознания и изменение самооценки с тенденцией к завышению.

Реализацию данной цели мы видим в работе по трем направлениям.

Первое направление – работа с родителями.

Цель данного направления: изменение самосознания родителей и отработки эффективных моделей семейного взаимодействия.

Методика работы с родителями «Родительский киноклуб». В ходе данного семинара родители знакомятся с актуальной информацией, касаемой особенностей возраста, поведения, кризисных моментов подросткового возраста, обмениваются опытом, вырабатывают пути разрешения семейных конфликтов. В рамках семинара можно использовать как лекционные приемы, так и активные формы работы (решение анонимных трудных ситуаций, групповая дискуссия и др.). Хороший эффект дает применение в работе элементов тренинга. Примеры тренинговых упражнений и заданий, которые выборочно могут быть использованы на семинарах, приведены ниже. Желательно, чтобы занятия родительского семинара посещали и матери, и отцы часто болеющих младших подростков.

Примерные темы семинара

Тема	Цель	Формы организации семинаров
Тема 1 Возрастные особенности подростка	Познакомить с особенностями возраста, ведущей деятельностью, с основными потребностями данного возраста	Лекция
Тема 2 Здоровый ребенок – здоровое общество	Определить значение семьи в формировании здоровья школьника, здорового образа жизни подростка.	Ролевая игра совместно с детьми
Тема 3 Формирование самосознания подростка	Познакомить родителей с особенностями самосознания школьника; рассмотреть влияние семьи на формирование самосознания школьника.	Просмотр фильма «Приключение Электроника» с последующим обсуждением
Тема 3 Социализация ребенка в семье	Дать родителям представление о социализации подростка; рассмотреть влияние семьи на особенности социализации школьника-подростка.	Деловая игра
Тема 4 Мотив как регулятор поведения	Ознакомить родителей с проблемой формирования мотивации подростка;	Просмотр и обсуждение фильма «Курьер»

	рассмотреть влияние мотивации на успешность обучения школьника.	
Тема 5 Самооценка школьника подростка	Цель: рассмотреть с родителями проблему формирования самооценки подростка.	Технология «Дерево решений»
Тема 6 Превентивное поведение подростка	Цель: ознакомить родителей с проблемным поведением подростков; определить роль родителей в предупреждении отклоняющегося поведения подростка.	Фильм «Географ пропил глобус»
Тема 7 Здоровый ребенок – здоровое общество	Цель: определить значение семьи в формировании здоровья школьника, здорового образа жизни подростка.	Ролевая игра совместно с детьми
Тема 8 Ценности современного подростка	Определить роль семьи в формировании ценностных ориентаций школьников. Семья как малая социальная группа.	Фильм «Доживем до понедельника»
Тема 9 Агрессивный ребенок – причины появления проблемы. Физическое насилие и его влияние на развитие ребёнка.	Цель: обсудить проблему отношения в поведении подростка и найти пути ее решения.	Фильм «Общество мертвых поэтов»
Тема 10 Межличностное общение подростков		Фильм «Чучело»

На первом занятии следует обратить внимание на создание правильной установки на коррекцию, активизацию родителей на самостоятельную психологическую работу, установление контакта между психологом, педагогом и членами группы, повышение у родителей веры в возможность достижения позитивного результата.

В процессе работы необходимо посвятить время анализу ситуации, связанной с болезнью младшего подростка; осознанию и проработке своих собственных эмоциональных переживаний по поводу ребенка и его болезни и переживаний самого ребенка. Для реализации поставленных целей можно провести упражнения:

«Моделирование ситуации», «Письмо от имени часто болеющего младшего подростка».

Так же, необходимо рассмотреть проблемы взаимоотношений с младшим подростком, проанализировать стиль семейных взаимоотношений. Для этого можем предложить упражнение «Различное поведение».

Можно в процессе работы рассмотреть проблему симбиотических связей, выработать и закрепить навыки конструктивного взаимодействия с ребенком. Психологическая помощь родителям может быть оказана в форме индивидуальных консультаций.

До родителей необходимо донести информацию, что частой проблемой нарушений взаимоотношений с младшим подростком может стать излишняя забота родителей, которые хотят для своих детей больше, чем сами дети. Это на первый взгляд благородное и безупречное стремление родителей может обернуться развитием у детей таких качеств, как несамостоятельность, безынициативность, неуверенность в себе.

В связи с этим важно помнить следующие правила:

- Личность, и способности младшего подростка развиваются только в той деятельности, которой он занимается по собственному желанию и с интересом.
- Постепенно, но неуклонно снимайте с себя заботу и ответственность за его личные дела и передавайте их ему.
- Позволяйте вашему ребенку встречаться с отрицательными последствиями своих действий (или бездействия). Только тогда он будет взрослеть и становиться «сознательным».

Можно в процессе работы с родителями использовать упражнение «Средства-помощники».

Второе направление – работа с учителями.

Цель данного направления: уточнение и обобщение особенностей часто болеющих младших подростков; развитие у педагогов умения понимать часто болеющего младшего подростка.

