

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
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 психологии

ЦУРМИЧЕВА СВЕТЛАНА ЕВГЕНЬЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ
СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Практическая психология в образовании

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
канд. психол. наук, доцент Дубовик Е.Ю.

Руководитель
канд. психол. наук, доцент Дубовик Е.Ю.

Обучающийся
Цурмичева Светлана Евгеньевна

Дата защиты

Оценка

Красноярск 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	6
1.1 Проблема исследования тревожности дошкольника в психологической науке.....	6
1.2 Характеристика личности и социальной ситуации развития больного дошкольника	23
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....	35
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	38
2.1 Описание методик исследования и эмпирической выборки.....	38
2.2 Результаты исследования тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.....	41
2.3 Психолого-педагогические рекомендации по снижению тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.....	50
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	62
ПРИЛОЖЕНИЯ	69

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время социально-экономические преобразования в России, повлекшие за собой изменение привычного уклада жизни и нравственно-ценностных ориентаций, ухудшение психологического климата в семье, являются причинами, которые обуславливают рост отклонений в личностном развитии и социальном поведении подрастающего поколения. По данным ежегодных государственных докладов «О положении детей в РФ» количество детей, страдающих нервно-психическими заболеваниями в нозологической форме, увеличивается. Тревожность относится к числу наиболее частых поводов обращения родителей к психологу, при этом в последние годы количество таких обращений существенно возросло. В связи с этим, направление исследований, в рамках которого сформулирована тема работы, является актуальным для психологии, ибо основано на объективных проблемах, вызванных нарушениями личностного развития в детском возрасте.

Особое внимание в работе уделено исследованию тревожности у часто болеющих детей. Это вызвано тем, что в последнее время повсеместно отмечается рост детской заболеваемости, и, как следствие, возникает проблема развития соматически больных детей. Особую категорию таких детей составляют часто болеющие дети дошкольного возраста. В структуре заболеваемости детей дошкольного возраста преобладают болезни органов дыхания (бронхиты, грипп, ОРЗ, ОРВИ, трахеиты и др., инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов пищеварения гастриты, панкреатиты, язвенные болезни желудка и пр. и др.).

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик (Г.А. Арина, Д.Н. Исаев, Н.А. Коваленко, В.А. Ковалевский, В.В. Николаева). Так, для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих, что может перерасти в

стойкие черты личности.

Цель исследования: выявить особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Задачи исследования:

1. Рассмотреть проблему исследования тревожности дошкольника в психологической науке.

2. Проанализировать личность и социальную ситуацию развития часто болеющего дошкольника.

3. Определить особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

4. Разработать психолого-педагогические рекомендации по снижению тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Объект исследования: тревожность часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что существуют отличия в проявлении тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного и их здоровых сверстников.

Методы и методики исследования:

1. анализ, сравнение научной литературы по выявлению уровня тревожности детей старшего дошкольного возраста;

2. методика «Рисунок человека» (определение уровня тревожности у детей дошкольного возраста);

3. проективная методика «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмбла, В. Амен, М. Дорки) (определение тревожности по отношению к ряду типичных для ребенка (3-7 лет) жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми).

База исследования: МБДОУ № XX г. Иланского

Эмпирическая выборка: В исследовании принимали участие 30 детей

старшего дошкольного возраста (5-7 лет): из них 15 детей часто болеющих детей и 15 их здоровых сверстников.

Практическая значимость: практическая значимость работы состоит в том, что разработанные рекомендации помогут снизить уровень тревожности у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1. Проблема исследования тревожности дошкольника в психологической науке

Проблема тревожности занимает особое место в современном научном знании. Ей посвящено значительное количество исследований, причем не только в психологии, но и в медицине, физиологии, философии, социологии.

При анализе рассмотрения тревожности в психологической литературе отмечаются две, на первый взгляд, взаимоисключающие тенденции. С одной стороны, неразработанность и неопределенность, многозначность и неясность самого понятия «тревожность». Ссылки на это, как в нашей стране, так и за рубежом, стали традиционными. Указывается, что под данный термин подводят зачастую достаточно разнородные явления и что значительные расхождения в изучении тревожности существуют не только между различными школами, но и между разными авторами внутри одного направления, подчеркивается субъективность использования данного термина.

С другой стороны, между исследователями существует согласие по ряду основных моментов, позволяющих очертить некоторые «общие контуры» тревожности: рассмотрение ее в соотношении состояние-свойство, понимание функций состояния тревоги и устойчивой тревожности.

В психологию понятия «тревога» и «тревожность» ввел S. Freud, оказав значительное влияние на последующее изучение этих явлений психической жизни. В современной научно-популярной литературе часто смешиваются понятия «тревога» и «тревожность». Однако это совсем неидентичные термины.

В зависимости от подхода (школы, направления) ученого, как уже отмечалось, можно встретить широкий спектр различных определений

тревоги. Психологи-исследователи определяют тревогу как сложный личностный процесс с множественными компонентами. Каждый стремится учесть те аспекты или проявления тревоги, которые вытекают из его теоретических построений, поэтому четкой семантической определенности термина не существует.

Наиболее яркое многообразие используемых понятийных средств, отсутствие терминологической традиции в описании изучаемой нами области психической реальности проявляется в том спектре определений тревоги, который на сегодняшний день существует в психологической литературе.

Тревога - неприятное по своей окраске эмоциональное состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий (П. Тиллих).

Тревога - неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, ожидания неблагоприятного развития событий (В.М. Астапов).

Тревога – побудитель поведения (L. Sarason).

Представленный перечень определений свидетельствует о неоднозначной трактовке понятия тревоги.

В приведенных определениях тревога предстает как состояние, ощущение, побудитель поведения. Тревога представляет собой предвосхищающую эмоцию, которая и стимулирует активность, и дезорганизует ее.

Тревога переживается в четырех жизненных аспектах: физиологическом, эмоциональном, поведенческом, а также через модели мыслей и отношений. Каждый субъект, обладающий высоким уровнем тревоги, характеризуется всеми этими компонентами, хотя один из них может доминировать. Если человек склонен часто и сильно переживать состояние тревоги, то говорят о том, что он обладает тревожностью как чертой личности [9; 33; 56]. Понятие психологов о тревожности.

Тревожность - переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия с предчувствием грядущей опасности (А.М. Прихожан).

Тревожность - черта личности, склонность, предрасположенность состоянию тревоги в различных угрожающих ситуациях (Ch. Spielberger).

Черта, свойство личности характеризуется относительно устойчивой склонностью человека воспринимать угрозу своему «я» в различных ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги (В.М. Астапов).

Анализируя определения тревожности, предложенные разными авторами, можно выделить общие положения:

1) необходимыми условиями возникновения тревожности являются: наличие опасности (реальной или воображаемой); наличие потенциальной, но не ясной угрозы для собственной личности;

2) социальная природа тревожности, возникновение ее связывается с особенностями взаимодействия субъекта с обществом;

3) неопределенность – неотъемлемая предпосылка тревожности, которая состоит в неопределенности конкретного характера угрозы и времени ее наступления, в отсутствии рациональных действий по ее нейтрализации.

В целом многообразие толкований понятия «тревожность» можно свести к основным содержательным аспектам:

1. тревожность рассматривается как характеристика эмоционально-чувственной сферы, подразумевающая наличие астенических, негативных эмоций, причина появления которых часто неосознаваемая;

2. тревожность понимается как свойство личности, предрасполагающее к возникновению реакции тревоги, к восприятию широкого круга объективно безопасных ситуаций как угрожающих;

3. тревожность описывается как состояние напряженности.

В нашем исследовании тревога рассматривается как эмоциональное

состояние, а тревожность – как свойство личности.

В психологической литературе имеются работы, где анализируются проблемы тревожности (В.М. Астапов, Л.И. Божович, Л.В. Бороздина, Г.Ш. Габдреева, Л.А. Головей, И.А. Грищенко, А.И. Захаров, Н.В. Имедадзе, Л.М. Костина, В.Р. Кисловская, Б.И. Кочубей, Н.Д. Левитов, В.С. Мерлин, Т.А. Немчин, Е.В. Новикова, А.М. Прихожан, Ю.Л. Ханин, F. Altaian, H. Bazowitz, S. Epstein, R. Grinder, K. Hill, K. Homey, R. Lasarus, J. Sarason, C Spielberger, I. Taylor, FL. Tennison, B. Veiner, P. Wachtel и др.) Эти исследования посвящены проблеме определения сути рассматриваемого явления, анализу личностной и ситуативной тревожности, выявлению причин, способствующих ее возникновению и усилению, определению негативных последствий для личности.

Немаловажно изучение тревожности на разных этапах детства, как для раскрытия сути данного явления, так и для понимания возрастных закономерностей развития эмоциональной сферы человека, становления эмоционально-личностных образований. Именно тревожность, как отмечают многие исследователи и практические психологи, лежит в основе целого ряда психологических трудностей детства, в том числе многих нарушений развития, служащих поводом для обращений в психологическую службу образования А.И. Захаров; В.Р. Кисловская; Б.И. Кочубей и Е.В. Новикова и др. Тревожность рассматривается как показатель «предневротического состояния», ее роль чрезвычайно высока и в нарушениях поведения. Значение профилактики тревожности, ее преодоления важно при подготовке детей и взрослых к трудным ситуациям (экзамены, соревнования и др.), при овладении новой деятельностью,

Некоторый уровень тревожности, как считают авторы, в норме свойственен всем людям и является необходимым для оптимального приспособления человека к действительности. Наличие тревожности как устойчивого образования — свидетельство нарушений в личностном развитии. Она мешает нормальной деятельности, полноценному общению.

Следует отметить, что на психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают отрицательную эмоциональную окраску.

Тревожность как устойчивое психологическое образование находит свое выражение на уровне следующих структурных компонентов (А.М. Прихожан): *когнитивном*, содержащем отрицательную прогностическую оценку ситуации, возможности удовлетворения актуальной потребности; *эмоциональном*, выражающемся в более или менее остром переживании дискомфорта, субъективного неблагополучия; *операциональном*, посредством, которого тревожность реализуется в поведении и деятельности через соответствующие формы проявления или компенсаторные и защитные механизмы, которые рассматриваются как явление неадекватного стереотипного реагирования на лично значимые ситуации в целях удержания, контроля и сохранения образа «Я» (Э. Эриксон); *телесном*, выражающемся в переживании трудности дыхания во время заблокированного возбуждения (по Ф. Перлзу), а также неосознанных аутокоммуникативных действий.

В ходе анализа литературы можно выделить исследования, которые посвящены изучению влияния тревожности на развитие личности. Известно, что социальная среда играет преопределяющую роль, способствуя образованию системы отношений, центром которых является самооценка, ценностные ориентации и направленность интересов и предпочтений [16]. В дошкольном возрасте происходит зарождение начал самооценки. Многие

авторы, описывая самооценку детей, раскрывают ее неадекватность [51], связь с неадекватными эмоциональными реакциями [37] и в то же время отмечают, в каком возрасте происходит осознание возможностей своих действий [36; 60] и появляется потребность в самооценке [3]. При исследовании связи самооценки и уровня тревожности было выявлено, что тревожные дети нередко характеризуются низкой самооценкой, «в связи, с чем у них возникает ожидание неблагополучия со стороны окружающих. Тревожные дети очень чувствительны к своим неудачам, остро реагируют на них, склонны отказываться от той деятельности, в которой испытывают затруднения» [50].

Как известно с самооценкой тесно связан уровень притязаний. В исследовании М.С. Неймарк была установлена связь эмоциональных реакций со спецификой изменения уровня притязаний [37]. Н.В. Имададзе специально рассмотрел соотношение уровня тревожности и уровня притязаний у детей дошкольного возраста. В ходе исследования была установлена значительная корреляционная взаимосвязь между показателями тревожности и уровнем притязаний. У детей с низким уровнем тревожности уровень притязаний, как правило, был близок к реальному выполнению заданий. У детей с высоким уровнем тревожности уровень притязаний был выше реальных возможностей, причем даже ряд последовательных неудач не снижали его. Реакция на успех и неудачу квалифицировалась как адекватная или неадекватная. Результаты показали, что дети с низким уровнем тревожности почти всегда адекватно реагировали на успех и неудачу в своей деятельности [17]. Рассматривая взаимосвязь тревожности и деятельности, нужно отметить, что «повышенная тревожность может дезорганизовать любую деятельность (особенно значимую)» [47]. А.М. Прихожан считает, что высокая тревожность оказывает в основном отрицательное, дезорганизующее влияние на результаты деятельности детей дошкольного и младшего школьного возрастов. У таких детей можно заметить разницу в поведении на занятиях и вне них. «Вне занятий это живые, общительные и

непосредственные дети, на занятиях они зажаты и напряжены. Отвечают на вопросы воспитателя тихим, глухим голосом, могут даже начать заикаться. Речь их может быть как очень быстрой, торопливой, так и замедленной, затрудненной. Как правило, возникает двигательное возбуждение, ребенок тербит руками одежду, манипулирует чем-нибудь» [45].

В литературе отмечаются исследования, где отводится роль тревожности в возникновении неврозов и психосоматических расстройств, в том числе и у детей (Ю.А. Александровский; В.А. Ананьев; Н.Д. Былкина; Ж.Ф. Мампория; Л.С. Панин, В.П. Соколов; М.В. Струковская).

Особо следует отметить, что в дошкольном и младшем школьном возрасте мальчики более тревожны, чем девочки. В 9 – 11 лет интенсивность переживаний у обоих полов выравнивается, а после 12 лет общий уровень тревожности у девочек в целом возрастает, а у мальчиков несколько снижается. По данным В.Р. Кисловской, наименее тревожны ожидания во всех сферах общения у дошкольников; несколько выше социальная тревожность ожиданий у младших школьников и почти наравне с ними у подростков.

