

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования  
Кафедра педагогики и психологии детства

**ПРЖЕГАРЛИНСКАЯ ЕКАТЕРИНА ЯРОСЛАВОВНА**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы  
Психология и педагогика дошкольного образования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой  
канд. психол. наук, доцент Груздева О.В.

Научный руководитель  
канд. биол. наук, доцент Вербианова О.М.

Обучающийся  
Пржегарлинская Е.Я.

Дата защиты

Оценка

Красноярск 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	5
1.1. Понятие агрессивного поведения .....	5
1.2. Специфика агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста.....	12
1.3. Особенности личности и социального развития часто болеющих детей старшего дошкольного возраста .....	18
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	25
2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых .....	25
2.2. Результаты проведения диагностики .....	27
2.3. Рекомендации для педагогов по работе с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста с агрессивным поведением.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	37
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	39
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

## ВВЕДЕНИЕ

Напряженная, неустойчивая социальная, экономическая, экологическая обстановка, сложившаяся в настоящее время в нашем обществе, обуславливает рост различных отклонений в личностном развитии и поведении людей разного возраста. Среди них особого внимания заслуживает возрастающая тревожность, жестокость, агрессивность детей практически любого возраста. В настоящее время образовательные учреждения, в том числе и ДОУ не могут полностью исключить проявления агрессивности на занятиях, во время свободной деятельности детей, прогулках. С данным явлением сталкиваются и родители. Учёные в своих исследованиях утверждают, что агрессивность значительно помолодела. Если раньше речь шла о начальных проявлениях агрессивности преимущественно в подростковом возрасте, то теперь данная проблема стала актуальной для детей дошкольного возраста, так как часто встречающаяся детская тревожность может стать предпосылкой для формирования агрессивного поведения, которое может возникнуть также в дошкольном возрасте. Данное обстоятельство выдвигает на первый план проблему разработки содержания и организации специальной деятельности педагога-психолога в ДОУ по профилактике и коррекции проявлений агрессивного поведения среди детей дошкольного возраста.

Проблема проявлений агрессивного поведения у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста привлекает к себе столько же внимания, как и в отношении детей, которые болеют реже двух-трёх раз в год. Данная категория детей большую часть времени находятся дома, в то время, как многие их сверстники посещают детские сады, а старшие члены семьи могут проводить большую часть времени за работой или же наоборот непрерывно уделять внимание болеющему ребёнку. В обоих случаях социальная ситуация развития дошкольника очень сильно отличается от «здоровых» сверстников, количество контактов с детьми у часто болеющего ребёнка может быть

приближено к нулевому. Как следствие, ребёнку может быть сложно наладить конструктивное взаимодействие со сверстником, он может быть недостаточно самостоятельным в условиях дошкольного учреждения, могут проявляться различные признаки дезадаптации. Трудности в разных видах деятельности и общении с детьми и воспитателями во время пребывания в детском саду могут провоцировать у детей тревожность и, как следствие, различные формы проявления агрессивного поведения.

Цель исследования: составление практических рекомендаций педагогам по работе с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста, имеющими в своём поведении проявления агрессивности.

Объект исследования: агрессивное поведение часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: особенности проявления агрессивного поведения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по данной проблеме.
2. Изучить особенности детской агрессивности.
3. Выявить факторы в личностном развитии и социальной ситуации развития, влияющие на появление проявлений агрессивности у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.
4. Эмпирически выявить особенности проявления агрессивного поведения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.
5. Составить практические рекомендации педагогам по работе с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста с проявлениями агрессивного поведения.

Методы исследования: проективные методы исследования (проективный тест Э. Вагнера «Рука», проективная методика М.З. Дукаревич «Рисунок несуществующего животного»).

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

## 1.1. Понятие агрессивного поведения

В настоящее время существует множество определений понятия агрессивного поведения. Исследователи, формулируя то или иное определение, стараются опираться на те компоненты, составляющие данной формы поведения, которые можно наблюдать объективно, стремятся к тому, чтобы явление агрессивности можно было так или иначе измерить. Во внимание попадают акты агрессивного поведения. Здесь определения агрессивности могут качественно отличаться друг от друга.

Чтобы мы могли рассмотреть проблему агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста необходимо определить общее понятие агрессии. В психологической и педагогической литературе имеется множество определений понятия агрессии. В психологическом словаре дается такое определение: «Агрессия – индивидуальное или коллективное поведение, действие, направленное на нанесение физического или психологического вреда, ущерба либо на уничтожение другого человека или группы людей...» Согласно определению, данному психологом А. Бассом, агрессией может являться любое поведение, содержащее угрозу, имеющую цель нанести ущерб другим. Также он описывал агрессию как некую реакцию, в результате которой субъект, провоцирующий данную реакцию, может получать болевые стимулы. При этом учёный считал необходимым различать виды агрессии и предлагал классифицировать эти виды по шкалам: физическая агрессия-вербальная агрессия, активная агрессия-пассивная агрессия, прямая агрессия-непрямая агрессия [20].

Л. Берковиц, исследуя агрессивность, её цели и причины, отметил, что проблема в определении агрессии в том, что в английском языке данное явление вмещает в себя широкий спектр действий со стороны человека или

группы людей [5]. Л. Бендер рассматривает агрессию как нападение или уход от объекта, а Ф. Аллан понимает её как внутреннюю энергию, позволяющую человеку противостоять негативному влиянию окружающего мира. Х. Дельгадо утверждает, что агрессивность человека – это не что иное, как поведенческая реакция, проявляющаяся в виде попытки нанесения вреда окружающим [2]. Учитывая различия в определениях понятиях агрессии, можно вывести следующее: агрессией может быть любая форма поведения, имеющего цель причинить вред другому живому существу, которое такого обращения по отношению к себе не желает.

Следует обратить внимание на определения, которые объясняют агрессию как реакцию человека на вторжение на его личную территорию или на факторы окружающей действительности, которые могут угрожать его жизни и здоровью, а также личным интересам. Хотя в настоящее время чаще встречается понимание агрессии, как о действиях вовне, которые имеют определённого рода мотив и нарушают социальные нормы и правила гармоничного функционирования общества, причиняют физические и психологические страдания и боль окружающим людям. Здесь же можно говорить о стрессе, как факторе, который провоцирует возникновение агрессивного поведения. Последнее является реакцией на стрессовую ситуацию, однако стоит отметить, что реакция на стресс не всегда может быть в виде агрессивности, а в свою очередь агрессивность не всегда может быть реакцией на стрессовую ситуацию. В данном случае стоит учитывать когнитивную составляющую агрессивного поведения, которое может и не проявиться, если человек сможет оценить и понять ситуацию, что может привести к тому, что человек не станет проявлять агрессивное поведение.

Помимо когнитивной составляющей в изучении агрессивного поведения рассматривались и другие составляющие данного типа поведения, например, эмоциональный компонент. Он включает в себя различные отрицательные эмоциональные переживания, чувства, такие как ярость, тревожность, страх,

гнев, злость. Также в систему агрессивного поведения входит поведенческий компонент, который проявляется в виде активной резкой жестикуляции, агрессивной мимике, нехватки навыков конструктивного социального взаимодействия. Ещё одним компонентом является мотивационный. Он характеризуется сознательностью поведения, то есть ради достижения поставленной цели намеренно используются агрессивные модели поведения, или бессознательностью стремлений, в ходе реализаций которых проявляется агрессивность. Множественность компонентов агрессивного поведения свидетельствует о том, что к изучению данного явления необходимо подходить системно и изучать компоненты в их взаимосвязи.

Среди теорий, описывающих и пытающихся объяснить агрессию, есть такие, согласно которым агрессивное поведение, как и любое другое социальное поведение, находится под контролем инстинктов (инстинктивная теория У. МакДугала) [3]. Есть те, которые рассматривают агрессию как выражение инстинкта смерти. Психоаналитическая теория З. Фрейда раскрывает агрессивность как врождённую силу, направленную на разрушение, которая подавляется Сверх-Я, в результате чего у индивида возникает такая форма агрессии, представляющую собой некое влечение к смерти [34]. Фрейд первоначально рассматривал агрессию как результат проявления Эдипова комплекса и подавления инстинктивных стремлений либидо в раннем детстве. Затем исследователь несколько пересматривает свое мнение – автор принимает конфликт между Танатосом и Эросом в качестве основного источника и движущей силы агрессивного поведения.

В то же время агрессивность понимается как энергия, которая постоянно высвобождается наружу, и ее практически невозможно нейтрализовать, поскольку последствия этой нейтрализации будут иметь разрушительные и зачастую фатальные последствия для психики. Он выделил следующие виды агрессивного поведения: импульсивная жестокость, садизм, стремление разрушать. Импульсивная жестокость возникает независимо от сексуальности

и основана на инстинктах самосохранения. Её целью является понимание, осознание реальных негативных факторов окружающей действительности и защита от внешних угроз. Такое агрессивное поведение направлено на защиту того, что необходимо для выживания, или на защиту от угрозы жизненным интересам. В своем представлении о садизме он увидел единственную форму агрессивного поведения, которое характеризуется стремлениями разрушать, мучить окружающих и насильно склонять их к своей воле [34].

Также имеется позиция, с точки зрения которой агрессия представляется результатом фрустрации. Теорией агрессивного поведения детей и подростков, получившей наибольшее распространение и поддержку в США, стала теория социального научения А. Бандуры [4]. В рамках бихевиоральной модели агрессия – это своего рода результат наблюдения агрессивного поведения в социуме, которые ведут за собой принятие этой модели поведения и в дальнейшем социальное закрепление, то есть поведение человека с ориентацией на социальный образец. Здесь выделяются этапы формирования агрессивного поведения у человека:

- наблюдение и усвоение агрессивных действий окружающих;
- появление условий, в которых человек начинает действовать агрессивно;
- появление условий, которые закрепляют усвоенную модель поведения.

Много внимания в рамках бихевиоральной модели уделяется ситуации в семье, откуда человек может подчерпнуть и где могут закрепиться первые проявления агрессивности. Демонстрация агрессивного поведения в семье может стать образцом для подрастающего поколения. Причём чем больше спектр агрессивных действий было усвоено человеком как в семье, так и в обществе в целом, тем больше поощрения получает человек, проявляя агрессивное поведение или же в жизни человека часто встречаются ситуации, которые провоцируют его на агрессию [4].

В целом под агрессивностью подразумевается свойство личности, которое характеризуется наличием неких деструктивных проявлений, как правило, в системе взаимодействия между людьми. В настоящее время, говоря об агрессивности, речь чаще всего идёт о внешних действиях, которые нарушают общественный порядок, правила и нормы, которые наносят вред людям, то есть о преднамеренных действиях. Однако не стоит упускать из внимания и инструментальную агрессию, которая заключается в том, что человек проявляет агрессивное поведение по субъективным причинам, когда, по его мнению, это действительно необходимо и иначе поступить ему не представляется возможности. Здесь можно говорить об агрессивности как о реакции на враждебную окружающую действительность для защиты себя, своих интересов.