Основной задачей семинара для педагогов является повышение их профессиональной компетентности в работе с часто болеющими младшими подростками. В процессе проведения занятий с педагогами целесообразно комбинировать лекционные формы и активные методы взаимодействия (элементы тренинга, дискуссии, обмен опытом) [26].

В качестве примера тем занятий, можем предложить:

- Часто болеющие младшие подростки. Какие они?
- Часто болеющие младшие подростки в средней школе: трудности и условия адаптации.

Для реализации данных целей мы можем предложить упражнения «Портрет часто болеющего младшего подростка», «Какие они часто болеющие младшие подростки?», «Мозговой штурм» [4].

И третье направление – работа с часто болеющими младшими подростками.

В теории и практике психологической работы с часто болеющими младшими подростками используются различные программы коррекции самооценки. Данные упражнения являются одинаково эффективными как для работы с часто болеющими 11-летними подростками, так и с 12-летними, необходимо лишь учитывать особенности данного возраста.

Так, известны психологические упражнения и игры, разработанные Е.Н. Лебеденко, позволяющие решать задачи развития, коррекции и последующей диагностики психо-эмоционального состояния младшего подростка. Все упражнения и игры разбиты по темам, каждая из которых предполагает достижение определенных целей. Возможна как индивидуальная, так и групповая работа [29].

Психогимнастика М.И. Чистяковой предполагает преодоление барьеров в общении, что крайне важно для младших подростков, развитие лучшего понимания себя и других, снятие психического напряжения, что очень важно для нормального развития и эмоционального здоровья младших подростков [60].

И.З. Гильмеевым разработан курс психотренинга «Я плюс ТЫ», в основе которого лежит игровая деятельность, как средство формирования определенных качеств. Через ролевую игру младшие подростки могут развивать способность к

сочувствию, учиться понимать других людей, прогнозировать последствия своего поведения и многое другое [13].

Актуальными остаются и элементы сказкотерапии, в которой можно реализовывать все невоплощенные мечты младшего подростка.

При непосредственной работе с часто болеющими младшими подростками, необходимо обратить внимание на их особенности самооценки о которых мы говорили ранее.

Выводы по главе 2

В процессе исследования мы пытались определить особенности развития самосознания у часто болеющих младших подростков через его конструкты: самопознание, самоотношение и саморегуляцию.

Полученные результаты говорят о том, что особенности развития самоотношения, самопознания, в том числе и эмоционально-ценностного отношения к себе у часто болеющих младших подростков, в отличие от их здоровых сверстников, проявляются в симптомокомплексах: «конфликтность», «тревожность и агрессивность», «неудовлетворенность и неуверенность в себе», «повышенный интерес к себе». Это можно объяснить наличием под влиянием социокультурной среды и субъективного ее восприятия. Это приводит к формированию особой внутренней позиции ребенка, определяющейся наличием ярко выраженных перечисленных выше симптомокомплексов, и оставляющей отпечаток на качественном развитии личности, в том числе, и на формировании ее самооценки и самосознания.

Кроме того, у часто болеющих, так же, как и у здоровых младших подростков, динамика развития эмоционально-ценностного отношения к себе у часто болеющих младших подростков и их здоровых сверстников различна. Различия наблюдаются в проявлении всех симптомокомплексов. Наблюдаемые различия в динамике мы можем объяснить особенностями психических переживаний, связанными с изменениями социальной ситуации развития, обусловленной имеющимся заболеванием.

Анализ самооценки часто болеющих младших школьников позволяет сказать, что часто болеющие младшие подростки оценивают свои «ум, способности» ниже, чем здоровые, но так же можно сказать, что мнение часто болеющих детей является более адекватным, чем у их здоровых сверстников. Это можно объяснить тем, что часто болеющие младшие подростки более склонны к самоконтролю и могут адекватно оценивать себя.

Заниженная самооценка у часто болеющих младших подростков проявляется чаще, чем у их здоровых сверстников по шкале «авторитет у сверстников». Это связано с тем, что они более тревожны, чем здоровые дети, им тяжелее приходится привыкать к переходу в среднюю школу из-за частых заболеваний.

Часто болеющие младшие подростки неадекватно оценивают себя по критерию «здоровье», нежели их здоровые сверстники. Отношение к здоровью

часто болеющего младшего подростка является частью его самосознания, частью его физического «Я», это является основой формирования, заниженной самооценки, что не способствует нормальному уровню развития самосознания.

Рефлексия является новообразованием младшего школьного возраста. По мнению В.А. Ковалевского, психика часто болеющих младших подростков является более зрелой, чем у их здоровых сверстников. При анализе работ было выявлено, что часто болеющие младшие подростки чувствуют себя более уверенно, чем их здоровые сверстники. Это мы можем объяснить тем, что это связано с уровнем развития рефлексии. Она определяется как процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, с одной стороны, а с другой – как феномен понимания субъектом внутреннего мира другого человека.

В понятие «счастье» как часто болеющие, так и здоровые младшие подростки вкладывают свой сиюминутный настрой, свои представления. Известно, что часто болеющие дети воспринимают свои болезни как наказание за плохое поведение, осуждают себя за проступки, якобы вызывающие заболевание. Такая позиция младшего подростка усугубляется тем, что родители и учителя поддерживают его мнение. Поэтому часто болеющие младшие подростки указывают высокий уровень счастья, чтобы выглядеть в глазах окружающих такими же, как их здоровые сверстники.