Тревога девочек чаще бывает связана с другими людьми; их беспокоит отношение окружающих, возможность ссоры или разлуки с ними. Мальчиков больше всего тревожит насилие в различных проявлениях: они боятся физических травм, несчастных случаев, наказаний, источником которых являются родители или авторитеты вне семьи. Если в ситуациях оценки, проверки девочки боятся плохо проявить себя, не справиться с заданием, то мальчики волнуются только по поводу грядущего наказания.

Таким образом, современная психологическая интерпретация сущности и особенностей тревоги и тревожности тесно связана с теоретическими позициями исследователей. В зависимости от подхода ученого, можно встретить широкий спектр различных определений тревоги, нет и универсального инструмента, с помощью которого можно было бы безошибочно регистрировать это состояние. Каждый стремится учесть те

аспекты или проявления тревоги, которые вытекают из его теоретических построений, поэтому четкой семантической определенности термина не существует. В нашем исследовании тревога рассматривается как эмоциональное состояние, а тревожность – как свойство личности, имеющее *когнитивный* (чувство неуверенности, заниженная самооценка, ожидание неудачи, неуспеха), *эмоциональный* (эмоциональная возбужденность, ощущение чрезмерности требований), *телесный* аспект.

На наш взгляд проблема возникновения и проявлений тревожности у детей является теоретически и экспериментально мало изученной. Работы, посвященные анализу проявлений тревожности в детстве, единичны: Н.В. Имедадзе, В.Р. Кисловская, Н.М. Гордцова, А.И. Захаров, Б.И. Кочубей, Е.В. Новикова, А.М. Прихожан, В.М. Астапов. Большая часть проблем, с которыми родители обращаются за консультацией к психологу, являются нарушениями, препятствующими нормальному ходу обучения и воспитания, в своей основе связанными с эмоциональной неустойчивостью ребенка, часто с тревожностью [30].

Г.И. Каплан и Б. Дж. Сэдок выделяют три расстройства в детском возрасте, в которых тревога играет доминирующую роль: тревожное расстройство изоляции, тревожное расстройство в виде избегания и расстройство в виде чрезмерной тревоги. В первых двух расстройствах тревога фиксируется на специфических ситуациях; при чрезмерной тревожности тревога носит генерализованный характер и проявляется в самых различных ситуациях [20].

Особенностью *тревожного расстройства изоляции* является чрезмерное беспокойство ребенка по поводу отделения его от лиц, осуществляющих воспитание. По мнению Г.И. Каплана и Б. Дж. Седока, это расстройство типично для детского возраста, особенно в легких формах. В его основе лежат различные страхи, переживания ребенка в период развития. В поведении такое нарушение проявляется в виде отказа от посещения детского сада, школы, в желании быть постоянно дома, в нарушении сна.

Характерные особенности детей с тревогой изоляции – добросовестность, желание сделать приятное, стремление к взаимности. Развитию этого расстройства у детей часто способствуют жизненные стрессы – эпизоды разлуки, смерть родственника, болезнь самого ребенка, изменения в окружающей среде.

Тревожное расстройство в виде избегания характеризуется устойчивым и чрезмерным избеганием детьми контактов с незнакомыми людьми, которое настолько серьезно, что мешает их социализации. Это расстройство выражается у ребенка в отчетливом желании общаться только с теми, кого он хорошо знает. Как считают Г.И. Каплан и Б. Дж. Сэдок, поведение избегания наблюдается более часто у мальчиков, нежели у девочек, что, возможно связано с социально обусловленными ролевыми моделями – пассивности и замкнутости у девочек. Обычно такие дети проявляют теплоту и естественность в домашнем окружении, однако они часто хнычут и предъявляют большие требования к тем людям, которые находятся рядом с ними. Когда таким детям приходится участвовать в групповой работе, они становятся плаксивыми, тревожными, жмутся к опекающим их взрослым, отказываются участвовать в новых видах деятельности [20].

Существенной особенностью расстройства в виде *чрезмерной тревожности* является *чрезмерная тревога*, не имеющая реальных оснований, или период беспокойства, длящийся 6 месяцев и более. Как описывают цитируемые авторы, дети с такими расстройствами очень застенчивы, беспокоятся о будущем, о предстоящих встречах, опасностях, которые могут возникнуть. Они очень волнуются по поводу своих способностей, и особенно по поводу того, что о них думают другие. В целом это дает картину чрезмерно беспокойного и боязливого поведения. По мнению Г.И. Каплан и Б. Дж. Сэдок, предпочтительным методом "лечения тревожности" во многих случаях является психологическая помощь семье и ребенку в преодолении причин, провоцирующих ее развитие [20].

Функциональный аспект исследования тревожности предполагает рассмотрение ее как системного свойства, которое проявляется на всех уровнях активности человека. Так, в ряде работ раскрывается роль данного свойства в социальной сфере, где тревожность оказывает влияние на эффективность в общении, на взаимоотношения со сверстниками, со взрослыми [13; 42]. В психологической сфере тревожность проявляется в изменении уровня притязаний личности [34], в снижении самооценки [10; 43], решительности, уверенности в себе [38]. Тревожность проявляется и в психофизиологической сфере. В ряде работ раскрывается связь тревожности с особенностями нервной системы [15; 22], с энергетикой организма [32], активностью биологически активных точек кожи [59], развитием психовегетативных заболеваний [58]. Физиологические сдвиги – важные индикаторы состояния тревоги, позволяющие количественно охарактеризовать его. Тревога выступает в виде активации вегетативной нервной системы: в этом состоянии учащаются сердцебиение и дыхание, увеличивается артериальное давление, повышается скорость обменных процессов (R.V. Cattell).

В исследованиях J. Taylor обнаружено, что у высокотревожных людей значительно чаще регистрируется нарастание частоты сердечных сокращений, дыхания. Также у высокотревожных лиц наблюдается общая тенденция к повышению потоотделения, увеличению тремора рук и снижению их температуры, учащению мигательной реакции. Переживание тревоги часто сопровождается сухостью во рту, учащенным пульсом, дрожью, желудочно-кишечным дискомфортом, зудом, чрезмерной потливостью, слабостью.

Состояние тревожности у детей, как и у взрослых, проявляется на соматическом и поведенческом уровнях (Б.И. Кочубей, Е.В. Новикова; Н.Е. Веракса, О.М. Дьяченко; А.М. Прихожан). Внутренними соматическими коррелятами тревоги являются те же особенности, что и у взрослых: учащенное сердцебиение, поверхностное дыхание, сухость во рту, ком в

горле, щекотание в разных местах и т.д. Если состояние тревоги повторяется, если ребенок не находит способа справиться с собой, эти внутренние проявления могут перерасти в симптомы соматических нарушений. Поведенческие признаки тревоги еще более разнообразны, чем соматические. Дети теребят свою одежду; качаются на стуле; не замечая этого, причиняют себе боль, грызя ногти, царапая руки; тщательно трут нос, одергивают одежду, роняют карандаш, не могут прокашляться.

Анализ психологической литературы, на наш взгляд, показывает, что среди ученых нет единого подхода к определению **видов тревожности**. Современные исследования тревожности направлены на различение ситуативной тревожности, связанной с конкретной внешней ситуацией и личностной тревожности, являющейся стабильным свойством личности. Впервые такое деление осуществил R. Cattell. Ситуативная тревога – это состояние, личностная тревожность – черта, свойство личности.

Для нашего исследования важно, что *личностная тревожность* - это устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них тревожной реакцией. Личностная тревожность зависит от внутренних факторов, таких, как различия в темпераменте (например, склонность к робости, застенчивости) и различия в стремлениях и целях – для каждого человека существует свой неповторимый набор ситуаций, способных спровоцировать у него состояние тревожности. Уровень личностной тревожности, как правило, не соотносится с настоящей объективно наблюдаемой опасностью, он представляет собой внутренний динамический конфликт, который кроется в различных личностных комплексах и может быть отдаленным последствием внешнего опыта. В результате человек в большей степени реагирует на те сигналы угрозы, которые ему известны в соответствии с его личностными ресурсами, чем на те, которые возникают в реальной ситуации (Ch. Spielberger; X. Хекхаузен).

Т.е. личностная тревожность – это относительно постоянная склонность субъекта воспринимать угрозу своему "Я" в различных ситуациях и реагировать на эти ситуации увеличением ситуативной тревожности. Многие исследователи считают, что личностная тревожность развивается из ситуативной: испытанные в прошлом состояния тревоги откладываются в памяти, готовя почву для формирования личностной тревожности.

Ситуативная тревожность определяется Ch. Spielberger как «эмоциональное состояние, характеризующее субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны активацией автономной нервной системы» [55]. Ситуативная тревожность появляется в ответ на реальную ситуативную угрозу, приходит вместе с ней, ее сопровождает и длится так долго, как того требует ситуация.

Таким образом, чем выше личностная тревожность, тем чаще и сильнее человек ощущает ситуативную тревожность. При актуализации тревоги первичной следует признать личностную тревожность. Личностная тревожность не имеет своего выхода на поведенческий уровень и проявляется исключительно через актуализацию ситуативной тревожности (Ch. Spielberger; X. Хекхаузен; В.М. Астапов).

Наряду с этим описывается тревожность врожденная – как состояние, изначально присущее ребенку, которое возникает в раннем детстве и сопровождает человека всю жизнь (К. Ногпеу, Э. Фромм, А. Адлер). Большинство же отечественных и зарубежных психологов описывают тревожность приобретенную – как свойство личности, вырабатываемое в результате опыта (Н.М. Гордеева; Ф.Б. Березин; А.И. Захаров; А.С. Спиваковская).

Психологами выделяется *неадекватная* (невротическая, патологическая) и *адекватная* (нормальная) тревожность (В.С. Ротенберг, И.С. Коростелева, А.М. Прихожан). *Нормальная тревожность* возникает в ситуации угрожающей неопределенности и с помощью поискового поведения мобилизует человека на деятельность, способствующую

прояснению ситуации и устранению опасности. *Невротическая тревожность* – личностное образование, связанное с неуверенностью в себе, порождаемой конфликтным строением самооценки, а также с вытеснением из сознания неприемлемых для него мотивов. При невротической тревожности адаптивное поведение дезорганизуется под действием эмоционального напряжения (К. Ногпеу, Ю.М. Губачев, Б.В. Иовлев; Ch. Spielberger; В.С. Ротенберг; S. Freud; П. Тиллих).

Различают *мобилизующую тревожность* (дает дополнительный импульс) и *расслабляющую* (парализует человека). Какой вид тревоги будет испытывать человек – чаще во многом зависит от стиля воспитания в детском возрасте. Если родители постоянно пытаются убедить ребенка в его беспомощности, то в дальнейшем в определенные моменты он будет переживать расслабляющую тревогу, если же, напротив, родители настраивают сына или дочь на достижение успеха через преодоление препятствий, то в ответственные моменты он будет испытывать мобилизующую тревогу (Раншбут Й., Поппер П.). А.М. Прихожан выделяет виды тревожности на основе ситуаций, связанных с процессом обучения – *учебная тревожность*; с представлениями о себе – *самооценочная тревожность*; с общением – *межличностная тревожность*.

Кроме видов, А.М. Прихожан выделяет две основные категории тревожности у детей: *открытая* – сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности в виде состояния тревоги; *скрытая* – в разной степени неосознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному неблагополучию и даже отрицанием его, либо косвенным путем через специфические способы поведения.

Интересна позиция З. Фрейда по проблеме видов тревожности. Он выделял три основных вида тревожности: *объективную* (реальный страх) – на опасность во внешнем мире; *невротическую* – на опасность неопределяемую и неизвестную; *моральную* – «тревожность совести».

Тревожность подразделяется на охватывающую широкий круг

объектов – «общую», «генерализованную», и проявляющуюся в сравнительно узкой сфере «специфическую», «частную» (школьную, экзаменационную, межличностную и др.). Разграничиваются «адекватная тревожность», отражающая неблагополучие человека в той или иной области, и «неадекватная», или собственно тревожность, как устойчивое ожидание неуспеха, предчувствие опасности в благополучных для индивида областях действительности (Л.И. Божович, В.Р. Кисловская, А.М. Прихожан).

Центральным и вместе с тем наименее изученным является вопрос о **причинах появления тревожности** у детей дошкольного возраста.

В большинстве работ, рассматривающих возникновение и развитие тревожности, осуществляется психодинамический подход, и его последователи исходят из того, что уже в дошкольном возрасте достаточно четко проявляются индивидуальные особенности высшей нервной деятельности ребенка, в основе которых лежат *свойства нервных процессов* возбуждения и торможения и их различных сочетаний. А.И. Захаров отмечает, что свойства нервной системы (сила, подвижность, уравновешенное) достаточно четко проявляются во внешнем поведении. Дети с сильной нервной системой могут долго работать или играть, у них, как правило, высокий эмоциональный тонус, устойчивое в пределах возрастных возможностей внимание, хорошая способность ориентироваться в непривычной ситуации. Эти дети могут сравнительно быстро переключаться на новый вид деятельности, у них высокие темп и интенсивность работы. Дети со слабой нервной системой вялы, замедленны во всех действиях, они медленно включаются в работу, долго переключаются и восстанавливаются. Работают медленно, зато очень быстро отвлекаются. Темп и интенсивность деятельности — низкие [16]. В ряде работ по изучению свойств нервной системы убедительно показана важная роль ее силы в динамике психических состояний [14; 28; 32; 35]. Н.Д. Левитов прямо указывает, что тревожное состояние – показатель слабости нервной системы,

хаотичности нервных процессов [27].