В житейском сознании агрессивность понимается как «злонамеренная активность», но необходимо заметить, что само по себе действие не является «злонамеренным». Таковым его делает мотив деятельности, цель и система ценностей, ради которых деятельность выстраивается. Поэтому при изучении агрессивности в приоритете обычно находятся не сами агрессивные действия, а мотивация. Определив уровень деструктивных тенденций, можно прогнозировать вероятность проявления агрессивности.

По мнению некоторых авторов, каждый человек должен обладать определенной степенью агрессивности, поскольку это является частью деятельности личности и ее способности к адаптации. Агрессивность включает в себя такие позитивные характеристики личности, как настойчивость в достижении поставленных целей, упорство, инициативность, способность преодолевать препятствия. Агрессию также можно рассматривать как адаптивный способ преодоления состояний тревоги и расстройства, который воспринимается как биологически целесообразная форма человеческого поведения.

В отечественной психологии также был рассмотрен вопрос агрессивности и понятия тоже имеют разночтения. Например, А.А. Реан, Т.Н. Курбатова, Е.П. Ильин описывали понятие агрессивности как свойство личности, состоящее из комплекса системных характеристик, которые обуславливали постоянную основу моделей поведения. Е.О. Смирнова, Л.Н. Собчик, И.Б. Бойко говорили под агрессивностью понимали типологические черты, обобщённые характерологические особенности личности. К ним относятся такие характеристики личности, как мнительность, предрассудки различного рода, например, религиозные или этнические, раздражительность и подозрительность, а также страх осуждения окружающих людей и склонность к частому чувству стыда или вины.

Вопрос агрессивности был затронут и отечественным психологом Н.Д. Левитовым. В своих работах он говорил об агрессивном поведении как о психологическом состоянии человека. В данном поведении психолог выделил три компонента: волевой, эмоциональный и когнитивный. В содержании волевого компонента ученый заложил такие личностные качества, как настойчивость, самоотдача, решительность и т. д. Эти качества, по мнению автора, необходимы в ситуации борьбы. Однако, говоря о дошкольниках, стоит отметить, что эти качества не развиты и могут выражаться, например, в упрямстве. Эмоциональный компонент проявляет негативные эмоции - гнев, ярость, которые могут принимать аффективную форму и вообще не контролироваться. Когнитивный компонент - это умение ориентироваться в ситуации проявления агрессивности, выделяя объект «атаки» и методы «атаки». Стоит отметить, что Левитов учел, что в детстве человеку крайне сложно анализировать ситуации, когда он начинает проявлять агрессию в поведении, а также контролировать свои эмоции. Детская агрессия самим ребенком не осознаётся, что не способствует формированию способности к самоконтролю и оценке ситуации.

Л.С. Выготский также косвенно затронул вопрос агрессивного поведения. Он говорил о необходимости формирования и развития умения владеть внешними выражениями эмоций. Так как ребёнок в своём развитии сталкивается с кризисами, разными социальными и этническими группами людей, разными моральными установками, в рамках культурно-исторического подхода Выготский подчёркивал важность воспитания педагогами в детях умения владеть эмоциями, сопряжения чувств с разными формами деятельности и формирование целенаправленности действий. Автор подчёркивал, что на формирование агрессивности у детей напрямую влияла социальная среда. Если условия в социальном окружении заставляли ребёнка поступать жёстко и агрессивно для сохранения позиции ценного члена группы и для получения необходимого внимания со стороны окружающих, то агрессивное поведение становится для ребёнка нормой и закрепляется достаточно быстро. В этом случае агрессивность оценивается как способ адаптироваться к окружающей среде, к социуму в соответствии с нормами поведения данного общества.

А.А. Реан предложил подразделить социализацию агрессии на обычную и парадоксальную. Обычная социализация агрессии – это прямое усвоение навыков агрессивного поведения и развитие агрессивной готовности личности в результате непосредственной активности в ходе наблюдения агрессии. Кроме того, следует отметить, что обучение через наблюдение имеет еще большее влияние на человека, чем непосредственный опыт. Часто этот тип агрессии характерен для лиц, которые были участниками военных действий.

В менее выраженной форме воздействие может иметь периодический просмотр сцен жестокости через продукты массовой культуры. При парадоксальной социализации агрессии развитие агрессивной готовности личности происходит независимо от наличия прямого опыта агрессивного взаимодействия или опыта наблюдения агрессии. Агрессия как устойчивая личностная характеристика формируется в этом случае в связи с тем, что

индивид обладает значительным социальным опытом подавления возможностей реализации своих реальных личных потребностей. Более того, это подавление осуществляется вне агрессивного контекста, без проявления физической или словесной агрессии. Напротив, блокирование реальных личных потребностей чаще всего реализуется в этом социальном опыте взаимодействия с «заботой» о человеке, в его «интересах».

Таким образом, результатом парадоксальной социализации агрессии можно считать фобически-агрессивный след лишения социального опыта, который исключает независимость индивида. Часто этот вариант агрессивности развивается в условиях дисгармоничного стиля семейного воспитания или нарушенного процесса социализации [25].

В обществе уровень агрессивности определяется степенью социализации, этнокультурными нормами и правилами поведения. Развитие всей цивилизации предполагает ограничение агрессивности людей посредством социального и морального осуждения. Можно сказать, что социальная культура устанавливает определенные пределы и условия для проявления агрессии. В любом обществе существуют определенные меры наказания и поощрения, диктующие тем самым, как человек может и как не можете действовать по отношению к другим.

## **1.2. Специфика агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста**

Агрессивное поведение наблюдается у большинства детей. Это явление сопровождается критическими периодами (кризис один год, три, семь лет). Вспышки агрессивного поведения могут быть вызваны темпераментом и типом нервной системы ребенка, возможными заболеваниями головного мозга и многими другими, а также выступать в качестве компенсации за ненадежность ребенка. Агрессивное поведение может быть способом высвобождения отрицательных эмоций, которые могли накопиться со

временем, или даже средством привлечения внимания сверстников или взрослых, например, родителей или воспитателей. Такие формы поведения могут возникать из-за того, что ребёнок не может найти способа вести себя иначе, так как у детей ещё не так много опыта общения с окружающими. На проявления агрессивного поведения у детей могут влиять не только наследственные факторы, тип темперамента детей и другие их конституциональные особенности, но и социальные факторы, например, стиль воспитания в семье, особенности взаимоотношений между членами семьи, демонстрации агрессивного поведения в семье.

Опираясь на исследования можно выявить, что проявления агрессивного поведения у детей находятся в числе наиболее распространённых форм нарушения поведения, с которыми приходится иметь дело педагогам, психологам и родителям. К проявлениям детской агрессивности относят вспышки раздражительности, непослушание, избыточная активность, драчливость, жестокость. У многих детей наблюдается вербальная агрессия, как прямая, так и косвенная, как минимум это могут быть жалобы детей на сверстников, взрослых, мешающие предметы, собственное самочувствие или агрессивные фантазии детей, которые могут отражаться в играх или рисунках. Наиболее разрушительными для самих детей и окружающих их людей отмечают проявления физической агрессии (ребёнок дерётся с другими детьми, плюётся, кусается, пинается и т.д.). Также имеются случаи косвенной физической агрессии – разрушение чужих игрушек, порча рисунков, творческих поделок сверстников, порча одежды, обуви других детей. Такое агрессивное поведение всегда инициативно, активно и может представлять опасность для взрослых и детей [27].

Причинами возникновения агрессивных проявлений детей могут быть неблагоприятные условия в групповом помещении или же дома. Особенности среды или ситуации, которые могут повышать вероятность возникновения агрессивности у детей становятся факторами, которые определяют

возникновение агрессивности среди детей. Это могут быть высокая температура, духота в помещении. Громкие звуки и общий шум, которые усиливают возбуждение детей и впоследствии некоторые из них начинают злиться, драться или ругаться друг с другом. Также содержание загрязняющих веществ в воздухе, к примеру, задымлённость помещения в домашних условиях проживания ребёнка, могут спровоцировать проявления детской агрессивности.

Стоит отметить, что к причинам возникновения детской агрессивности в детском дошкольном коллективе относится высокая плотность детских групп в дошкольном образовательном учреждении, что является частым явлением в таких организациях по России. Такое состояние детских групп негативно влияет на качество и разнообразие двигательной активности детей, свободной деятельности в групповом помещении, повышает уровень шума, а также препятствует получению внимания педагогов каждым ребёнком и снижает качество профилактических и коррекционно-развивающих мероприятий.

Ещё одна причина появления проявлений агрессивности у детей старшего дошкольного возраста – это нарушение режима дня. Режим дня предполагает гармоничное для физического и психического здоровья ребёнка распределение свободного времени и времени для образовательной деятельности, определённый порядок удовлетворения физиологических потребностей ребёнка – время прогулки, сна и бодрствования, приёма пищи. Правильное распределение режимных моментов способствует нормальному функционированию организма ребёнка, что ведёт за собой хорошее самочувствие ребёнка, хорошее настроение, достаточный уровень работоспособности и благоприятные условия для развития психики ребёнка, а также его физического развития.

Агрессивное поведение у ребёнка начинает проявляться и впоследствии закрепляться в тех ситуациях, когда ребёнок видит проявления агрессивности

со стороны других детей во время ссор, драк, случаях детской травли. Дети, проявляющие агрессивность, могут достичь лидерских позиций в коллективе, и другие дети могут перенимать такие способы взаимодействия с детьми. Также и ситуации проявления некомпетентности педагогов в дошкольных образовательных учреждениях могут стать для ребёнка примером, причиной, запускающей механизм формирования и, в возможном будущем, закрепления проявлений агрессивного поведения. Воспитатели могут кричать на детей, публично наказывать, ругать ребёнка за проступки, при этом сам ребёнок может проявлять в следствии этого агрессивность из-за обиды, и другие дети, увидевшие такое поведение со стороны педагога, могут перенять его, так как взрослый для детей дошкольного возраста является примером для подражания.

Агрессивное поведение – это также и следствие неправильного воспитания ребёнка. Такое воспитание заключается в том, что родители ребёнка не смогли научить его адекватно себя вести в различных жизненных ситуациях, событиях, с которыми он постоянно сталкивается в своей жизни.

Детская агрессивность может быть реакцией на развод родителей. В дальнейшем эта причина может спровоцировать появление необоснованных проявлений агрессивного поведения, ребенок не сможет понять, что у него могло вызвать вспышку негативных эмоций, он не сможет объяснить взрослым, что может его раздражать и расстраивать [10].

Дети берут модели поведения у тех, кто их чаще всего окружает. Во-первых, это, конечно же, семья. Родители могут не задумываться о том, что ребенок может перенять их поведение, когда они могут вести себя агрессивно в отношениях друг с другом, с незнакомцами и даже со своим ребенком. Ребенок может позаимствовать агрессивные реакции у родителей, а родители, не зная об этом, могут их усилить и закрепить [12]. Во-вторых, ребенок может научиться агрессивному поведению в ходе игр со сверстниками, понимая преимущества такой модели поведения, например, ударить или накричать на

более слабого сверстника. И в-третьих, ребенок может заимствовать агрессивные реакции, глядя на сцены насилия по телевизору или играя в компьютерные игры, где присутствуют сцены убийств.