По результатам методики «Проба Де Греефе» можно сказать, что для часто болеющего младшего подростка изменение позиций в учебной деятельности и есть вступление в новую жизненную ситуацию с еще не сложившимся в полной мере уровнем оценки своих возможностей и ожиданий, которые складываются под влиянием оценки взрослого и в процессе собственной деятельности ребенка. В связи с этим, у часто болеющего младшего подростка возникают проблемы в адекватном оценивании и сопоставлении своей оценки с оценкой друга, что приводит к занижению своей самооценки в сравнении с самооценкой здорового сверстника.

Следовательно, в процессе исследования нами установлено, что самосознание часто болеющего младшего подростка характеризуется следующими

особенностями: во-первых, самопознание часто болеющего младшего подростка не обладает определенной устойчивостью; во-вторых, возникновение представления часто болеющего младшего подростка о самом себе, о своем состоянии здоровья и своих возможностях, лежащих в основе самооценки и самопознания, связано с условиями его жизни и воспитания; в-третьих, самооценка часто болеющих младших подростков, так же, как и эмоционально-ценностное отношение к себе, развивается на основе межличностного общения, и, в-четвертых, развитие саморегуляции и отношения к себе, и развитие самооценки часто болеющих младших подростков является несколько иным в сравнении со здоровыми их сверстниками и характеризуется как заниженная.

Заключение

При анализе психолого-педагогической литературы, можно отметить, что самосознание личности начинает складываться в процессе взаимодействия с другими людьми и ощущения своей "непохожести" на них, то есть с открытием личностью своего "Я".

В нашей работе мы опирались на понятие, данное И.И.Чесноковой. Она отмечает, что самосознание начинается с осознания физического «Я» ребенка в результате манипулирования предметами и взаимоотношений со взрослыми. Следовательно, самосознание ребенка зарождается очень рано, в младенческом возрасте, и развивается по мере развития личности. Проявляется самосознание через самопознание себя.

В ходе исследования, нами было выявлено, что группа часто болеющих детей неоднородна по своему составу. В нее входят больные, имеющие хронические очаги инфекции в носоглотке, дети с аллергическими проявлениями и дети, у которых частота заболеваний связана с увеличением контактов с больными людьми. Наиболее распространенные жалобы и признаки у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Исходя из этого, можно отметить, что к часто болеющим детям относятся те дети, которые не менее четырех раз в год обращаются к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ и ОРЗ. В нашей работе под соматическими заболеваниями мы будем рассматривать респираторные заболевания из-за увеличения их частоты проявлений среди младших подростков.

Для часто, но не тяжело болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. На сознательном уровне они понимают, что болеть плохо, но на неосознаваемом эмоциональном – болезнь для них иногда даже более привлекательна, чем здоровье, так как дает заботу и внимание. Около 84% часто

болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимания и заботиться о них.

Обобщая выше сказанное, мы отмечаем, что общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. В следствие возникает, по мнению В. В. Николаевой, механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизирующие личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной развития специфических особенностей в развитии самосознания и самооценки.

Таким образом, процесс формирования самосознания часто болеющего младшего школьника формируется на основе не только самопознания себя, но и под влиянием социокультурной среды.

Для исследования самосознания часто болеющих подростков нами были использованы критерии, предложенные И.И.Чесноковой, а именно: самопознание, самоотношение и саморегуляция. И подобраны следующие методики: методика А.М. Прихожан и З. Василюскайте «Нарисуй себя»; методика исследования самооценки Т.С. Дембо – С.Я. Рубинштейн; методика, предложенная французским психиатром Де Греефе.

Итак, в процессе исследования нами установлено, что самосознание часто болеющего младшего подростка характеризуется следующими особенностями:

- Самооценка часто болеющего младшего подростка не обладает определенной устойчивостью;
- Возникновение представления часто болеющего младшего подростка о самом себе, о своем состоянии здоровья и своих возможностях, лежащих в основе самооценки и самосознания, связано с условиями его жизни и воспитания;

- Самооценка часто болеющих младших подростков, так же, как и эмоционально-ценностное отношение к себе, развивается на основе межличностного общения;
- Формирование эмоционально-ценностного отношения к себе и развитие самооценки часто болеющих младших подростков является несколько иным в сравнении со здоровыми их сверстниками и характеризуется как заниженная.

В нашем исследовании мы нашли подтверждение выдвинутой гипотезе.

Это объясняется тем, что часто болеющие младшие подростки винят себя в своих болезнях и воспринимают это как наказание за плохую учебу или непослушание с одной стороны, а с другой стороны наличие дефицитарной социальной ситуации развития, проявляющаяся в контроле со стороны родителей (ограничение в круге общения со сверстниками, в прогулках, отсутствие свободного времени).