Еще с момента появления работ Б.Г. Ананьева принято считать, что природные свойства человека функционируют в единстве и взаимосвязи с его свойствами как личности [5]. В настоящее время взаимосвязи физиологических показателей с уровнем тревожности у взрослых изучены достаточно хорошо, но, к сожалению описания такого рода исследований детей встречаются в литературе редко, причем обычно они основываются на наблюдении.

С другой стороны, известно, что если ведущим в становлении темперамента является генетический, конституциональный фактор, то в характере он будет проявляться наряду со средовым, социальным влиянием. Это представление определяет социальный подход к рассмотрению причин детской тревожности.

Так, в ряде работ главными причинами возникновения тревожности у дошкольников считаются *неправильное воспитание и неблагоприятные отношения ребенка с родителями*, особенно с матерью. «Отвержение, неприятие матерью ребенка вызывает у него тревогу из-за невозможности удовлетворения потребности в любви, в ласке и защите» [50]. В этом случае возникает страх: ребенок ощущает условность материнской любви. Неудовлетворение потребности ребенка в любви будет побуждать его добиваться ее удовлетворения любыми способами. Высокую вероятность возникновения тревожности у ребенка видят в воспитании «по типу гиперпротекции (чрезмерная забота, мелочный контроль, большое количество ограничений и запретов, постоянное одергивание)» [47].

Н.Д. Левитов пишет, что тревога у детей может порождаться *отсрочкой подкрепления*. Когда ребенку обещают что-либо для него приятное, например какой-нибудь подарок, и откладывают исполнение обещания, то ребенок обычно томится в ожидании, беспокоясь, получит ли он обещанное. «Отсрочка подкрепления вызвала у большинства детей состояние неуверенности, беспокойства» [25]. Тревога возникает чаще при

отсрочке чего-либо приятного, значительного. Ожидание неприятного может сопровождаться надеждой на то, что все-таки неприятности не будет. Ребенок, ожидающий выговора от родителей или воспитателей, надеется, что наказания не последует.

К. Хорни отмечает, что возникновение и закрепление тревожности связаны с *неудовлетворением ведущих возрастных потребностей* ребенка, которые приобретают гипертрофированный характер [58].

Смена социальных отношений, часто представляющая для ребенка значительные трудности, также может стать причиной развития тревожности. Так, многие дети с приходом в дошкольное учреждение становятся беспокойными, плаксивыми, замкнутыми, «тревожное состояние, эмоциональная напряженность связаны главным образом с отсутствием близких для ребенка людей, с изменением окружающей обстановки, привычных условий и ритма жизни» [31].

Л.И. Божович и М.С. Неймарк считают, что тревожность является эмоциональным состоянием, подразумевающим *недостаток уверенности в своих силах* и проявляющимся в ситуациях, включающих опасность для чувства собственного достоинства. Вместе с тем это состояние сопровождается высоким уровнем притязаний. Таким образом, фиксируется уже отмеченный нами сходный характер причин, вызывающих состояние аффекта и провоцирующих при их хроническом характере — тревожность. Поэтому, говоря об источниках аффекта при их застревающем, повторяющемся характере, можно рассматривать их и как причины развития тревожности. Одним из источников аффекта у ребенка является расхождение между положением, фактически занимаемым им в коллективе, и положением, которое он стремится занять [52]. Нарушение социального статуса ребенка также может рассматриваться в ряду причин, вызывающих тревожность.

А.М. Прихожан, подчеркивая ярко выраженную *возрастную специфику тревожности*, «обнаруживающуюся в ее источниках, содержании, формах

проявления компенсации и защиты», уточняет, что «для каждого возрастного периода существуют определенные области, объекты действительности, которые вызывают повышенную тревогу большинства детей вне зависимости от наличия реальной угрозы или тревожности как устойчивого образования. Эти «возрастные пики тревожности» являются следствием наиболее значимых социогенных потребностей» [45]. Ребенок, не испытывающий тревоги и беспокойства, будет значительно меньше зависеть от других людей, их поддержки, расположения и заботы. И наоборот, чем больше он подвержен тревоге, тем сильнее будет зависеть от эмоционального состояния окружающих его лиц. Последнее обычно прямо соотносится с эмоциональной чувствительностью ребенка и тревожностью самих взрослых, произвольно передающих ему свое беспокойство в процессе повседневного общения [16].

Все вышесказанное позволяет выделить следующие виды тревожности: ситуативная и личностная тревожность, являющаяся состоянием и свойством личности; неадекватная (невротическая) и адекватная (нормальная) тревожность, связанные с реалистичными и нереалистичными представлениями человека о себе и с наличием либо отсутствием адаптивного поведения; расслабляющая и мобилизующая тревожность, зависящая от стиля воспитания в детском возрасте; врожденная и приобретенная тревожность. Особенности проявления тревожности можно увидеть на всех уровнях активности человека (социальная, психологическая, психофизиологическая сфера). Анализ литературы позволяет выделить широкий спектр предпосылок к возникновению тревожности.

В нашем исследовании рассматривается тревожность, проявляющаяся на соматическом, поведенческом, психологическом уровнях. Основная же причина заложена в нарушенном отношении родителей к детям.

Таким образом, по результатам проведенного анализа современного состояния проблемы тревожности в отечественной психологии можно сделать вывод – причины развития и особенности проявления тревожности

детей – дошкольников остаются мало исследованными, что не позволяет разработать научно-обоснованную программу коррекции тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста.

1.2 Характеристика личности и социальной ситуации развития больного дошкольника

Одним из актуальных направлений отечественной психологии является исследование психических особенностей соматически больных детей, что связано со значительным ростом детской заболеваемости в последнее время. Особое внимание следует уделить часто болеющим детям.

Часто болеющие дети (ЧБД) – это не нозологическая форма заболевания и не диагноз, так как практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребёнком, который подвержен периодическим заболеваниям из-за временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них [4]. По данным отечественных исследований, таковыми принято считать преимущественно детей дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году.

А.Г. Румянцев и В.Н. Касаткин указывают на следующие неточности данного определения: во-первых, острые респираторные вирусные инфекции – основная причина частых заболеваний (62,7%), но не единственная (в эту же группу входят детские инфекции, отиты, синуситы и др.); во-вторых, необходимо учитывать обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения.

Категория часто болеющих детей неоднородна: врачи выделяют транзиторно (4 – 5 раз в году, ТБД) и истинно часто болеющих детей (6 и более раз в году, ИЧБД) [68]. Как показывают результаты катamnестических исследований, к 8 – 9 годам приобретают одно или несколько хронических заболеваний свыше 46% истинно часто болеющих детей. Также они прогностически наиболее неблагоприятны в плане развития аллергических

заболеваний, в частности, бронхиальной астмы [21].

Наиболее распространенные жалобы и симптомы у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей [18].

Как показывает практика, чисто медикаментозное лечение таких детей не дает устойчивых позитивных результатов: едва выздоровев, они тут же заболевают вновь и вынуждены находиться дома месяц за месяцем.

В результате дети лишаются нормального общения со сверстниками, их жизнь замыкается внутри семьи [4].

В возникновении частых заболеваний детей выделяют ряд факторов. Предрасполагающими факторами частой заболеваемости в большом количестве случаев считается начало посещения ребенком детских яслей и сада. Именно при посещении организованных детских коллективов обостряется проблема часто болеющих детей. Поступление в детский сад сопровождается определенными стрессовыми факторами: первым длительным расставанием с родителями и домашними, попаданием в совершенно незнакомую по организации и структуре предметно-пространственную среду, длительным контактом с чужими детьми, воспитателями, персоналом, мотивы которых непонятны, действия еще незнакомы и непредсказуемы [18]. Иными словами, адаптация ребенка к детскому саду является достаточно трудным психологическим и физиологическим процессом.

Известно, что физиологическими факторами тяжелой адаптации ребенка к детскому дошкольному учреждению являются: возраст матери моложе 17 лет либо первородящей старше 28 лет; токсикозы второй половины беременности; недоношенность; высокая масса тела при рождении; искусственное вскармливание.

К социальным факторам, предрасполагающим к частым заболеваниям детей, относятся: алкоголизм, наркомания родителей, курение в семье [19];

использование общественного транспорта по дороге в ясли-сад и обратно.

В число часто болеющих детей чаще входят дети, родители которых имеют более высокое социальное положение и образование [19]. В родословных часто болеющих детей в 14,5 раз чаще отмечаются хронические бронхолегочные заболевания, в 20,7 раз – хронический тонзиллит, в 4 раза – злокачественные новообразования, в 7,6 раз – аллергические заболевания, в 10,4 раза – ОРЗ в детстве у родителей [19].

Дети иногда болеют тяжело, долго и мучительно. Тяжелое соматическое заболевание изнуряет ребенка, лишает его физических сил, вызывает душевные страдания. Поведение больного ребенка изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, как правило, не прекращает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход. Болезнь не только влияет на функциональное состояние организма, но является для ребенка тяжелой психической травмой, переживание которой может активизировать защитные и компенсаторные ресурсы его психики, хотя возможен и обратный процесс [40]. Дети, как правило, не понимают причин своей болезни, часто рассматривают ее как наказание за плохое поведение. Маленькие дети видят причины возникновения заболевания в нарушении питания и гигиенических правил. Отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, уровня интеллектуального развития, характерологических особенностей, личностного опыта, восприятия проявления болезни и её тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о заболевании, часто совпадая с ним [40].

Для часто болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что она им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на неосознаваемом эмоциональном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: «болезнь» чаще всего связывается с красным, желтым или фиолетовым

цветами, а «здоровье» чаще с черными или серыми цветами. Болезнь «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, 84% детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, будут больше обращать внимания и заботиться о них [39].

Ребенок примерно до 10 лет не может осознать тяжести своего заболевания и его последствий, у него нет ясного отношения к ситуации и к самому себе. Так как у ребенка нет сформированного понятия о болезни, она воспринимается им только как ограничение привычной жизни [18]. Из-за своей болезни ему приходится проводить длительное время в домашних условиях, где в большинстве случаев круг общения ограничен до минимума (ребенок – родители). Эта ситуация усугубляется еще и тем, что родители выступают в этом случае в особой роли – врача, не всегда зная при этом, как можно увидеть перемены, происходящие со здоровьем ребенка, и как ему следует помочь. В большинстве своем родители склонны переоценивать страдания ребенка и, относясь к нему как к тяжелобольному, фиксируют внимание дошкольника на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения [23]. При изучении особенностей состояния психики в условиях болезни и субъективной стороны заболевания исследователю необходимо знать, к каким ориентирам в развитии ребенка необходимо стремиться. Поэтому немаловажным представляется вопрос трактовки термина «здоровье».

До сих пор нет однозначного понимания этого термина. Так, Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, основывающегося на субъективном ощущении здоровья». То есть с медицинских позиций к понятию «здоровье детей» относятся следующие признаки: отсутствие заболеваний; нормальное развитие организма; благоприятное функциональное состояние.

При этом нормальное развитие – это соответствие возрасту, а одним из

ведущих показателей актуального функционального состояния психики является умственная работоспособность, проявляющаяся в различных видах детской познавательной деятельности [48].

Анализ психолого-педагогической литературы, посвященной проблеме определения термина «здоровье», также показал различное понимание авторами этого термина [16; 26]. Большинство ученых в определении здоровья на первое место ставят фактор адаптации, который определяет высокую приспособляемость организма к изменившимся условиям внешней среды и значительным психическим и физическим нагрузкам. На втором месте находятся факторы сохранения и регулирования постоянств внутренней среды, которые имеют защитно-приспособительный характер, компенсирующий изменения в организме в процессе его адаптации (гомеостазис) [16]. Адаптация тесно связана с такими процессами, как самопознание, самопонимание, самоощущение и самореализация, которые являются составляющими самосознания человека.

Здоровье, по мнению педагогов и психологов, имеет рефлексивный характер, поэтому можно сказать, что это – динамический процесс, имеющий свое направление и скорость, в связи, с чем возникает проблема определения критериев этого изменяющегося процесса. Здоровье есть индивидуальное состояние организма, что также затрудняет выделение показателей его функционирования [18; 46].

Таким образом, в современном понимании *здоровье* – это не только отсутствие болезней, но и гармоническое развитие, высокая умственная и физическая работоспособность, умение быстро приспосабливаться к изменяющимся условиям среды [46].

Анализ исследований по проблеме развития соматически больного ребенка позволил нам суммировать выделяемые в литературе *особенности данной категории детей* и представить их следующим образом.

Особенности развития личности и самосознания:

- при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция

«малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно-чувственное [29; 24];

- для 62 % часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины [4];

- выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения [49];

- у больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности; отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности; изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [29];

- в младшем и среднем дошкольном возрастах у часто болеющих детей более выражена тенденция к адекватной самооценке, чем у их здоровых сверстников, но она во многом зависит от типа семейного воспитания [24];

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

Особенности познавательной деятельности:

- истощаемость психической деятельности, проявляющаяся в значительном снижении показателей умственной работоспособности (дети, больные острой пневмонией, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой) [125];

- трудности переключения внимания, снижение продуктивности воспроизведения [49];

- снижение продуктивности внимания (у часто болеющих детей меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания) [24];

- статистически достоверное уменьшение уровня развития творческого воображения (часто болеющие старшие дошкольники) [24];

- меньший объем произвольной зрительной памяти [24];
- более позднее формирование моделирующих перцептивных действий по сравнению со здоровыми детьми [24];

- большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая самостоятельность, полнота и логическая последовательность [24].

Особенности межличностного взаимодействия и деятельности:

- круг общения больного ребенка ограничен до минимума, присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь [12; 29];

- преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающее-подавляющий стили родительского отношения к ребенку [24; 49];

- родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения [4; 38];

- наблюдаются скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны [4];

- утрачиваются непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства [18];

- ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка [18; 39].