В психолого-педагогической литературе существует несколько причин агрессивного поведения детей: неблагоприятные условия социальной жизни детей; неправильное семейное воспитание; отсутствие должного внимания психологов и педагогов к психическому и психологическому состоянию детей, большое количество сцен насилия в СМИ, фильмах, интернете. Не стоит исключать некоторые особенности семейного воспитания, так как причиной появления агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста могут быть особенности семейного воспитания. Такими признаками могут быть отторжение ребенка или, наоборот, чрезмерная забота, насилие в семье, демонстрация агрессивного отношения родителей к окружающим их людям.

Стоит отметить, что имеется ряд причин, которые провоцируют агрессивное поведение у старших дошкольников:

- привлечение к себе внимания;
- стремление достичь личного превосходства через подавление других сверстников;
- стремление защитить себя или отомстить другому ребёнку;
- стремление к лидерству;
- стремление получить желаемый предмет.

Очевидно, что большинство проявлений агрессивного поведения наблюдается, когда ребенок хочет защитить свою позицию или установить и сохранить свое превосходство над другими, то есть агрессивное поведение используется как средство достижения целей. Это означает, что, когда ребенок достигает цели, ребенок получает удовлетворение от результата, и агрессивное поведение прекращается, пока ребенку ничего не требуется.

Таким образом, во многих случаях агрессивное поведение детей носит инструментальный характер. Однако в то же время некоторые дети испытывают агрессивное поведение, направленное только на причинение вреда другим. Например, мальчик с группой друзей прячет игрушку сверстника и наблюдает, как последний пытается найти ее, или девушка намеренно портит рисунки или поделки соседнего мальчика и смеется над тем, как он нервно начинает плакать. Унижение или даже причинение физической боли сверстнику приводит к удовлетворению ребенка, и агрессивное поведение является самоцелью. Такое поведение свидетельствует о склонности ребенка к враждебности и жестокости. Следует отметить, что у детей дошкольного возраста присутствуют все виды агрессивности: агрессивные фантазии, косвенные и прямые проявления вербальной агрессивности, косвенные и прямые проявления физической агрессивности. Дети, склонные к насилию, отличаются тем, что для них характерны частые агрессивные действия, направленные на причинение физической боли сверстникам и психологический вред.

Необходимо приглядеться к характерологическим особенностям агрессивных детей, а также их семей, так как эти особенности могут дать направление, в котором можно построить коррекционную работу. Выделение данных особенностей является важным потому, что именно эти особенности детей с агрессивным поведением являются предметом коррекционной работы. Т.П. Смирнова выделяет три важные характерологические особенности агрессивных детей:

- дети имеют высокий уровень личностной тревожности;
- имеют неадекватную самооценку, чаще низкую;
- чувствуют себя отверженными.

Таким образом, в основе агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста могут быть разные мотивы. Обычно, когда дети усваивают правила поведения, проявления агрессивного поведения могут

смениться социально одобряемыми формами поведения. Но у некоторых детей агрессия может сохраниться, развиваться, становясь устойчивым качеством личности. Такие дети имеют значительно более выраженную склонность к агрессивности.

### **1.3. Особенности личности и социального развития часто болеющих детей старшего дошкольного возраста**

Термин «часто болеющие дети» достаточно широко известен как в медицине, так и в различных направлениях психологии. В настоящее время в России проблема часто болеющих детей особенно актуальна. По данным диспансерных осмотров детского населения соматический статус «часто болеющий ребенок» имеет каждый четвертый ребенок. При этом качестве основных характеристик соматического статуса ребенка рассматривают его физическое и нервно-психическое развитие, функциональное состояние, резистентность по отношению к острым заболеваниям, наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития.

В настоящее время, говоря о категории часто болеющих детей, под этим понятием подразумеваются дети, которые часто и длительно болеют острыми респираторными заболеваниями, например, ОРЗ и ОРВИ, а частота заболеваний в год может быть от 4-5 и более раз [11]. Статус ЧБД не является нозологической единицей и не может быть самостоятельным диагнозом, использование этого термина допустимо лишь для выделения детей со сниженной устойчивостью к острым заболеваниям. Наличие детей, относящихся к часто болеющим требует проведения их тщательного и регулярного обследования, а также специальных мероприятий лечебного и оздоровительного характера.

В возникновении частых заболеваний детей выделяют ряд факторов, которые делятся на три группы:

- 1) Медико-биологические факторы (анатомически и физиологически обусловленные симптомы, например, поздний старт иммунной системы;

неблагоприятное перинатальное развитие ребенка; неблагоприятное постнатальное развитие; нерациональное питание ребенка; повторное назначение антибиотиков и других препаратов; наличие в анамнезе у родителей хронических заболеваний, злокачественных новообразований, аллергических и других заболеваний; низкая медицинская активность семьи, невыполнение указаний врача или отказ от медицинского лечения, дефекты ухода за ребенком).

2) Экологические факторы (неблагоприятные условия труда будущих родителей; неблагоприятная экологическая обстановка в месте жительства; неблагоприятные жилищные условия; низкий уровень санитарной и экологической культуры и вредные привычки родителей).

3) Социально-психологические факторы (низкий уровень образования родителей; низкий материальный достаток семей; хроническая психотравмирующая ситуация в семье: неполная семья или конфликт между супругами; неадекватный стиль родительского воспитания; дефицит свободного времени у родителей; неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего, матерей; поступление детей в дошкольные учреждения; стрессовые ситуации в ходе пребывания в дошкольном образовательном учреждении, влекущие за собой психологическое и физическое переутомление, негативные эмоции, аффективные вспышки, истощение) [11].

Больные дети старшего дошкольного возраста ввиду частого нахождения дома бывают склонны к самостоятельной познавательной деятельности. Совмещая эту особенность и фактор частых и иногда длительных периодов болезни, следует отметить, что дети в этом случае могут сталкиваться с затруднениями в осуществлении самостоятельной деятельности, поэтому они начинают постепенно планировать своё время на выполнение каких-либо дел, когда они находятся дома, постепенно дети начинают анализировать свои действия и действия окружающих. Такие

особенности в дальнейшем закрепляются и реализуются не только в условиях домашнего времяпрепровождения, но и в условиях дошкольного образовательного учреждения. Однако обратная ситуация может наблюдаться при тяжело переносимых ребёнком заболеваниях, когда всякая деятельность уходит на второй план в следствие слабости организма и трудности в выполнении какой-либо физической или интеллектуальной деятельности на фоне плохого самочувствия.

Социальная ситуация развития часто болеющего ребёнка имеет ряд особенностей. Так как ребёнок из-за частых и длительных заболеваний большую часть времени проводит дома и члены семьи показывают свою обеспокоенность состоянием здоровья ребёнка достаточно открыто или и вовсе гиперболизировано, то в таком случае у ребёнка формируется чрезмерная зависимость от взрослого, а также повышенная тревожность, которую ребёнок может перенять от близких ему взрослых. Так как в старшем дошкольном возрасте идёт активное развитие как эмоциональной сферы, так и когнитивной, из-за осознания ребёнком возможной опасности болезни тревожность может быть наиболее выраженной, нежели в более раннем возрасте. Также стоит заметить, что у данной категории детей бывает нарушена структура семьи, так как отец может отстраняться от матери с ребёнком в период болезни. На фоне более тесной связи с матерью у ребёнка может развиваться инфантилизм [9].

Во многих исследованиях соматически больных детей всегда говорится, что психическое развитие длительно болеющего ребенка отличается определенной спецификой. Например, патопсихолог Николаева В.В. подчеркивает, что ситуация хронического соматического заболевания воспринимается как кризисная ситуация как для психического развития в целом, так и для развития личности. Стоит отметить, что в основном хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности и нередко становятся у детей

источником задержки общего и психического развития. Например, стойкая астения понижает общий психический тонус и, как следствие, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы. Как отмечает Д. Н. Исаев, состояние психического здоровья соматически больного ребенка варьирует от абсолютного благополучия до выраженного отклонения в психическом развитии. Автором выделяется 4 группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья. Первая группа — это совершенно здоровые дети с нормальной адаптацией к режимным условиям дошкольного учреждения. Вторая группа — дети имеют незначительные функциональные нарушения, такие, как утомляемость, частые смены настроения, нарушения сна, аппетита. Третья группа — дети с тревожными состояниями, они не уверены в своих силах, обидчивы, мнительны, на занятиях и во время игр они быстро утомляются, часто жалуются на головные боли или тошноту, родители могут предупреждать об аллергических реакциях на какие-либо продукты питания, моющие средства и другие вещества. Четвертая группа — дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации. У детей второй группы психическое состояние по большей части зависит от психологических факторов, а у детей 3-й и 4-й групп — от биологических факторов.

В многочисленных исследованиях особенностей психического развития детей с соматическими расстройствами подчеркивается негативная роль тревожности как детерминирующего фактора формирования личности ребенка. Личностная тревожность формирует готовность к возникновению тревожных реакций у детей с частыми заболеваниями, что приводит к нарушению адаптации в период заболевания и лечения. Кроме тревожности выделяется эмоциональность, присущая детям дошкольного возраста. Она может проявляться как в позитивных, так и в негативных реакциях ребенка на окружающих его взрослых и других детей, предметов, результаты

собственной деятельности ребёнка. При определенных условиях, эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовать формированию эмоционального напряжения. Это может привести ребенка к невротическим или соматическим расстройствам.

Развитие ребенка в условиях болезней влияет на формирование его личности. Понятию «Я» у таких детей соответствует негативный образ, они сопровождают его отрицательными комментариями, за ним скрывается отвращение к себе, неудовлетворенность своим внешним видом, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно двойственное отношение к заболеванию. Таким образом, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь их останавливает: они не могут ходить в гости, выходить на улицу, им нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье [9].

Некоторые исследования показывают, что болезнь является в определенном смысле приятным условием жизни для самого ребёнка, так как у него появляется возможность больше времени проводить с матерью, быть в центре её внимания, получать больше поддержки и заботы со стороны близких. Ребёнок начинает понимать, что во время болезни его будут больше жалеть, относиться более снисходительно и проводить с ним много времени. Однако стоит отметить, что дети в старшем дошкольном возрасте, не понимая причин болезни, считают, что болезнь – это наказание. Хотя отношение к состоянию болезни зависит от индивидуального опыта ребёнка, особенностей характера, а также от последствий и тяжести болезни, всё же решающим фактором, определяющим отношение ребёнка к болезни, прежде всего, является отношение родителей и других близких членов семьи к состоянию ребёнка во время болезни и представление взрослых о ней.

Дети старшего дошкольного возраста не могут понять и осознать собственное состояние болезни, осознать тяжесть и последствия болезни. Это

связано с тем, что у детей данного возраста ещё не сформировано чёткое отношение как к ситуации, так и к самому себе. Поэтому для ребёнка болезнь – это ограничение привычной жизни. Для ребенка опасность для жизни существует только в форме ограничений, его отношение к себе наполнено непосредственно-чувственным содержанием, главное для него – настоящее время. Собственно психологические средства совладания с болезнью у старших дошкольников еще не сформированы.