В младшем подростковом возрасте в переломный период младший подросток особо остро ощущает противоречивость, неупорядоченность своего «Я», что обусловлено как неопределенностью уровня притязаний, так и трудностями переориентации с внешней оценки на самооценку. Особенно трудно приходится часто болеющим младшим подросткам, которые уже начинают осознавать свою особую ситуацию, связанную с частыми заболеваниями. Особенностью младшего подростка является постепенный отход от прямого копирования оценок взрослых к самооценке, все больше опора на внутренние критерии. Однако навыков самопознания, самоанализа у подростков нет. Таким образом, возникает противоречие между острой потребностью младшего подростка в самопознании и неспособностью адекватно осуществить эту потребность, последствием чего и является снижение уровня адекватности самооценок.

В младшем подростковом возрасте на базе качественного изменения всей психической жизни ломаются и перестраиваются все прежние отношения ребенка к миру и самому себе, прежде всего к самому себе. А так же, на базе качественного нового характера структуры и состава деятельности у младшего подростка

развивается сознательное поведение, делается решающий шаг из детства к новому этапу психологического и социального развития.

У часто болеющих, так же, как и у здоровых младших подростков, эмоционально-ценностное отношение к себе развивается на основе качественных изменений в структуре личности. Динамика развития эмоционально-ценностного отношения к себе у часто болеющих младших подростков и их здоровых сверстников различна. Различия наблюдаются в проявлении симптомокомплексов: «общительность», «тревожность и агрессивность», «повышенный интерес к своему «Я»», «неудовлетворенность и неуверенность в себе» и «конфликтность». Наблюдаемые различия в динамике мы можем объяснить особенностями психических переживаний, связанными с изменениями социальной ситуации развития, обусловленной имеющимся заболеванием.

На основании полученных выводов мы предлагаем программу коррекционных занятий по изменению самооценки с тенденцией к ее завышению. Работа будет проводиться в трех направлениях. А именно:

- Для детей предлагаем групповые занятия с элементами сказкотерапии; психологические упражнения и игры, разработанные Е.Н. Лебедеико, позволяющие решать задачи развития, коррекции и последующей диагностики психо-эмоционального состояния ребенка; И.З. Гильмеевым разработан курс психотренинга «Я плюс ТЫ», в основе которого лежит игровая деятельность, как средство формирования определенных качеств.

- Для родителей предлагаем провести родительский кино клуб, который будет состоять из курса занятий и включать в себя различные упражнения, просмотр и обсуждение фильмов, направленные на осознание особенностей переживания часто болеющими младшими подростками ситуации болезни, их потребностей, проблем, страхов и желаний, формирование и отработку навыков конструктивного поведения родителей в таких ситуациях.

- И работа с учителями заключается в проведении тематических семинаров на темы – «часто болеющие дети, кто они?», «Как общаться с родителями часто

болеющих младших подростков?» с элементами тренинга, дискуссии и обменом опытом друг с другом.

Список используемой литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. – М.: Академический Проект, 2003. – С. 704.
2. Ананьев Б.Г. Проблемы подросткового возраста. - К.,1994. – С. 167.
3. Аплетаяев М.Н Нравственное воспитание подростков в процессе обучения. – М., 1988. – С. 132.
4. Арина Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья, 1995. – Т.2. - №3. – С. 116-124.
5. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. - М.: Мысль. 1976. – С.173.
6. Беличева С.А. Этот «опасный» возраст. - М.: Знание. 1982. – С. 184.
7. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. - М., 1986. – С. 153.
8. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М., 1968. – С. 144.
9. Божович Л.И. Особенности самосознания у подростков // Вопросы психологии. – 1965. - №1. – С. 22-24.
10. Васильева З.И. Изучение особенностей старших школьников // Вопросы психологии. – 1993. - №5. – С.13-15.
11. Выготский Л.С. Собр. Соч.: в 6 т. – М., 1983. – Т. 5. – С. 396.
12. Гавалов С.М. Часто и длительно болеющие дети. – Новосибирск, 1993. – С. 283.
13. Гильмеев И.З. Я плюс ТЫ. – М.: SvR – Аргус. – 1994. – С.80.
14. Головей Л.А. Практикум по возрастной психологии. – Спб.: Речь. 2008. – С.688.
15. Гримак Л.П. Общение с собой. – М.: Политиздат., 1991. – С. 188.
16. Грейс Крайг, Психологическое развитие. – СПб. – 2000. – с. 368.
17. Давыдов В. В. Теория развивающего обучения. — М., «Академия», 2004. - С.288.

18. Зейгарник Б.Ф. Саморегуляция личности: норма и патология. – М.: Воронеж, 1998. – С. 374.
19. Зинкевич – Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь». 2000. – С. 310.
20. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. – СПб., 1993. – С. 75
21. Ительсон Л.Б. Становление личности. - Сыктывкар., 1982. – С.182.
22. Каган, М.С. Особенности самосознания подростков. – М.: Знание. 1973. – С.164.
23. Ковалевский В.А. Развитие личности соматического больного дошкольника, младшего школьника и подростка. – Красноярск, 1997. – 124с.
24. Колесов Д.В. Учителю о физиологии и психологии подростка. - М.: Просвещение. 1987. – С. 137.
25. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. - 1984. – С. 142.
26. Кон И.С. Открытие «Я». - М.: Политиздат. – 1978. – С.114.
27. Краковский А.П. О подростках. – М.: Знание. – 1982. – С.175.
28. Кун М., Эмпирическое исследование установок личности на себя. // Современная зарубежная социальная психология. – М: МГУ, 1984.
29. Лебеденко Е.Н. Развитие самосознания и индивидуальности. – М.: Прометей; Книголюб. 2003. – С.64.
30. Липкина А.И. Самооценка школьника. – М.: Знание, 1976. – С. 64.
31. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. - Питер; СПб.; 2009. – С. 92.
32. Личко А.Е. Подростковая психология. Руководство для родителей. – М.: Знание. 1989. – С.96.
33. Люшер М. Цвет вашего характера // Пер. с англ. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1996. – С. 400
34. Маслоу А. Мотивация и личность // перевод с англ. А.М. Татлыбаевой. – СПб.: Евразия, 1999. – С. 478.
35. Мерлин В.С. Психология интегральной индивидуальности.- М., Смысл, 2011.- 636с.