Проведенный анализ психического развития соматически больного ребенка показывает, что нет достаточной изученности данного вопроса. Например, в исследованиях В.В. Николаевой отмечается, что в ситуации болезни активизируется собственная познавательная активность ребенка, направленная на преодоление болезни, которая имеет свою специфику в зависимости от его возраста и ведущей деятельности [39]. В то же время результаты исследований отдельных познавательных психических функций свидетельствуют о более низких (по сравнению со здоровыми детьми) показателях их развития [24]. Также доказано, что ситуация болезни

приводит к сильной субъективной зависимости ребенка от взрослого [49]. Вместе с тем, по мнению Д.Н. Исаева, у больного ребенка «утрачивается непосредственность общения со взрослыми и сверстниками» [2; 18].

Одной из характеристик возрастного периода является социальная ситуация развития. Очевидно, что онтогенез человека разворачивается в культурном (социальном) пространстве и в некотором историческом промежутке времени. При этом присутствуют воздействия как со стороны такого пространства на индивида, так и обратные, причем не только с целью приспособления (адаптации), но и для преобразования, изменения индивидом окружающего пространства. Сам процесс такого взаимодействия – это конкретные условия, в которых осуществляется «развертка» генотипической программы и которые оказывают на нее соответствующее воздействие.

Условия, как система отношений между индивидом и средой, могут быть благоприятными или неблагоприятными для процесса индивидуального развития. Следовательно, результаты последнего главным образом зависят от конкретных условий, в которые попадает данный индивид. В первую очередь это сказывается на формировании тех психологических новообразований, которые в меньшей степени обусловлены генотипической программой. Таким образом, роль системы отношений между индивидом и средой является ведущей для психического развития человека.

Данную систему отношений Л.С. Выготский определил как социальную ситуацию развития человека. Это конкретная форма значимых для ребенка отношений, в которых он находится с окружающей его действительностью (прежде всего социальной) в тот или иной период своей жизни. Это исходный момент для всех динамических изменений, происходящих в развитии ребенка в течение данного возрастного периода. Социальная ситуация полностью определяет формы и пути развития ребенка, виды деятельности, приобретаемые им новые психические свойства и качества (Л.С. Выготский). Следовательно, образ жизни ребенка обусловлен характером социальной ситуации развития, сложившейся системой

взаимоотношений ребенка со взрослыми.

Болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную дефицитарную – социальную ситуацию развития. Необходимо отметить, что социальная ситуация (среда) выступает не просто как внешнее условие, а как подлинный источник развития ребенка.

Факторы, оказывающие влияние на формирование личности детей, находящихся в дефицитарной социальной ситуации развития (особенности общения детей со взрослыми и сверстниками, личностные качества родителей, тип отношения родителей к ребенку, стиль воспитания, психологическая атмосфера семьи, условия для реализации основного вида деятельности), имеют негативное психологическое содержание.

В.В. Николаева и Г.А. Арина выделяют два вида ограничений, которые создают для больного ребенка новую социальную ситуацию развития:

- а) ограничение движений;
- б) ограничение познавательной деятельности.

Первое связано с общим недомоганием, постельным режимом. А ведь известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Второе ограничение связано с фрустрацией познавательной потребности, изменения познавательной активности ребенка.

Из-за частых болезней, обострения заболеваний дошкольники не имеют возможности для полноценного общения со сверстниками, не могут регулярно посещать детский сад, кружки, спортивные секции, другие детские коллективы. Они вынуждены длительное время находиться дома, а нередко – в больнице. В силу дефицитарности общения со сверстниками, а также ослабленного соматического состояния, вынужденных ограничений физической активности у изучаемых детей ограничены также возможности для ролевой игры – ведущего вида деятельности дошкольника.

Рядом исследователей доказано, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является качественно иным [7; 11].

Достаточно определенно эту мысль высказал еще Л.С. Выготский, имея в виду, прежде всего, детей с патологией органов чувств или головного мозга (однако это положение вполне справедливо и для соматически больного ребенка): "Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но иначе развитой... Дефективный ребенок представляет качественно отличный своеобразный тип развития" [1; 2].

В ситуации болезни ребенку приходится проводить длительное время в домашних условиях, где, в большинстве случаев, круг общения ограничен до минимума (ребенок – родители). Эта ситуация усугубляется еще и тем, что родители выступают в этом случае в особой роли – врача, не всегда зная при этом, как можно увидеть перемены, происходящие со здоровьем ребенка, и как ему следует помочь. В большинстве своем родители склонны переоценивать страдания ребенка и, относясь к нему как к тяжело больному, фиксируют внимание дошкольника на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения [1].

При этом, как свидетельствуют результаты исследования, психологическая атмосфера семей соматически больных детей может быть оценена как неблагоприятная: конфликтность в семье, испытывание чувства неполноценности в семейной ситуации, ощущение враждебности. Круг общения детей ограничен в основном рамками семьи и преимущественно мамой. Отношение к матери у часто болеющих детей отличается противоречивостью и неоднозначностью. Для большинства часто болеющих детей из полных семей психологическая структура семьи имеет следующий вид: активная доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленным в сторону отцом [1]. Негативное психологическое содержание, по данным исследования, имеют и такие психологические факторы, влияющие на формирование личности ребенка в иной социальной ситуации развития, как личностные особенности родителей ребенка (в первую очередь мамы), особенности общения родителей с ребенком, стиль воспитания.

Выявленный синдром искаженного психосоматического развития ребенка создаёт однотипную в психологическом отношении – дефицитарную для развития ребенка – ситуацию. Задача состоит в том, чтобы с помощью лечебных и психолого-педагогических средств уменьшить этот дефицит и обеспечить тем самым полноценное психическое развитие ребенка. Важным условием, обеспечивающим эффективность психологической помощи, является тесное сотрудничество окружающих ребенка взрослых: родителей, врачей, педагогов, психологов и т.д. Непротиворечивость их поведения, действий в отношении ребенка может быть достигнута через осознание общей цели и формирование единой стратегии помощи. Такой целью является поддержание и стимулирование собственной активности ребенка, обеспечивающее по возможности сохранение исходного (преморбидного) темпа психического развития, а также предупреждение задержек и искажений психического развития.

Особая объективная социальная ситуация развития, складывающаяся вследствие болезни, преломляется через субъективное ее осмысление ребенком и образует субъективный компонент общей картины соматического заболевания – внутреннюю картину болезни [8]. Последняя определяется как основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, и возникновение их, прежде всего, связано с условиями жизни и воспитания ребенка.

В.В. Николаева вычленила четыре уровня субъективной картины болезни: уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (ощущения и состояния); эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры) [11].

Именно изучение субъективной стороны заболевания с учетом

выделенных уровней является для большинства исследователей психосоматического направления проводником, позволяющим увидеть внутренний мир больного ребенка и наметить пути и способы коррекционно-развивающей деятельности с ним.

Таким образом, проведенный теоретический анализ социальной ситуации развития и психологических особенностей часто болеющих детей дошкольного возраста показал, что на сегодняшний день нет достаточной изученности данного вопроса. Выделенное В.В. Николаевой положительное влияние социального окружения на психосоматическое состояние позволяет оказывать воздействие на течение соматической болезни.

Выводы по главе 1

В ходе исследования психолого-педагогической литературы мы выяснили:

В современной научно-популярной литературе часто смешиваются понятия «тревога» и «тревожность». Однако это совсем неидентичные термины. Тревога определяется психологами как сложный личностный процесс с множественными компонентами. В нашем исследовании тревога рассматривается как эмоциональное состояние, а тревожность – как свойство личности.

Тревога - неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, ожидания неблагоприятного развития событий (В.М. Астапов).

В психологической литературе понятие «тревожность» имеет ряд разных определений, хотя большинство исследований сходятся в признании необходимости рассматривать ее дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом переходного состояния и его динамику. В нашем исследовании мы принимаем за основу определение А.М. Прихожан, что «Тревожность» - переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия с предчувствием грозящей опасности.

Нам кажутся значимыми в контексте данного исследования представления В.В. Николаевой и Г.А. Ариной, которые выделяют два вида ограничений, определяющих для больного ребенка новую социальную ситуацию развития:

- а) ограничение движений;
- б) ограничение познавательной деятельности.

Первое связано с общим недомоганием, постельным режимом. А ведь известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Второе

ограничение связано с фрустрацией познавательной потребности. Изменения познавательной активности ребенка и особенно ограниченность его общения со сверстниками, "ущербность" общения с взрослыми существенно меняют социальную ситуацию развития часто болеющего дошкольника, инфантилизируя его.

Обзор литературы [6; 16; 17; 26; 27; 31; 44; 46; 52; 53; 57] позволяет выделить следующие основные виды тревожности в дошкольном возрасте:

- *ситуативная* (Ч.Д. Спилбергер) и *личностная* тревожность, являющаяся состоянием и свойством личности (В.М. Астапов, Н.В. Имедадзе, Б.И. Кочубей, Ю.А. Ханин);

- *неадекватная* (невротическая) и *адекватная* (нормальная) тревожность, связанные с реалистическими и нереалистическими представлениями человека о себе и с наличием или отсутствием адаптивного поведения (В.С. Ротенберг, И.С. Коростелева, А.М. Прихожан);

- *расслабляющая и мобилизующая* тревожность, зависящая от стиля воспитания в детском возрасте; *врожденная* (К. Хорни, Э. Фромм, А. Адлер) и *приобретенная* тревожность (А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, Ф.Б. Березин).

А.М. Прихожан выделяет виды тревожности на основе ситуаций, связанных

- с процессом обучения, - *учебная тревожность*;
- с представлениями о себе – *самооценочная тревожность*;
- с общением – *межличностная тревожность*.

Известно, что часто болеющие дети дошкольного возраста более тревожны, чем здоровые дети. Больные дети находятся в особой социальной ситуации развития. Психологическое воздействие на личность часто болеющего тревожного ребенка будет более эффективным при условии оптимизации родительского отношения к нему, при этом стабильность результатов, достигнутых в ходе коррекционной работы, определяется их последующей поддержкой ближайшим социальным окружением ребенка.

Причины формирования тревожности кроются как в природных, генетических факторах развития психики ребенка, так и — причем в большей степени — в социальных. Если первые факторы формирования тревожности трудно поддаются коррекции, то для коррекции социальных факторов представляется возможным создать соответствующие условия, способствующие преодолению развития высокого уровня тревожности в детском возрасте. Наиболее эффективна, на наш взгляд, организация мероприятий в рамках детских дошкольных учреждений.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1. Описание методик исследования и эмпирической выборки

Для реализации поставленной цели и проверки гипотезы необходимо было провести эмпирическое исследование.

В исследовании принимали участие 30 детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет): из них 15 детей часто болеющих детей и 15 их здоровых сверстников. Исследование проводилось на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения г. Иланского.

Для достижения цели исследования и проверки гипотезы в работе используются следующие **методики**, остановимся подробнее на них.

В диагностический инструментарий вошли:

1. Методика диагностики тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Тэммела, М. Дорки, А. Амен);

Методика «Выбери нужное лицо»

(Р. Тэмплл, В. Амен, М. Дорки)

Цель: определить тревожность по отношению к ряду типичных для ребенка (3 - 7 лет) жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми.

Экспериментальный материал: 14 рисунков размером 8,5x11 см. Каждый рисунок представляет собой некоторую типичную для жизни ребенка ситуацию. Данные рисунки представлены в Приложении Г.

Процедура исследования.

Рисунки показывают ребенку в строго перечисленном порядке один за другим. Беседа проходит в отдельной комнате. Предъявив ребенку рисунок, педагог дает инструкцию. Выбранная методика проводится индивидуально.

Инструкция.

1. Игра с младшими детьми. «Как ты думаешь, какое лицо будет у ребенка: веселое или печальное? Он (она) играет с малышами»

2. Ребенок и мать с младенцем. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое? Он (она) гуляет со своей мамой и малышом»

3. Объект агрессии. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное?»

4. Одевание. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка печальное или веселое? Он (она) одевается»

5. Игра со старшими детьми. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное? Он (она) играет со старшими детьми»

6. Укладывание спать в одиночестве. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое? Он (она) идет спать»

7. Умывание. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное? Он (она) в ванной»

8. Выговор. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое?»

9. Игнорирование. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное?»

10. Агрессивное нападение «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое?»

11. Собираание игрушек. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное? Он (она) убирает игрушки»

12. Изоляция. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое?»

13. Ребенок с родителями. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное? Он (она) со своими мамой и папой»

14. Еда в одиночестве. «Как ты думаешь, какое лицо будет у этого ребенка: печальное или веселое? Он (она) ест».

Выбор ребенком соответствующего лица и словесные высказывания ребенка фиксируются в специальном протоколе.

Количественный анализ

На основании данных протокола вычисляется индекс тревожности ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к общему числу рисунков (14):

$$ИТ = \frac{n}{14} 100\%$$

где n – число эмоциональных негативных выборов.

В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразделяются на 3 группы:

- а) высокий уровень тревожности (ИТ выше 50%);
- б) средний уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);
- в) низкий уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%).

Методика «Рисунок человека»

Цель: Определить уровень тревожности у детей дошкольного возраста. Ребенку дается лист бумаги, на лицевой стороне записывается имя, фамилия ребенка.

Инструкция: Нарисуй человека! (На все вопросы можно отвечать, как хочешь).

В «Рисунке человека» на тревожность указывают в первую очередь особенности самого процесса рисования. Тревожный ребенок часто обращается к экспериментатору за поддержкой и одобрением, спрашивает, все ли он правильно делает, и т.п. Нажим на карандаш (о нем судят по продавленности листа бумаги) у такого ребенка, как правило, очень силен (если тревожность не сочетается с крайне сниженным эмоциональным настроением ребенка). О крайней степени тревожности свидетельствует «тревожная линия» (ребенок рисует контуры не сплошной линией, а косыми штрихами). Тревожный ребенок имеет тенденцию исправлять рисунок (при этом исправления не приводят к улучшению).