Помимо выше перечисленных особенностей личности выделяются и другие типичные для больных детей особенности:

- при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности, отношение к себе непосредственно-чувственное;
- у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками, во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе;
- активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград, создаваемых болезнью, в реализации жизненно важных потребностей;
- слабо сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции;
- присутствует стремление к компенсации дефекта;
- нет развернутого жизненного плана, то есть нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее;
- основная направленность желаний болеющих детей – предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания. В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и взаимодействие с другими людьми;

- уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников [9].

Изучение особенностей развития соматически больного ребенка и профилактика негативных последствий заболевания являются достаточно актуальными проблемами современности. После оценки ситуации развития соматически больного ребенка с учетом всех её компонентов появляется возможность выяснить и понять, как возникают и развиваются определенные психологические новообразования в результате возрастного развития ребенка.

## ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

### 2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых

Исследование проводилось на базе одного из дошкольных образовательных учреждений города Красноярска.

Для формирования эмпирической выборки нами было взято 17 часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и 17 детей данного возраста, болеющих 1-2 раза в год, т.е. не относящихся к категории ЧБД.

Для изучения особенностей проявления агрессивного поведения были выбраны проективные методики «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич и проективный тест «Рука» Э. Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой, направленные на глубинное исследование личности и выявление личностных особенностей.

Анализ проективной методики «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич проходит по двум группам аспектов – формальные и содержательные аспекты анализа. К формальным аспектам относятся семантика расположения рисунка в пространстве листа и графологический аспект, т.е. характер прорисовки линий и направление их рисования. К содержательному аспекту анализа рисунка относятся анализ частей тела нарисованного существа, того, кем оно является – угрожающим, угрожаемым или нейтральным животным, наличия каких-либо необычных деталей в рисунке, а также названия животного.

Анализ ответов по проективному тесту Э. Вагнера «Рука» в адаптации Т.Н. Курбатовой разнятся по 9 категориям [20]:

1. Активность (Акт.) – рука воспринимается как доминирующая, наносящая повреждения, активно захватывающая какой-либо предмет.
2. Пассивность (Пас.) – рука не изменяет физическое положение или пассивно подчиняется силе тяжести.

3. Тревожность (Тр.) – в ответах передаются ощущения напряжения, дискомфорта ребёнка, неуверенность и ожидание возможной агрессии со стороны внешнего мира.

4. Агрессивность (Агр.) – рука наносит удар или иные повреждения, использует предметы для нападения, агрессии.

5. Директивность (Дир.) – рука ведущая, направляющая, препятствующая, господствующая над другими людьми.

6. Коммуникация (общение) (Ком.) – рука делает попытку общаться с кем-либо или общается, стремится установить контакты.

7. Демонстративность (Дем.) – рука принимает участие в каком-либо действии, в котором она что-то демонстрирует и проявляет себя.

8. Зависимость (Зав.) – рука выражает подчинение другим лицам или ищет поддержки, помощи со стороны других лиц.

9. Физическая дефицитарность (ущербность) (Деф.) – рука повреждена, больна, деформирована.

Основным количественным показателем теста является коэффициент тревожности (ожидаемой агрессии), который рассчитывается по следующей формуле:  $K(тр) = \frac{Акт.+Агр.+Дир.+Дем.}{Тр.+Пас.+Зав.+Дир.}$ . Если данный коэффициент больше 1, то это свидетельствует о том, что у ребёнка проявляется агрессивное поведение инстинктивно, если коэффициент меньше 1, то о том, что ребёнок ожидает агрессию извне, ребёнок тревожен по поводу агрессивного поведения окружающих.

Также учитываются коэффициент психической активности и коэффициент личностной дезадаптации. Коэффициент общей психической активности рассчитывается по следующей формуле:  $K(акт.) = \frac{Акт.+Агр.+Дир.}{Пас.+Зав.+Деф.}$ . Коэффициент личностной дезадаптации рассчитывается по формуле:  $K(дез.) = \frac{Акт.+Ком.+0,5 Дир.+0,5 Дем.}{Пас.+Тр.+Зав.}$

На основании анализа рисуночной методики «Несуществующее животное» и проективного теста «Рука» можно сделать выводы относительно особенностей проявления агрессивного поведения участников исследования. Однако на основе результатов данных методик нельзя делать однозначных выводов касательно проявлений агрессивного поведения у конкретного ребёнка, но можно планировать и проводить мероприятия с использованием психолого-педагогических средств по снижению уровня агрессивного поведения профилактического и коррекционного характера.

## 2.2. Результаты проведения диагностики

В данном параграфе представлены особенности проявлений агрессивного поведения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста относительно группы здоровых детей.

В ходе диагностики агрессивного поведения двух групп детей при помощи методики «Несуществующее животное» были получены следующие результаты, представленные на рис. 1.



Рис. 1. Распределение участников по показателям, характеризующим особенности проявления агрессивного поведения у группы ЧБД и группы «здоровых» детей (методика «Несуществующее животное»).

В ходе исследования было выявлено, что в группе часто болеющих детей у 5,8% детей имеются тенденции к вербальной и физической агрессии. У 35,3% агрессивное поведение проявляется в ситуациях защиты, когда им кажется, что их обижают сверстники. У 58,9% детей на рисунках не было выявлено элементов, которые указывали бы на проявления агрессивного поведения.

В группе здоровых детей у 35,3% в рисунках отмечаются тенденции к физической и вербальной агрессии. У 23,5% детей агрессивное поведение проявляется только в целях защиты, у 41,2% детей данной группы не было выявлено элементов, указывающих на проявления агрессивного поведения.

В результате анализа данных по этой методике обратим внимание на группу часто болеющих детей. Было обнаружено, что у детей данной группы агрессивное поведение встречается реже, чем в группе «здоровых» детей. Оно проявляется в основном в словесных и физических формах в ситуациях нападения на окружающих. У большего количества детей агрессивное поведение проявляется в ситуациях, когда им нужно защитить себя от агрессии других, что может свидетельствовать о тревожности данной подгруппы.

В ходе проведения проективной методики «Рука» были получены следующие результаты, представленные на рис. 2.

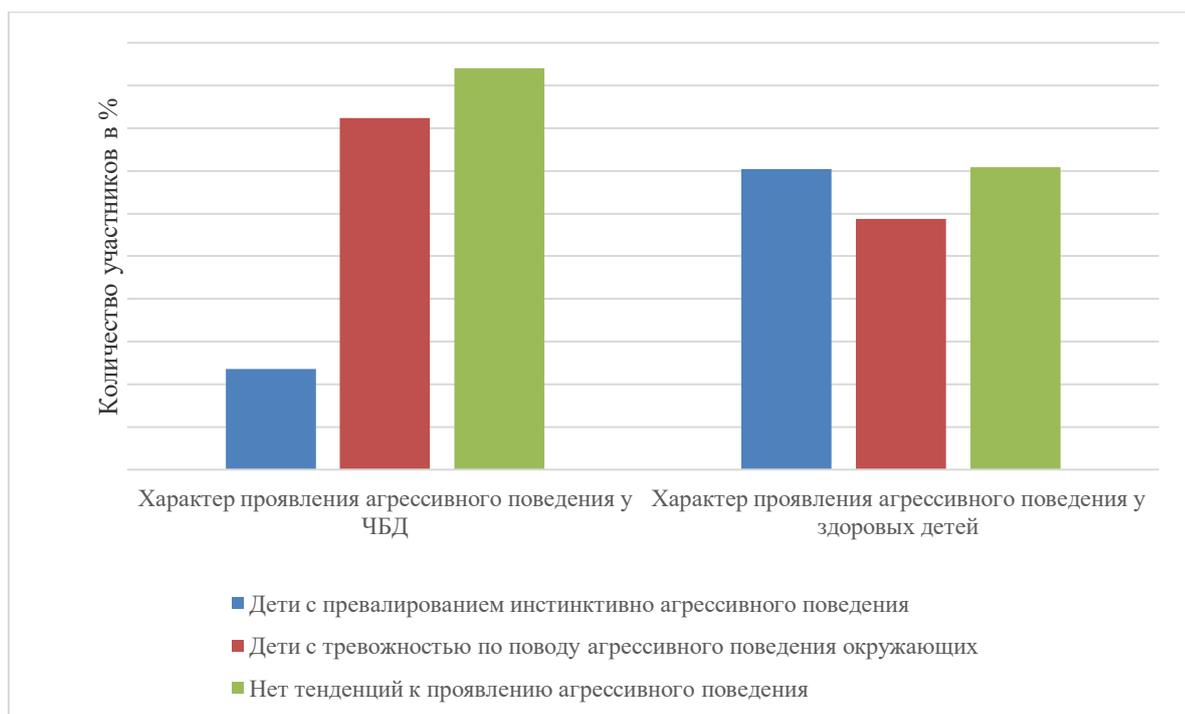


Рис. 2. Распределение участников по показателям, характеризующим особенности проявления агрессивного поведения (проективный тест «Рука» Э. Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой).

В ходе исследования было выявлено, что в группе часто болеющих детей у 11,8% детей имеются тенденции к инстинктивно агрессивному поведению. По результатам диагностики коэффициент тревожности у этих детей был больше 1, коэффициент общей психической активности больше 1, коэффициент личностной дезадаптации был больше 1. Участники проецировали на изображения рук преимущественно членов своей семьи, реже дети указывали на воспитателя или детей из своей группы.

У 41,2% проявляется тенденция опасаться агрессивного поведения со стороны других. По результатам диагностики  $K(тр.)$  у этих детей меньше 1,  $K(акт.)$  – больше 1,  $K(дез.)$  – больше 1. Участники данной категории в ответах чаще проецировали на изображения рук своих сверстников, членов семьи, реже – сверстников из своей группы, с которыми они в хороших отношениях.

У остальных же участников (47%) по результатам анализа их ответов  $K(тр.)$  больше 1,  $K(акт.)$  больше 1 и  $K(дез.)$  также больше 1. В своих ответах дети часто проецировали на изображения рук своих сверстников из группы,

говоря о них, как о друзьях, также был указан воспитатель. В целом ответы не указывали на то, что у данных детей имеются тенденции к проявлениям агрессивного поведения.

В группе здоровых детей 35,2% детей имеют тенденцию к инстинктивно агрессивному поведению. У 29,4% детей наблюдается тенденция к опасению агрессивного поведения со стороны окружающих. У 35,4% детей данной группы не было выделено тенденций к проявлениям агрессивного поведения.

В результате анализа данных по этой методике обратим внимание на группу часто болеющих детей. Было снова обнаружено, что у детей данной группы агрессивное поведение встречается реже, чем в группе «здоровых» детей и превалирует тревожность, нежели агрессивное поведение.

По итогу проведённой диагностики и интерпретации полученных результатов, можно отметить, что часто болеющие дети, по сравнению со здоровыми сверстниками, в большей степени испытывают состояния тревожности, беспокойство, привлекают к себе внимание, чтобы их защитили, что может говорить о робости и слабых адаптивных способностях к окружающей социальной действительности. В группе часто болеющих детей отмечается в большей мере выраженное отклоняющееся поведение, что может объясняться тревожностью и беспокойством детей, которые маскируются агрессивным поведением, капризами, негативизмом. В теоретической части данного исследования было указано, что часто болеющие дети отличаются от своих более здоровых сверстников более низкой самооценкой, которая вызвана неудовлетворением потребностей [11]. У часто болеющих детей это проявляется в неуверенности в своих силах, поступках, тревожности в разных видах деятельности, в том числе и общении со сверстниками и взрослыми (педагогами). Дети, несмотря на важность для них контактов с социумом, могут испытывать страх в общении с другими людьми, который также может прикрываться проявлениями агрессивного поведения [10].