36. Мир подростка / Под. Ред. Р.Д. Снежневской, - М., Педагогика. 1989. – 116с.
37. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющих младших школьников. – Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2007. – 112 с.
38. Мудрик А.В. Время поисков и решений. - М.: Просвещение. 1990. – 182с.
39. Мудрик А.В. О воспитании старшеклассников. – 1976. – 121с.
40. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987. – 166с.
41. Николаева В.В. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья, 1994. – Т.2. - №2. – с. 86-95.
42. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. - М.: Просвещение. 1992. – 158с.
43. Общая психодиагностика. / Под. Ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина, М: МГУ – 1984. – 283с.
44. Орлов Ю.М. Самопознание и самовоспитание характера. - М.: Просвещение. – 1987. – 144с.
45. Румянцев А.Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд / А.Г. Румянцев, В.Н. Касаткин // Школа здоровья, 1996. – Т.3. - №2. – с.41-47.
46. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., 1994. – С. 480.
47. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии // В 2-х т. – Т.1. – М.: Педагогика, 1989. – С. 485.
48. Славина Л.С. Индивидуальный подход к подросткам. – Л.: Просвещение. 1983. – С.87.
49. Славина Л. С. Трудные дети: избранные психологические труды. - М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та, 2006. – С.164.
50. Сологуб Г.П. Пробуждение личности. – М.: Просвещение, 1987. – С.204.
51. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. – М.: Политиздат. 1972. – С.235.
52. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Из-во Московского университета, 1983. – С.236
53. Фельдштейн Д.И. Психологические аспекты изучения современного подростка // Вопросы психологии. – 1990. - №4.

54. Филонов Л.Б. Психология формирования и развития личности. – М., 1981. – С. 213.
55. Фрейд З. О психоанализе. Лекции. – Мн.: Харвест. 2003. – С.480.
56. Хорни К. Самоанализ. — М. : [Канон+РООИ "Реабилитация"](#), 2013.
57. Черняева С.А. Психотерапевтические сказки и игры. – СПб.: Речь. 2002. – С.168.
58. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – С.144.
59. Чеснокова И.И. Самосознание, саморегуляция, самодетерминация // Проблемы психологии личности. – М.: Наука, 1982. – С. 121-126.
60. Чистякова М.И. Психогимнастика // под ред. М.И. Буянова. – 2-е изд. – М.: Просвещение. 1995. – С.160.
61. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: ВЛАДОС, 2001. – С. 512.
62. Шельштейн Е.С. Особенности презентации Я в подростковом возрасте // Вопросы психологии. – 2000. - №2.
63. Эльконин Д.Б. Психология обучения младшего школьника. – М., Просвещение. 1997. С. 239-284.
64. Ярошевский М.Г. Психология. – М.: Академия. – 1998. – С.253.

Приложение

Методика №1.

А.М. Прихожан и З. Василяйскайте «Нарисуй себя»

Методика проводилась фронтально. Инструкция к выполнению задания дается перед каждым заданием (рисунком), к выполнению следующего рисунка дети переходят только после того как все закончили предыдущий. Перед каждым ребенком были выложены карандаши шести цветов – синий, красный, желтый, зеленый, коричневый, черный и три подписанных листа бумаги.

Далее даем детям первое задание: «Сейчас вы будете рисовать. Сначала нарисуете плохого мальчика или плохую девочку. Будете рисовать тремя карандашами. Выберите эти карандаши и покажите их мне, а оставшиеся три уберите. Найдите страницу, на которой сверху написано «плохой мальчик/девочка». Начинаем рисовать».

После того, как все дети закончили рисовать, даем следующее задание: «А теперь отложите те карандаши, которыми вы рисовали, и возьмите три оставшихся, покажите их мне. Этими карандашами вы нарисуете хорошего мальчика или хорошую девочку. Найдите страницу, на которой сверху написано «хороший мальчик/девочка». Начинаем рисовать».

Перед третьим рисунком даем следующее задание: «На оставшемся листе (на нем сверху написано «Я») каждый из вас нарисует себя. Себя он может рисовать всеми шестью карандашами. Возьмите все карандаши в руку и покажите мне. Итак, найдите страницу, вверху которой написано «Я», и начинайте рисовать». Среднее время выполнения задания 30-40 минут.