Для рисунка тревожного ребенка характерна штриховка, которая, как правило, очень размашиста и выходит за контур. Если штрихуются руки

человека, то можно предположить, что в первую очередь социальные контакты вызывают у ребенка наибольшее эмоциональное напряжение и являются источником его тревожности.

О тревожности свидетельствует и подчеркнутая прорисовка глаз, их преувеличенный размер, особенно если глаза зачернены (что говорит уже о наличии страхов у ребенка).

Характерная особенность тревожного ребенка — преувеличенное внимание к деталям. На них он как бы застревает, не решаясь закончить рисунок либо оттягивая момент рисования наиболее нагрузочных для него деталей (например, рук). Многие тревожные дети пересчитывают на рисунке пальцы рук, рисуют большое количество пуговиц.

Только в том случае, если наблюдается большинство из перечисленных особенностей в процессе рисования, можно говорить, что ребенок склонен тревожиться по любому поводу, что тревожность — глобальная черта его личности. Если проявляются лишь некоторые особенности, то, скорее всего, это ситуативная реакция на обследование или эпизодические проявления тревожности, связанные с неуверенностью ребенка в отдельных, например рисовальных, способностях.

В зависимости от количества признаков в рисунке, определяем уровень тревожности дошкольников:

Высокий уровень тревожности - 5 – 7 признаков;

Средний уровень тревожности - 3 – 4 признака;

Низкий уровень тревожности – меньше 3-х признаков.

Таким образом, была определена база исследования и эмпирическая выборка. Были подобраны методики, которые соответствуют цели исследования и являются апробированными.

2.2. Результаты исследования тревожности частоболеющих детей старшего дошкольного возраста

По итогам проведения диагностики были получены следующие результаты.

Результаты исследования по методике «Выбери нужное лицо» представлены в таблицах 1, 2; рисунках 1, 2 и 3.

Полученные результаты показывают, что среди дошкольников присутствуют дети с различными количествами эмоционально-негативных выборов (исходя из их суммарного количества (14)), что определяет их индекс тревожности, который, как видим из таблицы, у большего количества дошкольников находится на среднем и высоком уровне.

По количеству эмоционально-негативных выборов ребенком был определен индекс тревожности каждого.

Количество эмоционально-негативных выборов здоровых часто болеющих детей по методике «Выбери нужное лицо» представлены в Приложении А.

Таблица 1

Индекс тревожности здоровых детей

№		Количество эмоционально негативных выборов (в баллах)	Индекс тревожности (в %)	Уровень тревожности
1	2	3	4	5
1.	М	7	50%	Средний
2.	М	8	57%	Высокий
3.	М	11	79%	Высокий
4.	М	3	21%	Низкий
5.	М	6	43%	Средний
6.	М	10	71 %	Высокий
7.	Д	7	50%	Средний

				Продолжение таблицы 1
1	2	3	4	5
8.	Д	9	64%	Высокий
9.	Д	4	29%	Средний
10.	Д	3	21%	Низкий
11.	Д	3	21%	Низкий
12.	Д	3	21%	Низкий
13.	Д	10	71%	Высокий
14.	Д	5	36%	Средний
15.	Д	4	29%	Средний

Таблица 2

Индекс тревожности часто болеющих детей

№		Количество эмоционально негативных выборов (в баллах)	Индекс тревожности (в %)	Уровень тревожности
1.	М	9	64%	Высокий
2.	М	8	57%	Высокий
3.	М	4	29%	Средний
4.	М	8	57%	Высокий
5.	М	10	71%	Высокий
6.	М	13	93%	Высокий
7.	М	5	36%	Средний
8.	М	9	64%	Высокий
9.	М	5	36%	Средний
10.	М	10	71%	Высокий
11.	Д	3	21%	Низкий
12.	Д	5	36%	Средний
13.	Д	7	50%	Средний
14.	Д	7	50%	Средний
15.	Д	9	64%	Высокий

Таким образом, проанализировав выбор эмоционально-негативных ситуаций, можно сделать вывод, что дети, делающие в ситуациях «Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Еда в одиночестве» отрицательный эмоциональный выбор, обладают наивысшим индексом тревожности; дети, делающие отрицательные эмоциональные выборы в ситуациях «Ребенок и мать с младенцем», «Умывание», «Игнорирование» и «Собирание игрушек», так же обладают высоким или средним индексом тревожности. Распределение здоровых и часто болеющих старших дошкольников по уровням тревожности соответственно полученному индексу тревожности представлены в Приложении Б.

Результаты уровня тревожности здоровых и часто болеющих старших дошкольников отражены на рисунках 1, 2, 3.

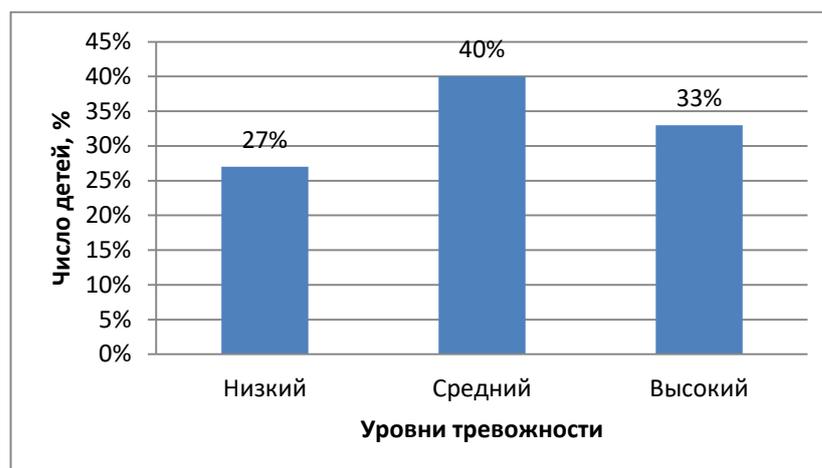


Рисунок 1. Распределение выборочной совокупности здоровых детей по уровням тревожности (методика «Выбери нужное лицо»)



Рисунок 2. Распределение выборочной совокупности часто болеющих детей по уровням тревожности (методика «Выбери нужное лицо»)

Далее представлена сравнительная характеристика уровней тревожности здоровых и часто болеющих детей по методике «Выбери нужное лицо».

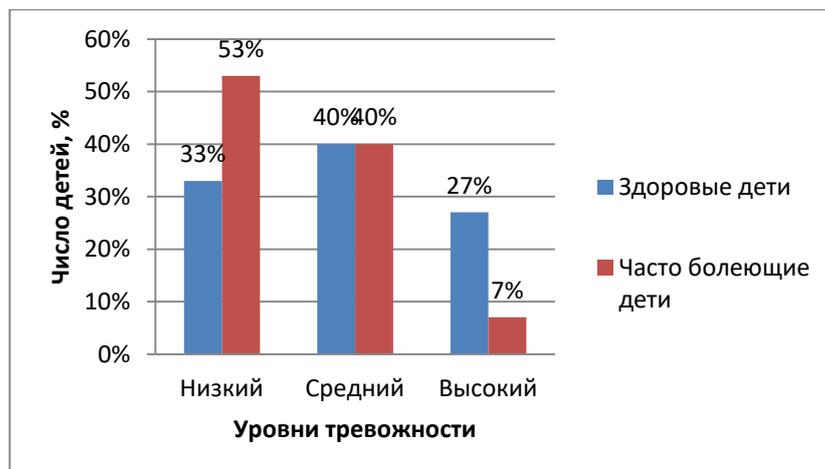


Рисунок 3. Распределение выборочной совокупности здоровых и часто болеющих детей по уровням тревожности

Таким образом, у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста высокий уровень тревожности преобладает (53%), что может оказывать негативное влияние как на общее эмоциональное состояние ребенка, когда он начнет обучение в школе, так и на его учебные достижения, т.е. приводить к их снижению; тогда как у здоровых старших дошкольников высокий уровень тревожности составляют только 33%

испытуемых. У одинакового количества старших дошкольников из обеих исследуемых групп выявлен средний уровень тревожности – 40 %. Низкий уровень тревожности больше наблюдается в группе здоровых старших дошкольников – 27%, тогда как у часто болеющих дошкольников он составляет только 7%.

Результаты методики «Рисунок человека» следующие.

Анализ детских рисунков проводился по показателям, которые в большей мере указывают на проявления высокой тревожности:

1. Частое обращение к психологу
2. Нажим на карандаш
3. «Тревожные линии»
4. Исправление рисунка
5. Штриховка
6. Прорисовка глаз
7. Чрезмерное внимание к деталям

Уровни тревожности часто болеющих и здоровых детей по показателям тревожности представлены в Приложении В.

Результаты методики «Рисунок человека» представлены в таблицах 3, 4, рисунках 4, 5 и 6.

Таблица 3

Уровни тревожности здоровых детей

№		Количество показателей тревожности в рисунке	Уровень тревожности
1	2	3	4
1.	М	1	Низкий
2.	М	4	Средний
3.	М	6	Высокий
4.	М	2	Низкий
5.	М	3	Средний
6.	М	5	Высокий

			Продолжение таблицы 3
1	2	3	4
7.	Д	3	Средний
8.	Д	6	Высокий
9.	Д	2	Низкий
10.	Д	1	Низкий
11.	Д	2	Низкий
12.	Д	1	Низкий
13.	Д	5	Высокий
14.	Д	4	Средний
15.	Д	3	Средний

Таблица 4

Уровни тревожности часто болеющих детей

№		Количество показателей тревожности в рисунке	Уровень тревожности
1.	М	5	Высокий
2.	М	5	Высокий
3.	М	2	Низкий
4.	М	3	Средний
5.	М	5	Высокий
6.	М	6	Высокий
7.	М	4	Средний
8.	М	4	Средний
9.	М	2	Низкий
10.	М	6	Высокий
11.	Д	2	Низкий
12.	Д	4	Средний
13.	Д	4	Средний
14.	Д	5	Высокий
15.	Д	5	Высокий

По рисуночному тесту наличие 5-7 показателей дает основание говорить о высоком проявлении тревожности, 3-4 показателя говорит о среднем проявлении тревожности, а менее 3 признаков – о низком проявлении тревожности.

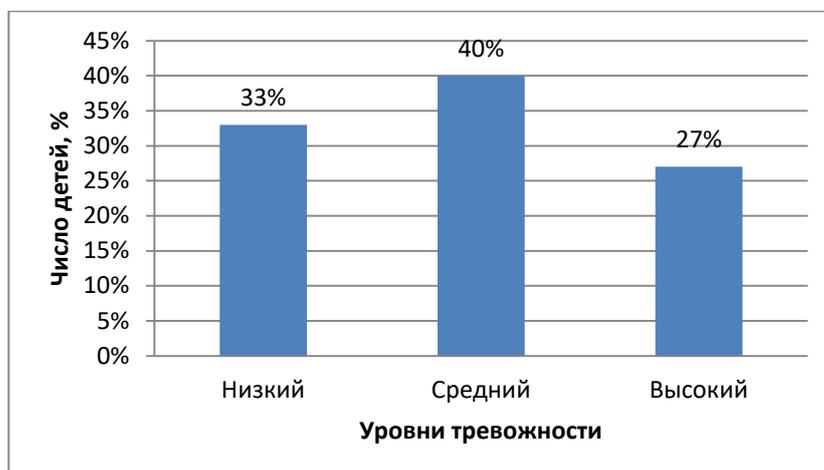


Рис. 4. Распределение выборочной совокупности здоровых детей по уровням тревожности (методика «Рисунок человека»)



Рис. 5. Распределение выборочной совокупности часто болеющих детей по уровням тревожности (методика «Рисунок человека»)

Далее представлена сравнительная характеристика уровней тревожности здоровых и часто болеющих детей по методике «Рисунок человека».

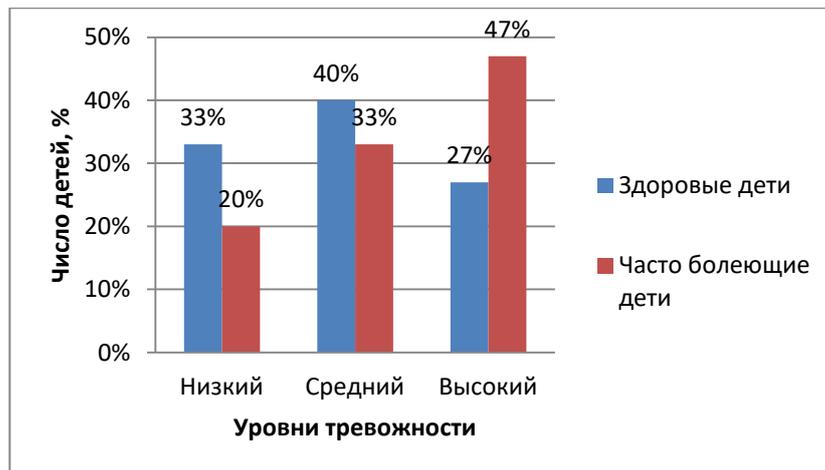


Рис. 6. Распределение выборочной совокупности здоровых и часто болеющих детей по уровням тревожности

При анализе рисунков часто болеющих детей мы видим, что показателей тревожности у них больше. Дети чаще обращаются за помощью к психологу. Они пользуются ластиком, обводят и исправляют только что нарисованное (проявляется их неуверенность, боязнь). Изображаемые позы людей статичны, однотипны: все замерли, ждут, а нет ли сигнала о надвигающейся опасности. Тревожные дети часто заштриховывают рисунок внутри контура, линии с сильным нажимом, двойные и прерывистые. На некоторых рисунках есть линии ограничения сверху или снизу. В рисунках часто болеющих детей преувеличенное внимание к деталям, люди изображены с большими глазами.