### **2.3. Рекомендации для педагогов по работе с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста с агрессивным поведением**

Практически в каждой группе в дошкольном образовательном учреждении есть дети с признаками агрессивного поведения. Они могут нападать на других детей, обзывать и бить их, отбирать и ломать игрушки, сознательно использовать грубые выражения. Что касается часто болеющих детей, это может быть вызвано тем, что у этих детей возникают проблемы с установлением контактов с остальными детьми в группе, поскольку из-за частых заболеваний посещаемость детского сада низкая, а время на развитие межличностных отношений часто больные дети крайне недостаточно. Однако ребенок с агрессивным поведением, как и любой другой, нуждается во внимании и помощи взрослых, поскольку проявление агрессивного поведения, как правило, является отражением неспособности должным образом реагировать на внешние события, выражением собственного недовольства и дискомфорта.

Воспитатели не всегда понимают мотивы агрессивного поведения ребенка, причины агрессивных действий и высказываний, хотя ребенок понимает, что наказание может исходить и от взрослых, и от сверстников в виде ответных проявлений агрессивного поведения или жалоб воспитателю. Но, как уже было сказано выше, агрессивное поведение для такого ребенка - это просто способ привлечь внимание окружающих.

В работе педагогов с часто болеющими детьми с проявлениями агрессивного поведения выделяются следующие принципы [30]:

- контакт с ребенком;
- уважение личности ребенка;
- позитивное внимание к внутреннему миру ребенка;
- непредвзятое восприятие личности ребенка, его принятие в целом;
- сотрудничество с ребенком – оказание конструктивной помощи в решении проблемных ситуаций и развитие навыков саморегуляции.

На основе выше перечисленных принципов были составлены рекомендации для педагогов по работе с часто болеющими детьми с агрессивным поведением:

1) Педагогу необходимо показывать детям, что он понимает чувства детей, не игнорировать факты проявления агрессивного поведения. Часто болеющие дети ищут внимания, поэтому нужно дать им понять, что они важны в группе так же, как и остальные сверстники.

2) В ситуациях, когда часто болеющий ребёнок демонстрирует агрессивное поведение, не стоит пресекать его, а нужно позволить ребёнку отреагировать в ситуации, чтобы негативные эмоции нашли выход и не накапливались у ребёнка. Однако в случае, если ребёнок может нанести физический вред другим детям, то педагогу стоит вмешаться, позволить ребёнку успокоиться, после чего можно поговорить с ним.

3) Педагогу не стоит показывать часто болеющему ребёнку своего негативного отношения к проявлениям агрессивного поведения. Необходимо мягко обозначить факт агрессивного поведения, высказывая ребёнку свои предположения, что могло спровоцировать проявление агрессивности.

4) При обсуждении с ребёнком его поведения педагог должен говорить о настоящем моменте, не вспоминая уже давно прошедших поступков ребёнка.

5) Педагогу может помочь техника общения «Я-сообщение». Говоря об агрессивном поведении с ребёнком, педагог может выразить свои чувства, не обвиняя при этом ребёнка, в спокойной, конструктивной форме. Используя данную технику, педагог сможет наладить с ребёнком контакт и получить от него обратную связь. Также данная техника позволит педагогу продемонстрировать ребёнку более конструктивный способ выражения своих чувств.

6) В обсуждении агрессивного поведения педагог должен проявлять заинтересованность в ребёнке и доброжелательность по отношению к нему, но

в своих замечаниях стоит проявить твёрдость. Так ребёнок сможет понять, что хоть педагог и против его агрессивности, но всё же ценит и заботится о нём.

7) Не стоит сравнивать ребёнка со сверстниками. Так как у часто болеющих детей низкий уровень самооценки, исправить это будет ещё более затруднительно и выстроить конструктивное общение с ребёнком будет сложно и в определённой степени бесполезно. Ребёнок будет думать, что он хуже остальных сверстников и его агрессивность может повыситься, так внимания ребёнку будет всё равно не хватать.

8) Педагогу не стоит публично обсуждать поступки ребёнка, необходимо поговорить с ним наедине.

9) В обсуждении с часто болеющим ребёнком его проявлений агрессивного поведения, педагог может позволить ребёнку самостоятельно найти решение обсуждаемой ситуации. Таким образом, ребёнок сможет почувствовать себя уверенней в том, что он может самостоятельно преодолеть негативные эмоции и разрешить трудности в какой-либо деятельности или в общении с другими людьми.

Для большей эффективности поддержки детей педагогами также рекомендуется проведение игровых упражнений, которые направлены на снятие как физических, так и вербальных проявлений агрессивного поведения, а также помогают часто болеющим детям включиться в детский коллектив и настроиться на взаимодействие с ним.

#### **«Обзывалки»**

Цель: снять вербальную агрессию, помочь детям выплеснуть гнев в приемлемой форме.

Инструкция: Перед началом игры нужно дать детям следующую инструкцию: «Ребята, передавая мяч по кругу, давайте называть друг друга разными необидными словами (заранее обговаривается условие, какими «обзывалками» можно пользоваться. Это могут быть названия овощей, фруктов, грибов или мебели). Каждое обращение должно начинаться со слов:

«А ты, ...морковка!» Помните, что это игра, поэтому обижаться друг на друга не будем. В заключительном круге обязательно следует сказать своему соседу что-нибудь приятное». Данное упражнение полезно не только для агрессивных, но и для обидчивых детей. игра должна проходить в быстром темпе, обязательно нужно предупредить детей, что это игра и не стоит друг на друга обижаться [14].

### **«Маски»**

Цель: научить в приемлемой форме выплеснуть накопившийся у агрессивного ребенка гнев.

Для данного упражнения будут нужны краски, фломастеры, цветные карандаши, восковые мелки (такое разнообразие средств изобразительности предоставит детям возможность выбрать, чем они захотят рисовать), а также бумага, ножницы и липкая лента (лучше использовать пластырь). На бумаге рисуются страшные маски, затем каждый участник примеряет себе любую, остается в ней какое-то время. Можно включить детям музыку, чтобы они потанцевали под неё «дикие» танцы, побегали, погонялись друг за другом. Затем происходит ритуал снятия масок, все берутся за руки, улыбаются друг другу, можно плавно потанцевать [14].

### **«Тряпичная кукла и солдат»**

Цель: помочь детям расслабиться в тех случаях, когда они сильно напряжены. Быстро напрячь мускулы и затем их отпустить — это испытанный и надежный способ расслабиться.

Инструкция: Педагог просит детей расположиться в групповом помещении так, чтобы вокруг каждого ребёнка было достаточно свободного места для движений. Далее педагог даёт инструкцию детям: «Полностью выпрямитесь и вытянитесь в струнку, как солдат. Застыньте в этой позе, как будто вы одеревенели, и не двигайтесь, примерно вот так... (Покажите детям эту позу.) А теперь наклонитесь вперед и расставьте руки, чтобы они болтались как тряпки. Станьте такими же мягкими и подвижными, как

тряпичная кукла. (Покажите детям и эту позу.) Слегка согните колени и почувствуйте, как ваши кости становятся мягкими, а суставы очень подвижными... Теперь снова покажите солдата, вытянутого в струнку и абсолютно прямого и негнущегося, как будто вырезанного из дерева. (10 секунд.) Теперь опять станьте тряпичной куклой, мягкой, расслабленной и подвижной».

Педагог просит детей попеременно быть солдатом и тряпичной куклой до тех пор, пока у него не сложится впечатление, что дети уже вполне расслабились. После детям даётся следующая инструкция, педагог показывает все движения детям в пример: «Теперь встряхните руками, как будто вы хотите стряхнуть с них капельки воды. Стряхните капельки воды со спины... Теперь стряхните воду с волос... Теперь — с верхней части ног и ступней...» [33].

### **«Король»**

Цель: дать детям возможность на некоторое время оказаться в центре внимания, при этом не смущая и не обижая никого из группы. Наиболее полезна она для стеснительных и агрессивных детей. Они получают право высказывать все свои желания, не боясь «потерять лицо». В роли короля дети смогут открыть в себе новые качества.

Инструкция: Педагог предлагает детям сыграть в игру и рассказывает им правила: «Кто из вас когда-нибудь мечтал стать королем? Какие преимущества получает тот, кто становится королем? А какие неприятности это приносит? Вы знаете, чем добрый король отличается от злого?»

Я хочу предложить вам игру, в которой вы можете побыть королем. Не навсегда, конечно, а всего лишь минут на десять. Все остальные дети становятся слугами и должны делать все, что приказывает король. Естественно, король не может отдавать такие приказы, которые могут обидеть или оскорбить других детей, но он может позволить себе многое. Он может приказать, например, чтобы его носили на руках, чтобы ему кланялись, чтобы

подавали ему питье, чтобы слуги были у него «на посылках» и так далее. Кто хочет стать первым королем?»

Педагогу необходимо сказать детям, что королём сможет побыть каждый. За один раз в этой роли могут побыть два-три ребенка. Когда время игры закончится, соберите всю группу в круг и обсудите полученный в игре опыт, эмоции и чувства. Это поможет каждому ребёнку понять свои желания и сопоставить их с возможностями остальных детей и стать в игре добрым королем [32].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К категории часто болеющих детей относятся те дети, которые часто и длительно болеют острыми респираторными заболеваниями, например, ОРЗ и ОРВИ, а частота заболеваний в год может быть от 4-5 и более раз. Агрессивное поведение таких детей может быть вызвано недостатком внимания со стороны сверстников в группе, взрослых, неудач в различных видах деятельности, низкой самооценки из-за сформированной негативной картины болезни и последствий заболевания. Для того, чтобы часто болеющий ребёнок мог чувствовать себя уверенней в условиях дошкольного образовательного учреждения, со стороны педагога необходимо внимание и поддержка такого ребёнка, помощь в адаптации к детскому коллективу после болезни, а в случаях проявления агрессивного поведения педагогу необходимо обсудить с ребёнком данное проявление агрессивности и направить ребёнка на преодоление негативных эмоций.