После завершения всей работы с ребенком проводится беседа, в которой задаются следующие вопросы:

1. Какой рисунок тебе понравилось рисовать больше всего, а какой – меньше всего и почему?
2. Какой рисунок получился у тебя лучше всего, а какой хуже?
3. Почему ты считаешь, что на рисунке изображен плохой мальчик (девочка), а на другом – хороший?

4. Каким ты нарисовал себя? Что ты можешь рассказать о себе?
5. Что тебе больше всего в себе нравится?
6. А что бы ты хотел изменить в себе?

Необходимые материалы: стандартный лист белой нелинованной бумаги, сложенный пополам, четыре цветных карандаша - черный, коричневый, красный и синий.

Первая страница остается чистой, здесь после проведения работы записываются необходимые сведения о ребенке.

На второй, третьей и четвертой страницах в вертикальном положении сверху большими буквами напечатано название каждого рисунка - соответственно: "Плохой мальчик / девочка " (в зависимости от пола ребенка), "Хороший мальчик/девочка", "Я сам(а)".

Схема обработки результатов:

1. Анализ "автопортрета": наличие всех основных деталей, полнота изображения, количество дополнительных деталей, тщательность их прорисовки, "разукрашенность", статичность рисунка или представленность фигурки в движении, включение "себя в какой-либо сюжет-игру" и т. п.

Исходное количество баллов - 10. За отсутствие какой-нибудь детали из основных снимается 1 балл. За каждую дополнительную деталь, "разукрашенность", представленность в сюжете или движении начисляется 1 балл. Чем больше баллов, тем позитивнее отношение к рисунку, т. е. к себе (норма 11-15 баллов). Напротив, отсутствие необходимых деталей указывает на отрицательное или конфликтное отношение.

2. Сопоставление "автопортрета" с рисунком "хорошего" и "плохого" сверстников по параметрам:

- Размер "автопортрета" (приблизительно совпадает с "хорошим" - начисляется 1 балл, гораздо больше - 2 балла, совпадает с "плохим" - минус 1 балл, гораздо меньше - минус 2 балла, меньше "хорошего", но больше "плохого" - 0,5 балла).

- Цвета, использованные в "автопортрете" (больше синего и красного цвета -

1 балл, больше черного и коричневого цвета - минус 1 балл, цветов приблизительно поровну – 0 баллов).

1 балл ставится тогда, когда ребёнок использует цвета, которыми рисовал (а) плохого мальчика (девочку)

2 балла - в большей степени преобладают цвета, которыми рисовал(а) плохого мальчика. (девочку).

3 балла - в рисунке в большей степени преобладают цвета, которыми рисовал (а) хорошего мальчика (девочку).

4 балла - ребёнок использует только те цвета, которыми рисовал(а) хорошего мальчика (девочку)

- Повторение на "автопортрете" деталей рисунков "хорошего" или "плохого" (одежда, головной убор, игрушки, цветы, рогатка и т. д.). Общее количество в целом больше совпадает с "хорошим" ребенком - начисляется 1 балл, совпадение полное – 2 балла. Общее количество больше совпадает с "плохим" ребенком - минус 1 балл, совпадение полное - минус 2 балла. Тех и других приблизительно поровну - 0 баллов.

- Общее впечатление о схожести "автопортрета" на рисунок "хорошего" - 1 балл, на рисунок "плохого" -м инус 1 балл.

Количество набранных баллов: 3-5 баллов - адекватное позитивное отношение к себе, больше - завышенная самооценка, меньше - заниженная самооценка, отрицательный результат (0 и меньше) - негативное отношение к себе, возможно, полное неприятие себя.

3. Расположение "автопортрета" на листе. Изображение рисунка внизу страницы - минус 1 балл, если к этому и фигурка изображается маленькой - минус 2 балла. Такое положение свидетельствует о депрессивном состоянии ребенка, наличия у него чувства неполноценности Наиболее неблагоприятным является расположение фигурки в нижних углах листа и изображенной в профиль (как бы стремящейся "убежать" с листа) - минус 3 балла.

Рисунок расположен в центре листа или чуть выше - 1 балл, рисунок очень большой, занимает практически весь лист - 2 балла, дополнительно к последнему

еще и расположен анфас (лицом к нам) - 3 балла.

Приложение А - 2

Анкета для родителей

1. Возраст ребенка	
2. Статус семьи:	
<ul style="list-style-type: none">• Полная с одним ребенком• Полная с двумя детьми• Многодетная	<ul style="list-style-type: none">• Неполная с одним ребенком• Неполная с двумя детьми
3. Образование родителей (нужное подчеркнуть)	
<p style="text-align: center;">Мать</p> <ul style="list-style-type: none">• Неполное среднее• Среднее• Средне-специальное• Средне-техническое• Неполное высшее• Высшее	<p style="text-align: center;">Отец</p> <ul style="list-style-type: none">• Неполное среднее• Среднее• Средне-специальное• Средне-техническое• Неполное высшее• Высшее
4. Последовательность рождения ребенка	
<ul style="list-style-type: none">• Первый• Второй• Третий• Четвертый• Единственный	
5. Как часто болеет ваш ребенок?	
<ul style="list-style-type: none">• Один раз в месяце• Один раз в три месяца• Один раз в полгода• Один раз в год• Реже одного раза в год	