Итак, у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста высокий уровень тревожности преобладает (47%), тогда как у здоровых старших дошкольников высокий уровень тревожности составляют только 27% испытуемых. Средний уровень тревожности часто болеющих детей – 33%, а у здоровых детей – 40%. Низкий уровень тревожности больше наблюдается в группе здоровых старших дошкольников – 33%, тогда как у часто болеющих старших дошкольников он составляет всего 20%.

Таким образом, можно сделать вывод, что у часто болеющих детей уровень тревожности выше, чем у здоровых детей.

2.3 Психолого-педагогические рекомендации по снижению тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Значение профилактики тревожности, ее преодоления важно при подготовке детей к трудным ситуациям, при овладении новой деятельностью. Некоторый уровень тревожности, как считают авторы, в норме свойственен всем людям и является необходимым для оптимального приспособления человека к действительности. Наличие повышенного же уровня тревожности свидетельствует о нарушении в личностном развитии. Она мешает нормальной деятельности, полноценному общению.

Следует отметить, что на психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются в усилении сердцебиения, мышечном напряжении, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают отрицательную эмоциональную окраску.

Тревожность как устойчивое психологическое образование находит свое выражение на уровне следующих структурных компонентов (А.М. Прихожан): *когнитивном*, содержащем отрицательную прогностическую оценку ситуации (ребенок ориентирован на свой неуспех, невозможность), возможности удовлетворения актуальной потребности; *эмоциональном*, выражающемся в более или менее остром переживании дискомфорта, субъективного неблагополучия; *операциональном*, посредством которого тревожность реализуется в поведении и деятельности через соответствующие формы проявления или компенсаторные и защитные механизмы, которые рассматриваются как явление неадекватного стереотипного реагирования на

лично значимые ситуации в целях удержания, контроля и сохранения образа «Я» (Э. Эриксон); *телесном*, выражающемся в переживании трудности дыхания во время заблокированного возбуждения (по Ф. Перлзу), а также неосознанных аутокоммуникативных действий.

В дошкольном возрасте происходит зарождение начал самооценки. При исследовании связи самооценки и уровня тревожности было выявлено, что тревожные дети нередко характеризуются низкой самооценкой, «в связи, с чем у них возникает ожидание неблагополучия со стороны окружающих... Тревожные дети очень чувствительны к своим неудачам, остро реагируют на них, склонны отказываться от той деятельности, в которой испытывают затруднения» [49]. Как известно с самооценкой тесно связан уровень притязаний. Н.В. Имедадзе специально рассмотрел соотношение уровня тревожности и уровня притязаний у детей дошкольного возраста. У детей с высоким уровнем тревожности уровень притязаний был выше реальных возможностей, причем даже ряд последовательных неудач не снижали его. Рассматривая взаимосвязь тревожности и деятельности, нужно отметить, что «повышенная тревожность может дезорганизовать любую деятельность (особенно значимую)» [47]. А.М. Прихожан считает, что высокая тревожность оказывает в основном отрицательное, дезорганизующее влияние на результаты деятельности детей дошкольного и младшего школьного возрастов.

Целью работы с часто болеющими детьми дошкольного возраста является снижение тревожности у данной категории детей.

В основу рекомендаций по снижению уровня тревожности часто болеющих детей были положены теоретические и практические рекомендации психологов Е.К. Лютовой и Г.Б. Мониной. Данные авторы предлагают коррекционную работу с тревожными детьми проводить в 3-х основных направлениях: во-первых, по повышению самооценки ребенка; во-вторых, по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального

напряжения; и, в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Решение данных задач происходило с непосредственным участием педагогов-воспитателей исследуемых групп часто болеющих детей. Психолог давал рекомендации по данным направлениям воспитателям, которые выполнялись в ходе реализации коррекционной программы.

Работа по всем направлениям проводилась параллельно.

- **Повышение самооценки ребенка**

Часто тревожные дети имеют заниженную самооценку, что выражается в болезненном восприятии критики от окружающих, обвинении себя во многих неудачах, в боязни браться за новое сложное задание. Виржиния Квинн предлагает оказывать поддержку таким детям, проявлять искреннюю заботу о них и как можно чаще давать позитивную оценку их действиям и поступкам.

Для того чтобы помочь ребенку повысить свою самооценку, можно использовать *следующие приемы работы*.

Прежде всего, необходимо как можно чаще называть ребенка по имени и *хвалять* его в присутствии других детей и взрослых. В детских садах с этой целью необходимо отмечать достижения ребенка на специально оформленных стендах («Звезда недели», «Наши успехи», «Я сделал это!» и т.д.). Кроме того, можно поощрять таких детей, поручая им выполнение престижных в данном коллективе поручений.

Отрицательное влияние на формирование адекватной самооценки оказывает прием, который используют в работе некоторые педагоги: сравнение результатов выполнения задания одних детей с другими. В общении с тревожным ребенком он просто недопустим. Если же педагог все-таки хочет провести сравнение, то лучше сравнить результаты данного ребенка с его же результатами, которых он достиг вчера, неделю или месяц назад.

При работе с детьми с заниженной самооценкой желательно избегать таких заданий, которые выполняются за определенное фиксированное педагогом время. Таких детей лучше всего спрашивать не в начале и не в конце занятия, а в середине. Не следует торопить и подгонять их с ответом. Если взрослый уже задал вопрос, он должен дать ребенку необходимо длительный срок для ответа, стараясь не повторять свой вопрос дважды или даже трижды. Если взрослый обращается к тревожному ребенку, он должен постараться установить визуальный контакт, прямое общение «глаза в глаза» также вселяет чувство доверия в душу ребенка.

Для того чтобы тревожный ребенок не считал себя хуже других детей, желательно в группе детского сада проводить беседы с детским коллективом, во время которых дети рассказывают о своих затруднениях, испытываемых ими в тех или иных ситуациях. Подобные беседы помогают ребенку осознать, что и у сверстников существуют проблемы, сходные с их собственными. Кроме того, такие обсуждения способствуют расширению поведенческого репертуара ребенка.

Очевидно, что быстрых результатов такой работы ожидать нельзя, поэтому необходима длительная и трудоемкая работа.

- Обучение ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения

Эмоциональное напряжение тревожных детей чаще всего проявляется в мышечных зажимах в области лица и шеи. Кроме того, им свойственно зажатие мышц живота. Чтобы помочь детям снизить напряжение – и мышечное, и эмоциональное, – необходимо научить их выполнять релаксационные упражнения. Подобные упражнения и игры по снятию напряжения приводятся в книгах М.И. Чистяковой, К. Фопеля, Н.Л. Кряжевой и др. Кроме релаксационных игр в работе с тревожными детьми необходимо использовать и игры, в основе которых лежит телесный контакт с ребенком («Скульптура», «Ласковый мелок», «Шарики» и т.п.).

Использование элементов массажа и даже простое растирание тела также способствуют снятию мышечного напряжения.

Очень полезными являются и игры с песком, глиной, с водой, различные техники рисования красками (пальцами, ладошками и др.). В. Оклендер рекомендует при работе с тревожными детьми устраивать импровизированные маскарады, шоу.

- Отработка навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка

Если работа по повышению самооценки ребенка и по обучению способам снятия мышечного и эмоционального напряжения проведена, нет гарантии, что, оказавшись в реальной жизненной ситуации, ребенок будет вести себя адекватно. В любой момент такой ребенок может растеряться и забыть все, чему его научили. Поэтому данное направление необходимо. Эта работа заключается в обыгрывании как уже происходивших ситуаций, так и возможных в будущем.

Играя роль слабых, трусливых персонажей, ребенок лучше осознает и конкретизирует своё беспокойство, свой страх. А, используя приём доведения данной роли до абсурда, взрослый помогает ребенку увидеть свой страх, беспокойство с другой стороны.

Используя роли сильных героев, ребенок приобретает чувство уверенности в том, что и он (как и его герой) способен справляться с трудностями.

При этом очень важно не только развивать игровую ситуацию, но и обсудить с ребенком, как он может использовать полученный в игре опыт разрешения жизненных ситуаций.

Сюжетами для ролевых игр целесообразно выбирать «трудные» случаи из жизни каждого ребенка. Так, если ребенок боится отвечать на занятиях, выступать на детских утренниках, входить в медицинский кабинет, то следует проиграть с ним именно эту ситуацию, обратив внимание ребенка на

то, что происходит с ним в каждый определенный момент и как можно избежать неприятных переживаний и ощущений.

В работу с маленькими детьми – младшего и среднего дошкольного возраста наиболее эффективно использование игр с куклами. Выбор кукол осуществляется исходя из индивидуального пристрастия каждого ребенка. Он сам должен выбирать «смелую» и «трусливую» куклы. Если ребенок говорит за «смелую» куклу, то взрослый должен говорить за «трусливую», а затем обязательно поменяться ролями. Это позволит ребенку посмотреть на ситуацию с разных точек зрения, а, пережив вновь «неприятный» сюжет, избавиться от преследующих его негативных переживаний. Причем, если ребенок испытывает беспокойство при общении со взрослым, можно сочинить диалог, в котором кукла взрослого будет исполнять роль ребенка, а кукла ребенка будет отвечать за взрослого.

Основными *формами работы с детьми* являются групповые и индивидуальные занятия, беседы, игры и игровые упражнения.

Таким образом, мероприятия по снижению уровня тревожности часто болеющих детей проводятся для формирования адекватной самооценки, снятия мышечного и эмоционального напряжения; отработка навыков владения собой в травмирующих ситуациях.

Вывод по главе 2

Изучив особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста следующему.

По итогам исследования было выявлено, что уровень тревожности часто болеющих детей выше, чем уровень тревожности здоровых детей.

Так, по методике «Выбери нужное лицо (Р. Тэмплл, В. Амен, М. Дорки), часто болеющие дети сделали отрицательный эмоциональный выбор рисунков, обладающих особым проективным значением («Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Ребёнок и мать с младенцем», «Умывание», «Игнорирование»). Это показатель того, что они испытывают тревожность к данным социальным ситуациям. У часто болеющих детей наибольший уровень тревожности проявляется в ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок – ребёнок» («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция»). Так же у детей проявляется тревожность в рисунках, моделирующих отношения «ребёнок – взрослый» («Ребёнок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование», «Ребёнок с родителями»).

Тогда как у здоровых детей преобладало наибольшее количество положительных эмоциональных выборов в ситуациях, изображенных на рисунках «Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Умывание», «Еда в одиночестве». Однако дети этой группы с высоким и средним уровнем тревожности сделали выбор печального лица в ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок - ребёнок»: «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция» и ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок - взрослый»: «Ребёнок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование».

Так, по методике «Рисунок человека», сопоставляя результаты диагностики часто болеющих и здоровых детей, можно сделать выводы, что у детей с высоким уровнем тревожности наблюдается больше показателей в

процессе рисования, характерных тревожному ребёнку. Дети задавали дополнительные вопросы, отмечается сильный нажим на карандаш, исправление рисунка, присутствует штриховка, «тревожная линия», позы людей статичны и однотипны, подчеркнутая прорисовка глаз, чрезмерная детализация. У детей со средним уровнем тревожности эти особенности менее выражены, а у детей с низким уровнем тревожности проявляются лишь некоторые из данных особенностей.

Таким образом, можно сделать вывод, что у часто болеющих детей уровень тревожности выше, чем у здоровых детей.

Так, нами разработаны рекомендации по работе с часто болеющими тревожными детьми по снижению уровня тревожности.

Реализация разработанных нами рекомендаций, поможет снизить уровень тревожности у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время увеличилось количество тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью. Тревожность – серьезный эмоциональный барьер, осложняющий жизнь ребенка и отрицательно влияющий на его психическое здоровье. Поэтому проблема детской тревожности и ее своевременной коррекции на раннем этапе является весьма актуальной.

Нами была определена цель исследования, выделены задачи, объект и предмет исследования и выдвинута гипотеза.

Проанализировав психолого-педагогическую литературу, мы пришли к следующему:

В современной научно-популярной литературе часто смешиваются понятия «тревога» и «тревожность». Однако это совсем неидентичные термины. Тревога определяется психологами как сложный личностный процесс с множественными компонентами. В нашем исследовании тревога рассматривается как эмоциональное состояние, а тревожность – как свойство личности.

В психологической литературе понятие «тревожность» имеет ряд разных определений, хотя большинство исследований сходятся в признании необходимости рассматривать ее дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом переходного состояния и его динамику. В нашем исследовании мы принимаем за основу определение Ч.Д. Спилбергера, что «тревожность – это черта личности, склонность, предрасположенность к состоянию тревоги в различных волнующих ситуациях».

Обзор литературы позволяет выделить следующие основные виды тревожности в дошкольном возрасте: ситуативная и личностная тревожность, являющаяся состоянием и свойством личности, неадекватная (невротическая) и адекватная (нормальная) тревожность, связанные с реалистическими и

нереалистическими представлениями человека о себе и с наличием или отсутствием адаптивного поведения, расслабляющая и мобилизующая тревожность, зависящая от стиля воспитания в детском возрасте, врожденная и приобретенная тревожность, учебная, самооценочная, межличностная тревожность.

Причины формирования тревожности кроются как в природных, генетических факторах развития психики ребенка, так и - причем в большей степени - в социальных. Если первые факторы формирования тревожности трудно поддаются коррекции, то для коррекции социальных факторов представляется возможным создать соответствующие условия, способствующие преодолению развития высокого уровня тревожности в детском возрасте. Наиболее эффективна, на наш взгляд, организация мероприятий в рамках детских дошкольных учреждений.