В ходе проделанной работы в первой главе были решены следующие задачи исследования: проведён анализ научной литературы по проблематике исследования, изучены особенности проявления агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста, рассмотрены особенности личности и социального развития часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Также был обозначен диагностический инструментарий исследования агрессивного поведения часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. В исследовании был использован проективный тест «Рука» Э. Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой и проективная методика М.З. Дукаревич «Несуществующее животное». Во второй главе нашей работы были проведена диагностическая работа с использованием подобранных методик и проанализированы полученные результаты. По результатам проведённых методик процент часто болеющих детей старшего дошкольного возраста относительно детей, болеющих 1-2 раза в год, был небольшим. По проективному тесту «Рука» агрессивное поведение проявляли 11,8% детей, по

проективной методике «Несуществующее животное» - 5,8%. Несмотря на небольшое количество детей с проявлениями агрессивного поведения среди часто болеющих, на основе полученных результатов были разработаны практические рекомендации для педагогов дошкольного образовательного учреждения по работе с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста с агрессивным поведением с целью поддержки данной категории детей со стороны педагогов дошкольного образовательного учреждения. Таким образом в нашем исследовании были решены поставленные задачи и достигнута цель научной работы.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агапов П.В. Эрих Фромм о человеческой агрессивности и деструктивности: опыт философско-антропологического анализа // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. 2012. № 6. С. 56-61.
2. Агрессия у детей и подростков: Учебное пособие / Под ред. Н.М. Платоновой. СПб.: Речь, 2006. 336 с.
3. Андреева Г.М. Социальная психология. М: Аспект Пресс, 1999. 375 с.
4. Андреева Г.М., Богомолова Н.Н., Петровская Л.А. Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: учеб. Пособие для вузов. М.: Аспект Пресс, 2002. 287 с. URL: [http://pedlib.ru/Books/2/0396/2\\_0396-49.shtml](http://pedlib.ru/Books/2/0396/2_0396-49.shtml) (дата обращения: 23.11.2018).
5. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. М.: Олма-Пресс, 2007. 510 с.
6. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция агрессивности. СПб.: Речь, 2008. 97 с.
7. Василькова Ж.Г. Клиническая психология детей и подростков: учебное пособие; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2015. 156 с.
8. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2015. 1008 с.
9. Груздева О.В. Методология и направления развития соматически больных детей дошкольного возраста в процессе становления их характера: монография / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2011. – 152 с.
10. Дубинин С.Н. Агрессивное поведение у детей и подростков как одна из форм девиантного поведения // Сибирский педагогический журнал. 2011. № 5. С. 98-116.

11. Доманецкая Л.В. Родители и часто болеющий ребёнок: общение в контексте психосоматического подхода: монография / Л.В. Доманецкая; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. – 304 с.
12. Ильясова В.И. Влияние телевидения и средств массовой информации на детей дошкольного возраста // Символ науки. 2016. № 4. С. 107-109.
13. Клопотова Е., Романова Ю. Компьютерные игры в жизни современных дошкольников // Дошкольное воспитание. 2014. № 7. С. 97-103.
14. Княжева Н.Л. Развитие эмоционального мира у детей. Ярославль, 1996. – 208 с.
15. Колосова С.Л. Агрессия и агрессивность // Школьный психолог. 2000. № 26. URL: <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200002601> (дата обращения: 22.11.2018).
16. Ласкин А.А. Причины детской агрессии и особенности семейного воспитания // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 6. С. 119-124.
17. Левитов Н.Д. Психические состояния агрессии // Вопросы психологии. 2014. № 6.
18. Мелешко Т.Б. Изучение агрессивного поведения детей старшего дошкольного возраста/Психология в России и за рубежом: материалы II междунар. науч. конф. СПб: Реноме. 2013. С. 34-39.
19. Мичурина Ю.А., Сарафанникова Н.С. К проблеме агрессивности у детей старшего дошкольного возраста // Международный студенческий научный вестник. 2015. № 5-2. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=13305> (дата обращения: 23.11.2018).
20. Опевалова Е.В. Психодиагностика: практикум. Комсомольск-на-Амуре: АмГПГУ, 2009. 243 с.
21. Пасечник Л. Агрессивное поведение дошкольников // Дошкольное воспитание. 2013. № 6. С. 84-89.

22. Пашина Л.А. Психоаналитическая интерпретация феномена социальной агрессивности // Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 25. С. 72-77.

23. Постникова Е.В. Информационная среда: новые возможности влияния СМИ, экранной культуры на современного ребенка // Совушка. 2016. № 4(6). URL: <https://kssovushka.ru/zhurnal/6/> (дата обращения: 17.11.2018).

24. Психологический словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., испр. и доп. М.: Политиздат. 494 с.

25. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности//Психологический журнал. 2014. № 5.

26. Смирнова Е.О. Детская психология: учебник для студентов пед. вузов, обучающихся по специальности «Дошкольная педагогика и психология». М.: Владос, 2012. 365с.

27. Смирнова Е.С. Игры, направленные на формирование доброжелательного отношения к сверстникам: Средний и старший дошкольник возраст/Дошкольное воспитание. 2014. № 8.

28. Становова А.Ю. Формирование положительных взаимоотношений между сверстниками как условие предупреждения агрессивного поведения у детей старшего дошкольного возраста//Научный альманах. 2016. № 3-2 (17). URL: <http://ucom.ru/doc/na.2016.03.02.297.pdf> (дата обращения 7.11.2018)

29. Романов А.А. Игротерапия: как преодолеть агрессивность у детей. Диагностические и коррекционные методики. Пособия для детских психологов, педагогов, дефектологов, родителей. М.: Школьная Пресса, 2013. 48 с.

30. Тимошок А.В. Агрессивное поведение детей дошкольного возраста // Современная психология: материалы Междунар. науч. конф. (г. Пермь, июнь 2012 г.). Пермь: Меркурий, 2012. С. 25-27. URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/34/2395/> (дата обращения 23.11.2018).

31. Токарь И. Детская агрессия: истоки и способы предупреждения // Воспитательная работа в школе. 2013. № 6. С. 66-70.
32. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Часть 1. М., 1998.
33. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Часть 2. М., 1998.
34. Фрейд З. Введение в психоанализ / Пер. с нем. Г.В. Барышниковой. М.: АСТ, 2016. 544 с.
35. Чижова С.Ю. Детская агрессивность / С.Ю. Чижова, О.В. Калинина. Ярославль: Академия развития, 2012. 160 с.
36. Чичерина А.В. Агрессивность у детей старшего дошкольного возраста // Научный альманах. 2016. № 9-2 (23). С. 338-340.
37. Шхахутова З. З., Ситкова А. В. Негативное воздействие СМИ на развитие и воспитание дошкольников // Концепт. 2014. № 5. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14133.htm> (дата обращения: 22.11.2018).
38. Azpiroz A., Garmendia L., Fano E., Sanchez-Martin J.R. Relations between aggressive behavior, immune activity, and disease susceptibility // Aggression and Violent behavior. № 4. 2003. С. 433-453.
39. Davey L., Day A., Howells K. Anger, over-control and serious violent offending // Aggression and Violent behavior. № 5. 2005. С. 624-635.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А

#### Содержание проективного теста «Рука» [19].

Проективный тест – проективная методика, направленная на изучение агрессивного отношения. Разработан Б. Брайклином, З. Пиотровским, Э. Вагнером.

Стимульный материал состоит из 9 изображений кистей рук и одной пустой карточки, при показе которой просят представить кисть руки и описать ее воображаемые действия. Изображения показываются последовательно.

Ребёнку дается инструкция ответить на вопрос о том, какое, по его мнению, действие выполняет нарисованная рука (или сказать, что способен выполнять человек с такой рукой). Допускается указывать для каждой карточки несколько вариантов действия.

Анализ ответов по проективному тесту Э. Вагнера «Рука» в адаптации Т.Н. Курбатовой разнятся по 9 категориям:

1. Активность (Акт.) – рука воспринимается как доминирующая, наносящая повреждения, активно захватывающая какой-либо предмет.
2. Пассивность (Пас.) – рука не изменяет физическое положение или пассивно подчиняется силе тяжести.
3. Тревожность (Тр.) – в ответах передаются ощущения напряжения, дискомфорта ребёнка, неуверенность и ожидание возможной агрессии со стороны внешнего мира.
4. Агрессивность (Агр.) – рука наносит удар или иные повреждения, использует предметы для нападения, агрессии.
5. Директивность (Дир.) – рука ведущая, направляющая, препятствующая, господствующая над другими людьми.
6. Коммуникация (общение) (Ком.) – рука делает попытку общаться с кем-либо или общается, стремится установить контакты.

7. Демонстративность (Дем.) – рука принимает участие в каком-либо действии, в котором она что-то демонстрирует и проявляет себя.

8. Зависимость (Зав.) – рука выражает подчинение другим лицам или ищет поддержки, помощи со стороны других лиц.

9. Физическая дефицитарность (ущербность) (Деф.) – рука повреждена, больна, деформирована.

В основе оценки ответов детей лежит количественный показатель тревожности или ожидаемой агрессии, который рассчитывается по следующей формуле:

$$K(\text{тр}) = \text{Акт.} + \text{Агр.} + \text{Дир.} + \text{Дем.} / \text{Тр.} + \text{Пас.} + \text{Зав.} + \text{Дир.}$$

Если данный коэффициент больше 1, то это указывает на то, что у ребёнка проявляется агрессивное поведение инстинктивно. В случае, когда коэффициент меньше 1, то это свидетельствует о том, что ребёнок ожидает агрессию извне, ребёнок испытывает тревожное состояние по поводу агрессивного поведения других.

Следующие показатели, которые учитываются при оценке ответов детей – это коэффициенты личностной дезадаптации психической активности. Коэффициент общей психической активности рассчитывается по следующей формуле:

$$K(\text{акт.}) = \text{Акт.} + \text{Агр.} + \text{Дир.} / \text{Пас.} + \text{Зав.} + \text{Деф.}$$

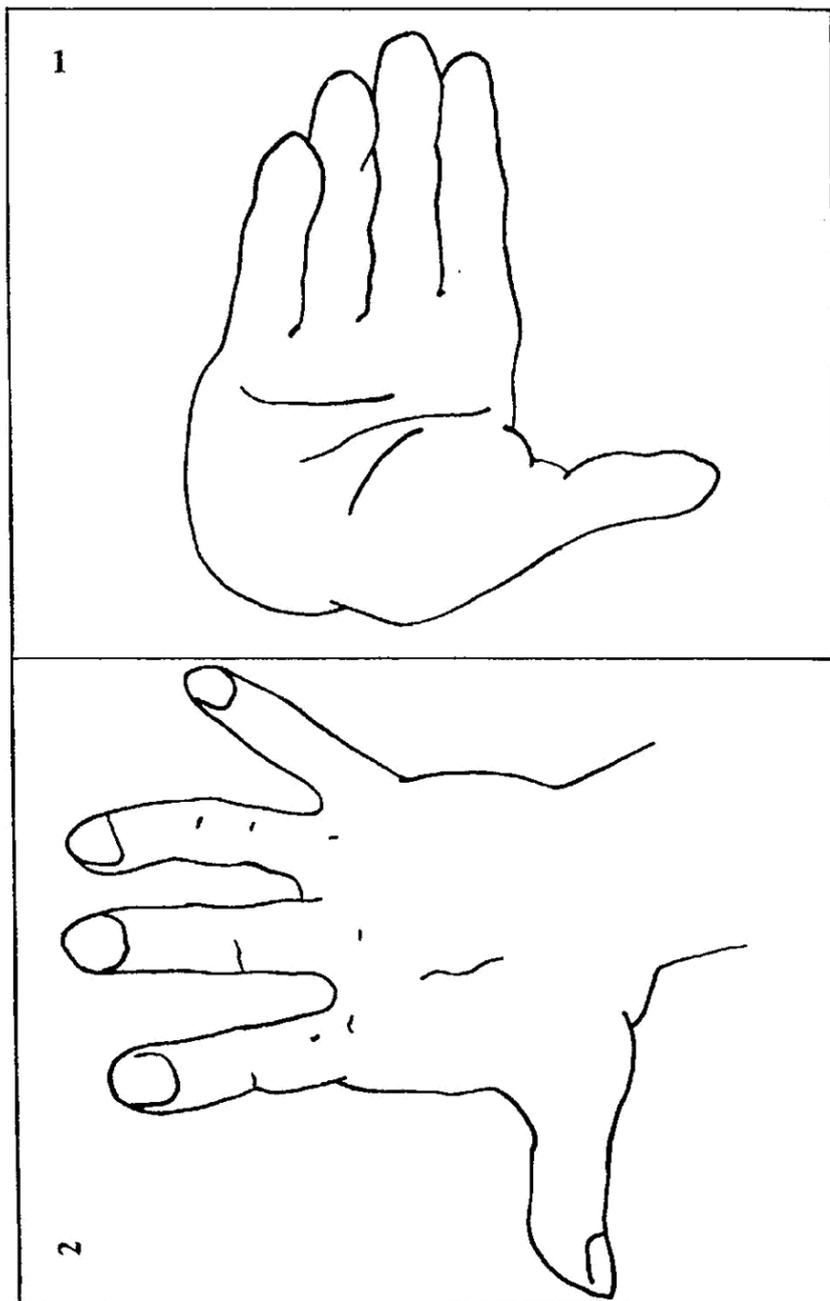
Коэффициент личностной дезадаптации рассчитывается по формуле:

$$K(\text{дез.}) = \text{Акт.} + \text{Ком.} + 0,5 \text{ Дир.} + 0,5 \text{ Дем.} / \text{Пас.} + \text{Тр.} + \text{Зав.}$$

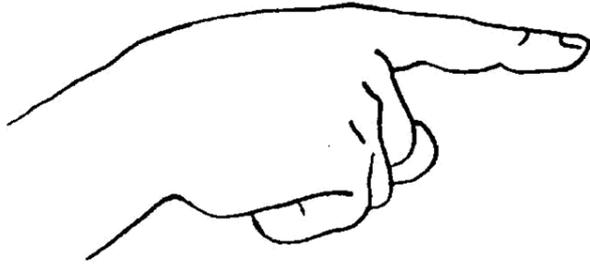
Стимульный материал к проективному тесту «Рука»

Приложения

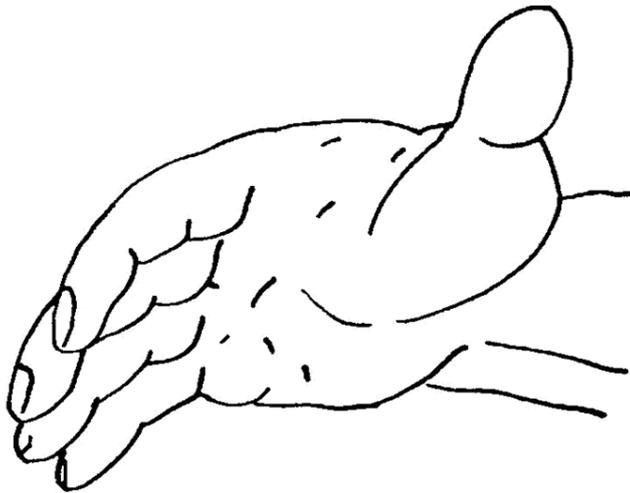
1. СТИМУЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ



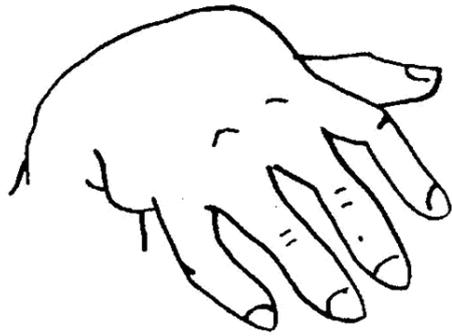
3



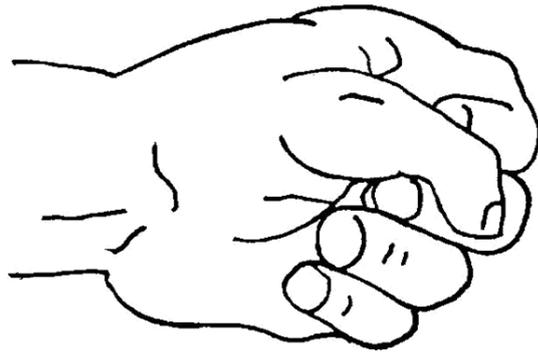
4



5



6



7



8





9

### Содержание проективной методики «Несуществующее животное» [20]

Проективная методика «Несуществующее животное» относится к разряду проективных. Предполагается, что в ситуации содержание рисунков придуманных детьми животных в основном определяется индивидуальным жизненным опытом каждого ребёнка.

Материал: простой карандаш средней твердости, неостро отточенный, т.к. только карандаш передает моторику руки, что очень важно при анализе; лист бумаги. Бумага должна быть ориентирована вертикально.

Инструкция: «Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим названием». Психологу необходимо уточнить ребёнку перед началом рисования, что нежелательно брать животное из мультфильмов, т.к. оно уже кем-то придумано.

Аспекты анализа рисунка разделяются на формальные и содержательные.

#### Формальный анализ рисунка

К формальному аспекту относятся: 1) семантика расположения в пространстве; 2) графологические признаки.

#### 1) Семантика пространства проективного рисунка

Как свидетельствует практика и экспериментальные исследования, пространство рисунка является семантически неоднородным. Пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым и бездеятельностью (т.е. с отсутствием активной связи между замыслом, планированием и его осуществлением), а пространство впереди и справа - с периодом будущего и активностью. Лист бумаги является двумерной проекцией этого пространства.

На листе левая сторона и низ рисунка связаны с отрицательно окрашенными эмоциями, депрессией, неуверенностью, пассивностью. Правая сторона (соответственно доминантной правой руке) и верх – с положительно

окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действий. В норме рисунок расположен по средней линии (или несколько левее) и чуть выше середины листа бумаги. Положение рисунка ближе к верхнему краю листа трактуется как высокая самооценка, неудовлетворенность собственным положением в обществе и недостаточным признанием окружающих, претензия на продвижение, тенденция к самоутверждению, потребность в признании.

Повышение положения рисунка на листе бумаги говорит о стремлении к эмоциональному восприятию окружающей среды, стремлении соответствовать высоким социальным стандартам. Увеличение структуры также связано с уменьшением фиксирования препятствий на пути достижения ситуационных потребностей. Позиция внизу листа является обратным показателем: отсутствие уверенности в себе, низкая самооценка, депрессия, нерешительность, отсутствие интереса к своему социальному положению, отсутствие желания быть принятым окружением, склонность к совершению препятствия на пути достижения ситуационных потребностей.

Правая и левая полуплоскость листа имеют противоположную коннотацию по оппозициям «пассивность – деятельность», «внутреннее – внешнее», «прошлое – будущее». Соответственно расценивается местоположение рисунка вправо и влево от средней линии листа, а также ориентация головы и тела животного вправо, влево, в фас. Местоположение скорее символизирует общую направленность в сторону достижения тех или иных состояний в рамках указанных оппозиций.

Голова, направленная вправо, – устойчивая тенденция к действию: почти все, что обдумывается и планируется, осуществляется или, по крайней мере, начинает осуществляться (если даже и не доводится до конца). Испытуемый настроен на реализацию своих намерений и установок.

Голова, направленная влево, говорит о том, что рисующий склонен прежде всего к размышлениям, нежели к активным действиям. Только

незначительная часть идей реализуется или, по крайней мере, начинает реализовываться. Часто это также нерешительность, боязнь действий. Это также может быть связано с отсутствием претензий на самоутверждение в области трансформационной деятельности за рубежом, отсутствием тенденции к доминированию, с фиксацией на любой ситуации в прошлом.

Положение «анфас», т.е. голова, направленная на рисовавшего, может трактоваться как эгоцентризм. Такое положение часто бывает сходно по значению в отношении описанных параметров уровня притязаний с поворотом влево. Иногда оно трактуется как прямота, бескомпромиссность, сформировавшиеся как реакция на глубинное чувство незащищенности.

Сдвиг рисунка вправо может говорить о том, что действия и мысли рисующего направлены в будущее, он стремится к контролю над ситуацией, ориентации на окружающих, экстраверсии. Сильный сдвиг вправо наблюдается достаточно редко и может быть связан с «бунтарством», неподчинением. Соответственно, повышено общее количество направленных вовне реакций и уровень агрессивности. Связь активного отстаивания собственной правоты со сдвигом вправо хорошо иллюстрирует связь рисунка с языковой метафорой.

Сдвиг рисунка влево имеет противоположное значение. Это акцентирование прошлого, нежелание участвовать в ситуации, склонность к принятию вины и ответственности на себя, застенчивость, интроверсия. Снижен уровень внешне-направленной агрессивности и реактивности. Двухголовые животные и рассматриваются как выражение противоречивых тенденций.

Необходимо также осторожно подходить к интерпретации рисунков, занимающих более 2/3 площади листа бумаги; а также к рисункам, выходящим за срез листа: они могут не подчиняться указанным семантическим закономерностям. Особую категорию составляют также маленькие рисунки, расположенные в левом верхнем углу листа. Этот тип локализации часто

свидетельствует о высокой тревожности, склонности к регрессивному поведению и эскапизму (желание выйти из ситуации, уход в прошлое либо в фантазию), избеганию новых переживаний.

Возможна выраженная дисгармония между самооценкой и уровнем притязаний (актуальным и идеальным образом «Я»). Эти рисунки также могут не подчиняться общим семантическим закономерностям.

Обобщая, можно сказать, что проективное пространство рисунка является символом всех возможных пространств, с помощью которых могут быть метафорически охарактеризованы личность и характер индивида. Чаще всего оно символизирует социальную среду в различных ее аспектах (ценностном, объектном, коммуникативном, временном, эмоциональном и т.д.). В плане интерпретации эти аспекты играют роль контекстных рамок, ограничивающих многозначность образа.

К ряду интерпретационных приемов работы с пространством относится обращение внимания на ощущения, вызванные рисунком (например, шаткость – устойчивость, что относится к ориентации в социуме, самооценке и пр.). Можно попытаться представить, куда двинется животное, если открепить его от плоскости (вправо, влево, вверх, вниз), или оно останется на месте. Можно попытаться определить, насколько однозначен или противоречив рисунок движения животного (например, одна часть фигуры движется в одном направлении, а другая этому препятствует, либо движется в противоположном направлении).

## 2) Графологические аспекты интерпретации рисунка (два аспекта).

2.1. Уровень наличных технических средств воплощения образа в графике (анализ характеристик идеомоторного акта). К этому аспекту относится анализ линии.