Результаты исследования по методике 1

А.М. Прихожан и З. Василюскайте «Нарисуй себя» Группа А

Младший школьник	Симптомокомплексы						Уровень
	Интеллектуальное развитие	общительность	Тревожность и агрессивность	Повышенный интерес к своему «Я»	Неудовлетворённость и неуверенность к себе	Конфликт	
Ира А.	С	С	Н	Н	Н	Н	Н
Вера А.	В	С	С	С	Н	С	С
Игорь В.	В	С	Н	С	С	С	С
Саша Д.	С	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Аня И.	В	С	Н	Н	С	С	С
Юра К.	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Света К.	В	В	С	В	Н	Н	В
Мира Л.	С	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Женя Л.	С	С	С	С	С	Н	С
Таня С.	В	В	В	С	Н	Н	В
Катя П.	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Коля П.	В	С	С	С	С	Н	С
Ваня Р.	С	Н	В	Н	Н	Н	Н
Петр Р.	С	Н	В	С	Н	Н	Н
Даша Я.	Н	Н	В	С	Н	Н	Н

Группа В

Младший школьник	Симптомокомплексы						Уровень
	Интеллектуальное развитие	общительность	Тревожность и агрессивность	Повышенный интерес к своему «Я»	Неудовлетворённость и неуверенность к себе	Конфликт	
Петя А.	С	С	Н	Н	Н	В	Н
Алина А.	С	С	С	С	В	С	С
Егор В.	В	С	С	Н	Н	С	С
Маша Д.	Н	Н	Н	Н	Н	В	Н
Арина И.	В	В	С	В	С	Н	В

Вася К.	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Марина К.	С	Н	В	С	С	С	С
Лена Л.	С	Н	С	Н	В	Н	Н
Ира Л.	С	С	С	С	С	С	С
Толя С.	В	С	С	С	С	В	В
Витя П.	С	В	С	С	Н	Н	С
Коля П.	В	В	Н	В	С	С	В
Валя Р.	В	С	Н	С	С	С	С
Полина Р.	С	С	Н	С	С	Н	С
Яша Я.	В	В	В	В	С	С	В

Приложение В - 1

Методика №2

Исследование самооценки по методике Т.С Дембо – С.Я. Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан)

Предварительно был подготовлен необходимый стимульный материал, в виде листа бумаги с изображенными на нем четыремя вертикальными линиями одинаковой длины (100 мм). Каждая линия вверху подписана. Четко видны границы линии и намечен центр.

Перед началом проведения методики была дана инструкция: «Любой человек оценивает свои способности, возможности, характер и др. Уровень развития каждого качества, стороны человеческой личности можно условно изобразить вертикальной линией, нижняя точка которой будет символизировать самое низкое развитие, а верхняя – наивысшее. Перед вами четыре таких линии. Они обозначают: «ум», «способности», «авторитет у сверстников», «здоровье», «уверенность в себе» и «счастье». На каждой линии чертой отметьте, как вы оцениваете у себя развитие этого качества в данный момент». Время, отводимое на заполнение шкалы вместе с чтением инструкции, 10-12 минут.

Данная методика проводилась фронтально по 10 человек в группе.

Обработка: обработка проводится по пяти шкалам. Каждый ответ выражается в баллах.

Далее определяется уровень самооценки детей.

1 балл - очень низкий; 2 балла – низкий; 3 балла – средний; 4 балла - высокий

Выбор друга

Выбор друга	11 лет, %		p<0,05	12 лет, %		p<0,05
	Чб. Дети	Зд. Дети		Чб. Дети	Зд. Дети	
Часто болеющий	67	20	-	73	33	-
Здоровый	33	80	-	27	67	-

Приложение В - 3

Методика №3 «Проба де Греефе»

Перед проведением данной методики заранее был подготовлен необходимый стимульный материал – лист белой бумаги с изображенными на нем тремя одинаковыми кругами. Каждый круг сверху подписан: «учитель», «ты», «друг».

В индивидуальной беседе ребенку показывают нарисованные на листе бумаги три одинаковых кружка и инструктируют: «Перед тобой три кружка: первый кружок обозначает твоего учителя, второй – тебя самого, третий – твоего друга одноклассника (называется имя). От каждого кружка надо опустить вниз линию. От того, кто из вас самый умный, надо опустить самую длинную линию; от того, кто средний, среднюю и т.д.». После выполнения этого задания ребенка просят объяснить свое решение.

При анализе результатов были выделены следующие параметры: особенности выбора младшими подростками как часто болеющего, так и здорового друга; взаимосвязь самооценки часто болеющих и здоровых младших подростков с предполагаемой ими оценкой учителя; взаимосвязь самооценки часто болеющих и здоровых младших подростков с предполагаемой ими оценкой своих одноклассников.

Самооценка младших подростков в сравнении с предполагаемой ими оценкой учителя

Самооценка относительно предполагаемой оценки	11 лет, %		p<0,0	12 лет, %		p<0,0
	Чб.	Зд.		Чб.	Зд.	