Для реализации поставленной цели и проверки гипотезы необходимо было провести эмпирическое исследование.

В исследовании принимали участие 30 детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет): из них 15 детей часто болеющих детей и 15 их здоровых сверстников. Исследование проводилось на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения г. Иланского.

Для решения поставленных нами задач и для доказательства выдвинутой гипотезы мы использовали следующие методики: «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмплл, В. Амен, М. Дорки), «Рисунок человека».

Диагностические методики соответствовали цели исследования, являются распространенными и апробированными.

По итогам исследования были получены следующие результаты.

По методике «Выбери нужное лицо» часто болеющие дети сделали отрицательный эмоциональный выбор рисунков, обладающих особым проективным значением («Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Ребёнок и мать с младенцем», «Умывание», «Игнорирование»). Это

показатель того, что они испытывают тревожность к данным социальным ситуациям.

У часто болеющих детей наибольший уровень тревожности проявляется в ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок – ребёнок» («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция»). Так же у детей проявляется тревожность в рисунках, моделирующих отношения «ребёнок – взрослый» («Ребёнок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование», «Ребёнок с родителями»).

У здоровых детей преобладало наибольшее количество положительных эмоциональных выборов в ситуациях, изображенных на рисунках «Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Умывание», «Еда в одиночестве». Однако дети этой группы с высоким и средним уровнем тревожности сделали выбор печального лица в ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок – ребёнок»: «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция» и ситуациях, моделирующих отношения «ребёнок – взрослый»: «Ребёнок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование».

По результатам методики «Нарисуй человека» можно сделать выводы, что у детей с высоким уровнем тревожности наблюдается больше показателей в процессе рисования, характерных тревожному ребёнку. Дети задавали дополнительные вопросы, отмечается сильный нажим на карандаш, исправление рисунка, присутствует штриховка, «тревожные линии», позы людей статичны и однотипны, подчеркнутая прорисовка глаз, чрезмерная детализация. У детей со средним уровнем тревожности эти показатели менее выражены, а у детей с низким уровнем тревожности проявляются лишь некоторые из данных показателей.

Таким образом, мы пришли к выводу, что у часто болеющих детей уровень тревожности выше, чем у здоровых детей.

Таким образом, психологическая помощь часто болеющим детям по снижению уровня тревожности в условиях группы ДООУ должна осуществляться в следующих направлениях:

- повышение самооценки ребенка;
- обучение ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;
- отработка навыков владения собой в ситуациях, волнующих ребенка.

Так, нами разработаны рекомендации по работе с часто болеющими тревожными детьми по снижению уровня тревожности.

Реализация разработанных нами рекомендаций, поможет снизить уровень тревожности у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что уровень тревожности часто болеющих детей выше, чем у здоровых детей, подтверждается.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аверин В.А. Основные теории развития: Психология человека от рождения до смерти. Под общ. ред. А.А. Реана. – М.: Норма – Инфра, 2001. 652с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей подростков. М.: 2000. 306 с.
3. Анцыферова Л.И. Принцип связи сознания и деятельности и методология психологии. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: 1981. С. 98 – 112.
4. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? Школа здоровья. М.: 1995. Т.2. № 3. С. 116 – 125.
5. Астапов В.М. Регуляторные функции тревоги в целесообразной деятельности человека. Методические проблемы оснований науки. Киев: 1986. С. 48 – 67.
6. Астапов В.М. Тревожность у детей. 2-е издание, Серия «Детскому психологу». СПб.: 2004 г.
7. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. Педиатрия. – 1999. №3. С. 4 – 6.
8. Бассин Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни. Клин. Мед. 1970. №9. С. 7 – 12.
9. Белоус В.В. Опыт экспериментальной психофизиологической характеристики некоторых типов темперамента. Типологические исследования по психологии личности / Под ред. В.С. Мерлина. Пермь, 1967. С. 35 – 59.
10. Бодров В.А., Лукьянов Н.В. Личностные особенности пилотов и профессиональная эффективность // Психологический журнал. – 1981. №2. С. 51 – 65.

11. Божович Л.И., Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. М.: 1995. 209с.
12. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. 468с.
13. Васильева С.А., Копейна Н.С., Мальков Н.Р. О необходимости формирования коммуникативных качеств у выпускников технических вузов. Внедрение достижений психологии и педагогики в практику работы вуза. Новосибирск, 1983. С. 13 – 14.
14. Гуревич К.М. Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы. М.: Мысль, 1970. 121с.
15. Делеу М.В. Психологические особенности студентов - первокурсников с разной силой нервной системы и эндокринные показатели нервно-психического напряжения в процессе обучения / М.В. Делеу // Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1982. 18с.
16. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: 1993. 192с.
17. Имедадзе Н.В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте // Психологические исследования / Под ред. А.С. Прангишвили. – Тбилиси: Мецниереба, 1966. С. 49 – 57.
18. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. СПб.: 1993. 75с.
19. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: 1996. 453с.
20. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Т.2. М.: ГЭОТАР, Медицина, 1994. 108с.
21. Касаткин В.Н., Михеева А.А. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей и у пациентов с бронхиальной астмой // Школа здоровья // 1998. №1. С. 49-57.
22. Катygин Ю.А. и др. Связь тревожности как свойства личности с некоторыми психофизиологическими характеристиками. Психофизиология. Л.: 1979. С. 46 – 49.

23. Ковалев Г.А. О возможностях «активной» коррекции межличностных отношений. Семья и формирование личности / Под ред. А.А. Бодалева. М.: 1981. С. 45 – 47.
24. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122с.
25. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. СПб.: ООО Издательство «Речь», 2002. 198с.
26. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми. СПб.: ООО Издательство «Речь», 2003. 160с.
27. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. №1. С. 131 – 138.
28. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: 1998. – 584с.
29. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально - личностного развития соматически ослабленных детей: Дис. канд. психол. наук. Казань: 1997. 202с.
30. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб.: ООО Издательство «Речь», 200. 190с.
31. Макшанцева Л.В. Тревожность и возможности ее снижения у детей, начинающих посещать детский сад. Психологическая наука и образование, 1998. №2. С. 39 – 47.
32. Мерлин В.С. Динамика нервно-психического напряжения в зависимости от динамики доминанты. Механизмы доминанты, Л.: 1967. С. 41 – 47.
33. Мерлин В.С. Типы зависимости свойств темперамента от свойств нервной системы. Вопросы психологии, 1973. №6. С. 39 – 50.
34. Мотков О.И. Соотношение личностных и познавательных компонентов интеллектуальной деятельности в условиях психологического стресса: Автореф. дис. канд. психол. наук. М.: 1978. – 18с.
35. Небылицин В.Д. Основные свойства нервной системы человека, М.: 1966. 383с.

36. Недоспасова В.А. Психологический механизм преодоления центрации в мышлении детей дошкольного возраста. М.: 1972. – 149с.
37. Неймарк М.С. Психологический анализ эмоциональных реакций школьников на трудности в работе. Вопросы психологии личности школьника. М.: 1961. С. 49 – 56.
38. Никитина О.С. Уверенность в своих силах как фактор достижения успеха в деятельности. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: 1981. 15с.
39. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: 1987. 166с.
40. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1995. № 2. С. 86 – 96.
41. Петровский А.В. О психологии личности. М.: 1971. – 311с.
42. Прихожан А.М. Анализ причин тревожности в общении со сверстниками у подростков: Автореф. дис. канд. психол. Наук. М.: 1977. 14с.
43. Прихожан А.М. К построению коррекционных программ по преодолению тревожности у подростков и юношей // Научные основы прикладной психологии. М.: 1989. С. 145 – 146.
44. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности /Психологическая наука и образование. 1998.
45. Прихожан А.М. Психокоррекционная работа с тревожными детьми // Активные методы в работе школьного психолога: сборник научных трудов. / Под ред. И.В.Дубровиной. – М.: Изд-во АПН СССР, 1990. С. 32 – 54.
46. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: НПО «Модек», 2000. 304с.
47. Пуни А.Ц. О состоянии психической готовности спортсмена к соревнованию. Теория и практика физической культуры. 1967. №4. С. 55 – 61.

48. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. М.: ВЛАДОС, 1995. 529с.
49. Савина Е., Шанина Н. Тревожные дети // Дошкольное воспитание. 1996. №4. С. 11 – 14.
50. Семаго Н.Я. Психологические аспекты жестокости в детско-родительских отношениях. М.: Ульяновск. 1995. 86с.
51. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 96с.
52. Соколова Е.Т. Влияние на самооценку нарушений эмоциональных контактов между родителями и ребёнком и формирование аномалии личности / Е.Т. Соколова // Семья и формирование личности / Под ред. А.А. Бодалева. М.: 1981. С. 15 – 21.
53. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Стресс и тревога в спорте. М.: 1983.
54. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: ВЛАДОС. 1989г.
55. Хараш А.У., Дерябина О.М. Ребёнок в семье - воспитуемый или воспитатель? // Семья и личность. Тезисы докладов Всесоюзной конференции в г. Гродно 28-30 сент. 1981г / Под ред. А.А. Бодалёва. – М.: 1981. 218с.
56. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т.1. М.: Педагогика, 1986. 408с.
57. Хорни К. Тревожность. Собрание сочинений: В 3-х т. М., Смысл, 1997.
58. Чеснокова И.Г. Особенности самооценки у детей в неблагополучных семьях. Психолого-педагогические проблемы семейного воспитания (тезисы докладов 19 – 20 ноября) / Под ред. Е.И. Сермяжко. – Могилев, 1985. С. 62 – 65.
59. Швец И.Г. Родительско-детские отношения как фактор формирования тревожности у детей старшего дошкольного возраста: Автореф. дис. канд. психол. наук. – Ярославль, 2002. 23с.

60. Эриксон Э. Детство и общество. М.: Прогресс. 1996. 485с.

Приложение А

Количество эмоционально-негативных выборов здоровых детей
по методике «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмплл, В. Амен, М. Дорки)

№	Ф. И. ребенка	Игра с младшими детьми		Ребенок и мать с младенцем		Объект агрессии		Одевание		Игра со старшими детьми		Укладывание спать в одиночестве		Умывание		Выговор		Игнорирование		Агрессивное нападение		Собиране игрушки		Изоляция		Ребенок с родителями		Еда в одиночестве		Количество эмоционально-негативных выборов
		ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	
1	М	+			+		+	+		+		+		+			+		+		+	+			+	+			+	7
2	М		+	+			+	+			+	+			+		+	+			+		+		+	+		+	8	
3	М	+			+		+		+		+		+	+			+		+		+	+		+	+			+	11	
4	М	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+		+		+	3	
5	М	+			+	+		+		+			+	+			+		+	+			+		+	+		+	6	
6	М		+	+			+	+			+		+	+			+		+		+		+		+	+		+	10	
7	Д	+		+			+	+		+			+	+			+		+		+	+		+	+		+	7		
8	Д	+		+			+	+			+	+			+		+		+		+	+		+		+	+	9		
9	Д	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+	+		+	4		
10	Д	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+		+	+	3		
11	Д	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+		+	+	3		
12	Д	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+		+	+	3		
13	Д		+		+		+	+			+		+	+		+		+		+		+		+	+		+	10		
14	Д	+		+		+		+			+		+	+		+		+		+		+		+	+		+	5		
15	Д	+		+			+	+		+		+		+			+	+			+	+		+	+		+	4		

ВЛ – Веселое лицо; ПЛ – Печальное лицо

**Количество эмоционально-негативных выборов часто болеющих детей
по методике «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмплл, В. Амен, М. Дорки)**

№	Ф. И. ребенка	Игра с младшими детьми		Ребенок и мать с младенцем		Объект агрессии		Одевание		Игра со старшими детьми		Укладывание спать в одиночестве		Умывание		Выговор		Игнорирование		Агрессивное нападение		Собиране игрушки		Изоляция		Ребенок с родителями		Еда в одиночестве		Количество эмоционально-негативных выборов
		ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	ВЛ	ПЛ	
1	М		+		+		+		+		+		+	+			+		+	+		+		+				+		9
2	М	+		+			+	+			+		+	+			+		+	+				+		+			+	8
3	М	+		+			+	+			+		+				+	+			+	+			+			+		4
4	М		+		+		+	+			+		+	+			+	+			+		+	+			+		+	8
5	М		+		+		+	+			+		+	+			+		+		+		+	+			+		+	10
6	М		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	+			+	13
7	М	+		+			+	+			+		+				+	+			+	+			+			+		5
8	М		+		+		+	+			+		+				+		+		+		+		+	+			+	9
9	М	+		+			+	+			+		+	+			+	+			+	+			+	+			+	5
10	М		+	+			+		+		+		+		+		+	+		+			+		+	+			+	10
11	Д	+		+			+	+			+		+				+	+			+	+			+		+		+	3
12	Д	+		+			+		+	+		+		+			+		+				+	+		+		+		5
13	Д		+		+		+	+			+		+		+		+	+			+		+		+		+		+	7
14	Д	+		+			+		+		+		+	+			+		+		+		+			+	+		+	7
15	Д		+		+		+	+			+		+	+			+		+		+	+			+		+	+		9

ВЛ – Веселое лицо; ПЛ – Печальное лицо

Приложение Б

Распределение здоровых и часто болеющих старших дошкольников по уровням тревожности соответственно полученному индексу тревожности по методике «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмпл, В.Амен, М. Дорки)

Уровни тревожности здоровых детей старшего дошкольного возраста

Уровень тревожности	Количество дошкольников (человек)	Количество дошкольников в %
Высокий	5 человек	33%
Средний	6 человек	40%
Низкий	4 человека	27%

Таким образом, высокий уровень тревожности выявлен у 33% здоровых детей, средний уровень тревожности у 40% и низкий уровень тревожности – у 27% старших дошкольников.