Норма характеризуется уверенной линией со средним равномерным давлением и четкими соединениями. Колеблющаяся прерывистая линия, «островки» перекрывающихся линий, несвязанные углы, «загрязненные»

рисунки говорят о слабом напряжении, повышенном уровне тревоги, что характерно для невротиков. Контуры картины здесь могут быть размытыми, «волосатыми», во всем исполнении чувствуется неуверенность, неловкость. (Невротические изображения также характеризуются отклонением от вертикали, «относящимся к рисункам», неискаженными конечностями, незавершенностью или чрезмерным увеличением рук и ног).

Характер линии является одним из показателей суммарной энергии. Слабая линия («линия карандаша на бумаге» со слабым нажимом на нее) является признаком энергосбережения, астенизации и снижения общей активности. Обратный характер линии не полярный: это не энергия, а следствие повышения мышечного тонуса из-за тревоги. Особое внимание следует уделить резким линиям, видимым с обратной стороны листа (судорожный, высокий тон рисунка кисти рук) – острая обобщенная проблема. Необходимо обратить внимание на то, к какой части, какой символ сделан с возрастающим давлением, то есть к чему прикреплено беспокойство (например, к верхнему шипу). На увеличение тревоги также указывает наличие затенения внутри контура фигуры и различных деталей.

2.2. Пространственно-символический аспект. В этом аспекте анализируется направление линии и характер контура.

«Падающие линии» и преимущественное направление сверху вниз влево свидетельствует о быстро истощаемом усилии, низком тонусе, возможной депрессии. «Поднимающиеся линии», преобладание движения снизу вверх направо говорят о хорошем энергетическом обеспечении движения, склонности к трате энергии, агрессивности.

Контур фигуры традиционно трактуется как граница «Я» и социума, символизируемого окружающим пространством. Фигура круга, особенно ничем не заполненного, символизирует тенденцию к сокрытию, замкнутость, закрытость своего внутреннего мира, нежелание сообщать о себе сведения

окружающим, нежелание подвергаться тестированию. Такие рисунки дают очень ограниченное количество информации об испытуемом.

Контур фигуры анализируется по наличию или отсутствию выступов типа шипов, панцирей, игл, прорисовке или затемнению линии контура. Это стремление защититься от окружающих: агрессия, если они выполнены в острых углах; страх и тревога, если имеет место затемнение, «запачкивание» линии контура; опасение и подозрительность, если поставлены «щиты», заслоны, линия удвоена. Направленность такой защиты определяется соответственно пространственному положению. Верхний контур направлен против тех, кто действительно может наложить запрет, ограничение, то есть против родителей, педагогов, начальников и руководителей. Нижний контур – это защита от насмешек, недостатка авторитета, то есть от младших, подчиненных, страха убеждения. Боковые контуры – недифференцированная осторожность, готовность к самообороне любого порядка и в разных ситуациях. Те же элементы защиты, которые расположены не по контуру, а внутри контура, на самом теле животного, говорят то же самое. Справа – больше защиты в процессе реальной деятельности, слева – больше защиты мыслей, убеждений, вкусов.

Степень агрессивности выражена количеством, расположением и характером острых углов в рисунке, независимо от их связи с той или иной деталью. Особенно весомыми в этом отношении являются прямые символы агрессии – когти, клювы, зубы.

Контур также может рассматриваться как «оболочка», символ контроля со стороны «Я» за собственной аффективностью, ее проявлением вовне. Укрупненные рисунки могут свидетельствовать о повышении аффекта, эгоцентризме, придавании повышенного значения своей персоне. При этом следует учитывать, что дети рисуют крупнее взрослых, девочки – крупнее мальчиков.

Мелкие рисунки – наличие депрессии, подавленность, угнетенность, повышенный самоконтроль.

Уверенные, хорошо стыкующиеся линии, упругая пластичность контура является показателем хорошего контроля аффективности. В случае повышенной возбудимости, плохой контролируемости аффективных проявлений по интенсивности появляются увеличенные рисунки с плохо пристыкованными, имеющими перерывы, но энергичными линиями контура, создающими впечатление «разрывания» оболочки изнутри наружу. Ощущение ригидности, хрупкости оболочки при отсутствии теплоты в общем впечатлении от рисунка может являться признаком длительно подавляемой эмоциональности, либо нивелирования, уплощения эмоциональной сферы.

Содержательный анализ рисунка

1. Центральная смысловая часть фигуры (голова или ее заместители)

Уши – интерес к информации и значимость мнений окружающих о себе. Кроме того, по другим показателям можно определить, делает ли субъект что-то, чтобы получить положительную оценку, или только дает соответствующие эмоциональные реакции на оценки других – радость, обида и т. д.

Приоткрытый рот в сочетании с языком – при отсутствии прорисовки губ – трактуется как повышенная речевая активность (болтливость); в сочетании с прорисовкой губ – чувственность, иногда – и то, и другое вместе. Открытый рот без прорисовки языка и губ, особенно зачерченный, трактуется как облегченность возникновения опасений, страха, недоверия. Рот с зубами – вербальная агрессия, в большинстве случаев – защитная («огрызается», грубит в ответ на обращение к нему высказывания отрицательного содержания, осуждения или порицания). Для детей и подростков характерен рисунок зачерченного рта округлой формы (в случае боязливости, тревоги).

Особое значение придается глазам как символу присущего человеку переживания страха. Это значение особо подчеркивается резкой прорисовкой радужки.

Ресницы – истероидно-демонстративные манеры в поведении, для мужчин – женственные черты характера (с прорисовкой зрачков совпадает редко). Ресницы свидетельствуют также о заинтересованности в восхищении окружающими внешней красотой и манерой одеваться, придавании большого значения внешности.

На голове бывают также дополнительные детали: рога: защита или агрессия (определяется в сочетании с другими признаками агрессии – когтями, щетиной, иглами и пр.; характер этой агрессии – спонтанный или защитно-ответный); перья: тенденция к самоукрашению и самооправданию, демонстративность; грива, шерсть, подобие прически: чувственность, подчеркивание женщинами своего пола.

## 2. Несущая, опорная часть фигуры (ноги, лапы и пр.)

Рассматривается «основательность» этой части по отношению к размерам всей фигуры и по форме. Основательность – обдуманность, рациональность в принятии решений, основательность в суждениях, опора на существенные положения. В обратном случае – поверхностность суждений, легкомыслие в выводах, неосновательность суждений; иногда – импульсивность в принятии решения, особенно при отсутствии или почти отсутствии ног. Следует обратить внимание на характер соединения ног (лап) с корпусом: соединены точно, тщательно, небрежно, слабо, не соединены вовсе – это характер контроля за своими рассуждениями, выводами, решениями.

Однотипность и однонаправленность, повторяемость формы «ног», лап, любых элементов опорной части – конформность суждений и установок, их стандартность, банальность. Разнообразие в положении этих деталей – своеобразие установок, суждений, самостоятельность, небанальность, иногда творческое начало или инакомыслие.

## 3. Части, поднимающиеся над уровнем фигуры (могут быть функциональными или служить украшением)

Крылья, дополнительные ноги, щупальца, детали панциря или перья, бантики, завитушки, кудри и пр. Первые – энергия охвата разных областей человеческой деятельности, уверенность в себе, «самораспространение» с неделикатным, неразборчивым утеснением окружающих, либо любознательность, «соучастие» как можно в большем количестве мероприятий, завоевание себе «места под солнцем», увлеченность своей деятельностью, смелость предприятий (соответственно значение детали-символа: крылья или щупальца). Второе – демонстративность, склонность к обращению на себя внимания, манерность.

Хвосты отражают отношение к собственным действиям и решениям, размышлениям, выводам, к своей вербальной продукции, судя по тому, повернуты ли эти хвосты вправо или влево. Вправо – по поводу своих действий и поступков (поведение), влево – по поводу мыслей, решений, пропущенного момента, собственной нерешительности. Положительная или отрицательная оценка этого отношения выражена в направлении хвоста: вверх (уверенно, положительно, бодро) или падающим движением вниз (недовольство собой, подавленность, сожаление, сомнение по собственному поводу, раскаяние и т.п.). Особенно следует обратить внимание на хвосты, состоящие из нескольких, иногда повторяющихся звеньев, особенно пышные, длинные, разветвленные.

#### 4. Общая энергия

Оценивается количеством деталей рисунка: просто примитивный абрис; только необходимое количество деталей, чтобы дать представление о придуманном животном (тело, голова, конечности, хвост и т.д.); с заполненным контуром; имеет место изображение не только необходимых, но и усложняющих конструкцию дополнительных деталей. Соответственно, чем больше составных частей и деталей (помимо самых необходимых), тем выше энергия. Если наоборот – экономия энергии, астенизированность.

#### 5. Тематический аспект

Тематически животные делятся на угрожающих, угрожаемых и нейтральных. Это относится и к собственной персоне, к своему «Я», представлению о своем положении в мире. Сюда же относится представление о защищенности-беззащитности, способности опекать-потребности в заботе, дружелюбии-агрессивности и т.д.

Об инфантилизме и эмоциональной незрелости свидетельствуют ассимиляция животного, обращенного к человеку, начиная с установки животного в прямое положение (две лапы вместо четырех), одевая его в человеческую одежду и заканчивая сходством морды с лицом, конечности к ногам и рукам. Механизм этого аналогичен аллегорическому значению животных и их персонажей в сказках и притчах. Но это не следует путать с наделением животного разумом и признаками человеческих отношений, такими как он сам, что, напротив, является одним из признаков неформального отношения к обследованию и, следовательно, хорошей проекции.

#### 6. Необычные детали

Резко и необычно обращает на себя внимание вмонтирование механических частей в ткань животного: постановка животного на постамент; тракторные гусеницы; прикрепление к голове пропеллера; вмонтирование в тело проводов, электроламп и т.п. Это наблюдается главным образом у больных шизофренией и глубоких шизоидов (если не продиктовано установкой на особую оригинальность).

#### 7. Творческие возможности

Выражены обычно характером сочетания элементов фигуры. Банальность, отсутствие творческого начала принимает форму «готового», существующего животного, к которому лишь приделываются также «готовые детали» – чтобы существующее животное стало несуществующим. Оригинальность выражается в форме построения фигуры из элементов, а не из «заготовок».

#### 8. Название

Может выражать рациональное содержание смысловых частей («летающий заяц», «бегакот», «мухожор»). Другой вариант – словообразование с «книжно-научным», иногда с латинским суффиксом или окончанием («реталетус», «наплиолярия»). Первое – рациональность, конкретная установка при ориентировке и адаптации. Второе – демонстративность, направленная, главным образом, на подчеркивание своего разума, эрудиции. Встречаются названия поверхностно-звуковые, без всякого осмысления («грягэкр», «лалио»), знаменующие легкомысленность отношения к окружающему, неумение учитывать сигналы опасности, наличие аффективных критериев в основе мышления, перевес эстетических элементов над рациональными. Иронически-юмористические названия («риночурка», «пельмеш») встречаются при соответственно иронически-снисходительном отношении к окружающим. Инфантильные названия обычно имеют повторяющиеся элементы («тру-тру», «кус-кус»). Склонность к фантазированию (чаще защитного порядка) выражена непомерно удлиненными названиями.