учителя	Дети	Дети	5	Дети	Дети	5
Ниже	67	53	-	46	53	-
Равная	20	27	-	27	20	-
Выше	13	20	-	27	27	-

Самооценка младших подростков в сравнении с предполагаемой ими оценкой друга

Самооценка относительно оценки друга	11 лет, %		p<0,05	12 лет, %		p<0,05
	Чб. Дети	Зд. Дети		Чб. Дети	Зд. Дети	
Ниже	74	53	-	67	40	-
Равная	13	7	-	13	20	-
Выше	13	40	-	20	40	-

Сравнение самооценки часто болеющих младших подростков с самооценкой их здоровых сверстников

Уровень оценки	11 лет, %		p<0,05	12 лет, %		p<0,05
	Чб. Дети	Зд. Дети		Чб. Дети	Зд. Дети	
Ниже	74	46	-	67	20	-
Равная	13	7	-	13	20	-
Выше	13	47	-	20	60	-

Упражнение «Моделирование ситуации»

Упражнение направлено на осознание особенностей переживания часто болеющими младшими подростками ситуации болезни, формирование и отработку навыков конструктивного поведения родителей в таких ситуациях.

Родители вспоминают реальные ситуации, связанные с болезнью младшего подростка. Далее участники выбирают ситуацию для разыгрывания. Родитель, чья ситуация будет разыгрываться, берет роль своего ребенка, а остальные участники тренинга максимально точно изображают других членов семьи. Затем происходит общее обсуждение.

Упражнение «Письмо от имени часто болеющего младшего подростка»

Упражнение направлено на осознание потребностей, проблем, страхов, желаний часто болеющего младшего подростка, а так же на осознание отличия такого ребенка от других.

Группа делится на 4 подгруппы, каждая из которых составляет обращение от имени часто болеющего младшего подростка к родителям. Все 4 письма зачитываются и обсуждаются.

Упражнение «Различное поведение»

Направлено на демонстрацию правильного и неправильного поведения по отношению к ребенку, осознание потребностей ребенка.

Ведущий просит группу разделиться на пары. Один человек из пары выходит за дверь. Он – «ребенок». Тренер дает ему инструкцию: «вы должны подойти к «родителю» (человеку из пары, оставшемуся в аудитории) и показать ему что-то очень интересное для вас, например жука, красивый камень или что-то еще, и попросить его посмотреть на это». Инструкция для «родителя» следующая: «Вы должны изображать человека, очень занятого своими делами, отказаться смотреть на ту ерунду, которую вам будет показывать «ребенок». После того, как эта часть упражнения будет проведена, тренер просит «младших подростков» снова выйти за дверь. Инструкция для них такая же самая. А для «родителей» инструкция меняется: «Когда к вам подойдет младший подросток, вы должны отложить все

свои дела и посмотреть на то, что он будет вам показывать. Отнеситесь к нему с вниманием». После этого упражнения следует обсудить, выяснить какие чувства испытывали те и другие участники, как бы им хотелось повести себя в такой ситуации на самом деле, какие они испытывали сложности, какие сделали выводы.

Упражнение «Средства – помощники»

Часто болеющий младший подросток быстрее учится организовывать себя и свои дела, если на определенном этапе ему помочь некоторыми внешними средствами. Ими могут быть картинки для напоминания, список дел, записки, схемы или написанные инструкции.

Участники семинара делятся на две группы и методом «мозгового штурма» (ведущий предварительно объясняет его основные принципы) придумывают список внешних средств, которые можно использовать, чтобы помочь ребенку научиться организовывать себя и свои дела. Потом в общем кругу каждая из групп зачитывает свой список, при желании они обсуждаются.

Упражнение «Портрет часто болеющего младшего подростка»

Направлено на уточнение и обобщение особенностей часто болеющего младшего подростка.

Педагоги делятся на три-четыре подгруппы. Каждая получает карточку «Портрет часто болеющего младшего подростка», на которой перечислены индивидуальные особенности такого ребенка, а так же качества, не присущие часто болеющим детям. Участники подгрупп совместно выбирают те черты, которые, по их мнению, действительно свойственны этим детям. Они могут дополнить этот список другими чертами. Таким образом составляя портрет часто болеющего младшего подростка. Затем каждая подгруппа зачитывает составленную характеристику, после чего проводится общее обсуждение и «рисуются» общий портрет часто болеющего младшего подростка.

Упражнение «Какие они, часто болеющие младшие подростки?»

Направлено на развитие у педагогов умения понимать часто болеющего младшего подростка.

Вначале педагогам предлагается описать, а желательно записать качества часто болеющих младших подростков, связанные и несвязанные с заболеваемостью.

Затем проводится обсуждение. Нужно обратить внимание педагогов на то, какие черты, положительные или отрицательные, они преимущественно замечают.

Упражнение-задание «Мозговой штурм»

Выполнение задания позволяет уточнить сферу компетентности педагогов, родителей, психологов в решении проблем часто болеющих младших подростков в период адаптации к средней школе.

Педагоги составляют список проблем, которые непременно возникают у часто болеющих младших подростков при переходе в среднюю школу. 3-4 наиболее актуальных проблемы психолог записывает на доске. Затем в группах обсуждаются варианты педагогической, родительской и психологической помощи подростку в случае возникновения этих проблем.