Уровни тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста

Уровень тревожности	Количество дошкольников (человек)	Количество дошкольников в %
Высокий	8 человек	53%
Средний	6 человек	40%
Низкий	1 человек	7%

Таким образом, высокий уровень тревожности выявлен у 53% часто болеющих детей, средний уровень тревожности у 40% и низкий уровень тревожности – у 7% старших дошкольников.

Приложение В

Распределение здоровых и часто болеющих старших дошкольников по уровням тревожности по методике «Рисунок человека»

Уровни тревожности здоровых детей старшего дошкольного возраста

№	Ф. И. ребенка.	Показатели тревожности в рисунке							Уровень тревожности
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	М	-	-	-	-	-	-	+	Низкий
2.	М	-	+	-	+	-	+	+	Средний
3.	М	+	+	+	-	+	+	+	Высокий
4.	М	-	+	-	-	-	-	+	Низкий
5.	М	-	+	-	+	-	+	-	Средний
6.	М	+	+	+	+	-	-	+	Высокий
7.	Д	+	-	-	+	-	-	+	Средний
8.	Д	+	+	+	-	+	+	+	Высокий
9.	Д	-	+	-	-	-	+	+	Низкий
10.	Д	-	-	-	-	-	-	+	Низкий
11.	Д	-	+	-	-	-	-	+	Низкий
12.	Д	-	-	-	-	-	-	+	Низкий
13.	Д	+	+	-	+	-	+	-	Высокий
14.	Д	-	+	+	+	+	-	-	Средний
15.	Д	-	+	-	+	-	-	+	Средний

**Уровни тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного
возраста**

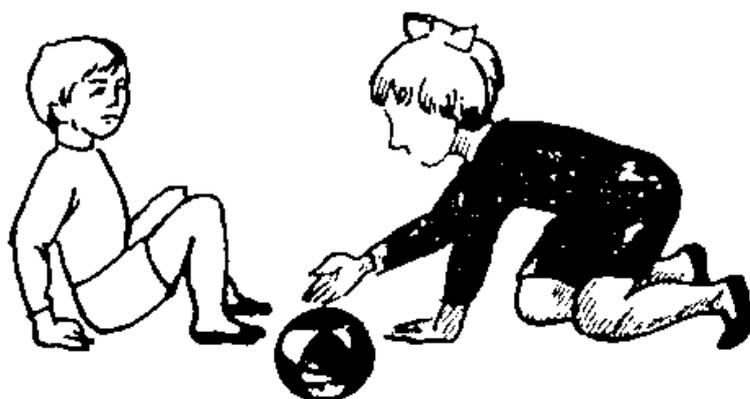
№	Ф. И. ребенка.	Показатели тревожности в рисунке							Уровень тревожности
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	М	+	+	+	-	+	-	+	Высокий
2.	М	-	+	+	-	+	+	+	Высокий
3.	М	-	-	-	+	-	-	+	Низкий
4.	М	-	+	-	+	-	-	+	Средний
5.	М	+	+	+	-	-	+	+	Высокий
6.	М	-	+	+	+	+	+	+	Высокий
7.	М	-	+	-	+	+	-	+	Средний
8.	М	+	+	-	+	-	+	-	Средний
9.	М	-	+	-	-	-	-	+	Низкий
10.	М	+	+	+	+	-	+	+	Высокий
11.	Д	-	+	-	-	-	-	+	Низкий
12.	Д	+	+	-	+	-	-	+	Средний
13.	Д	+	+	+	-	-	-	+	Средний
14.	Д	-	+	-	-	+	+	+	Высокий
15.	Д	+	+	-	+	+	-	+	Высокий

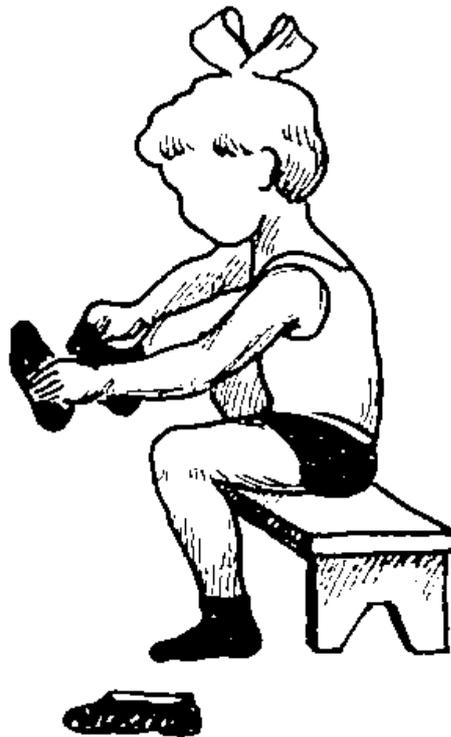
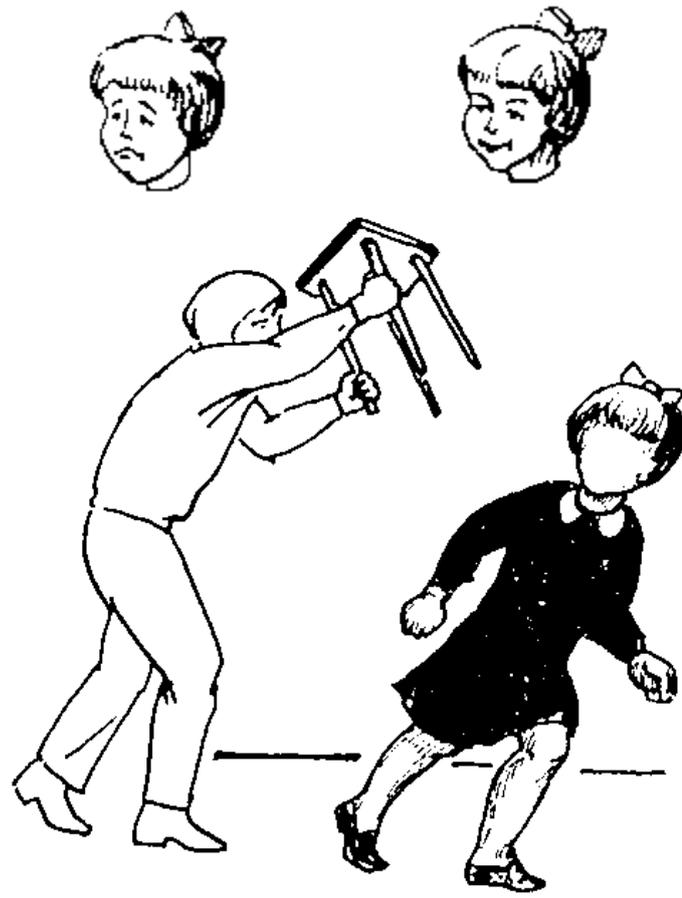
По рисуночному тесту наличие 5-7 показателей тревоги дает основание говорить о высоком проявлении тревожности, 3-4 показателя говорит о среднем проявлении тревожности, а менее 3 признаков – о низком проявлении тревожности.

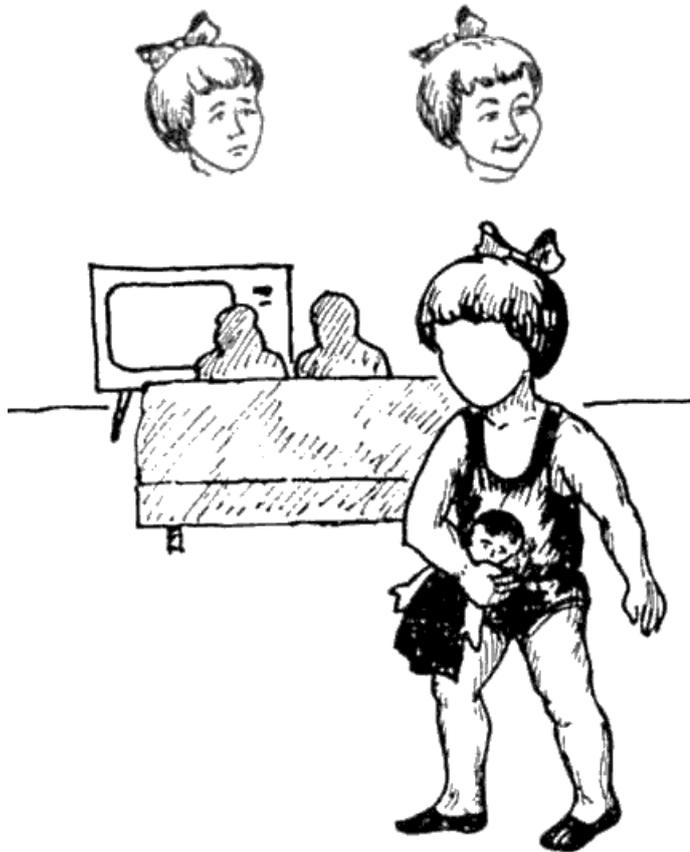
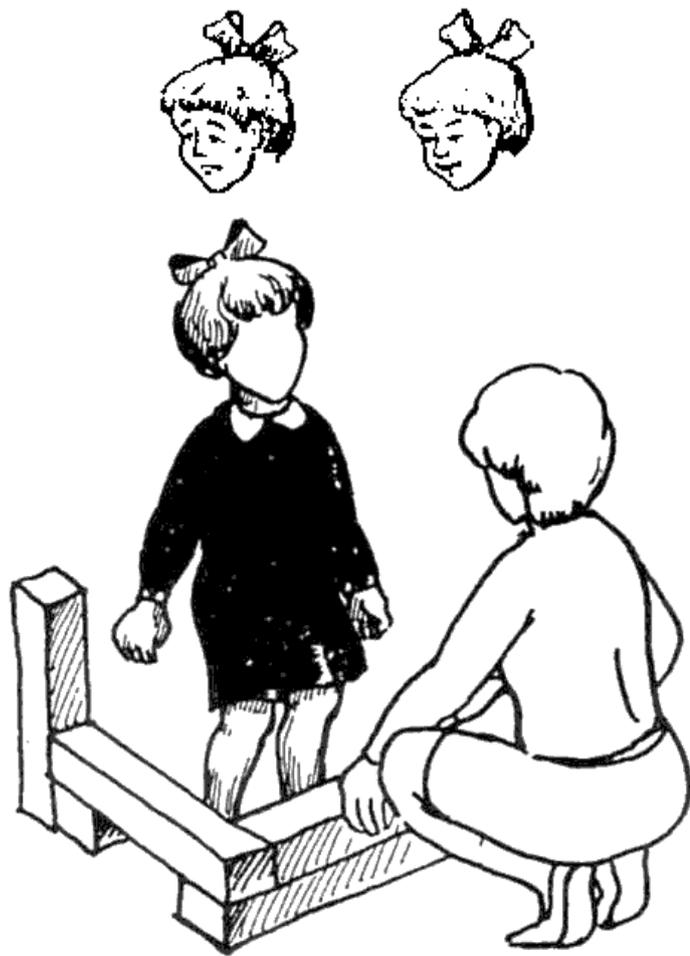
Методика диагностики тревожности

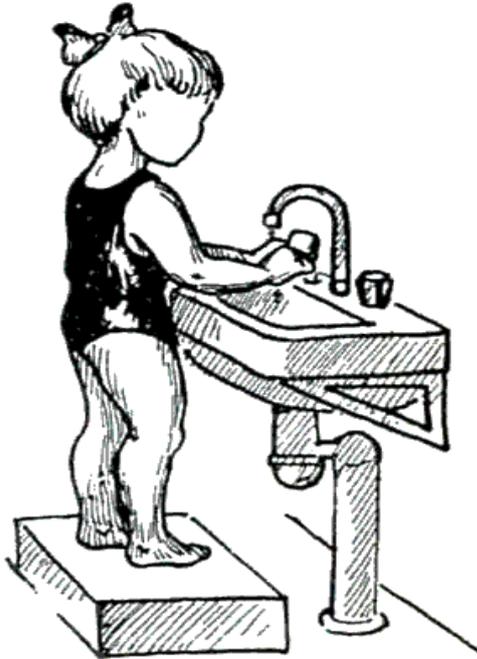
(Р. Тэммела, М. Дорки, А. Амен)

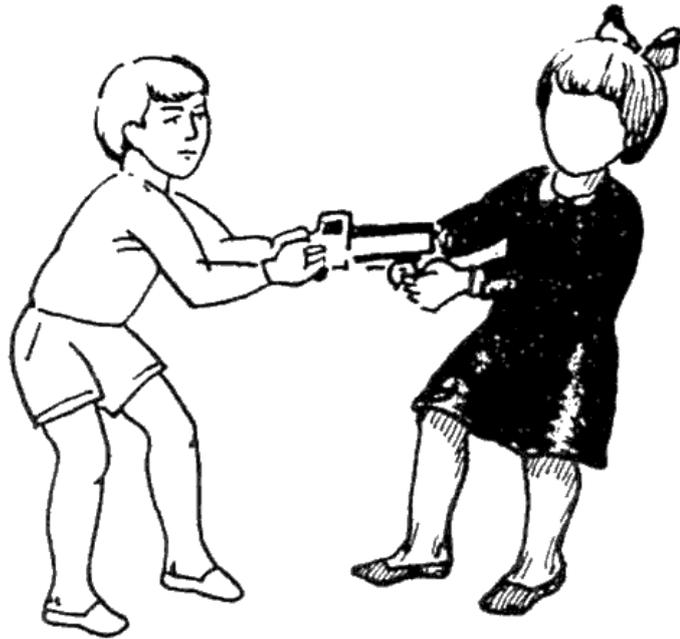
Стимульный материал к тесту для девочек

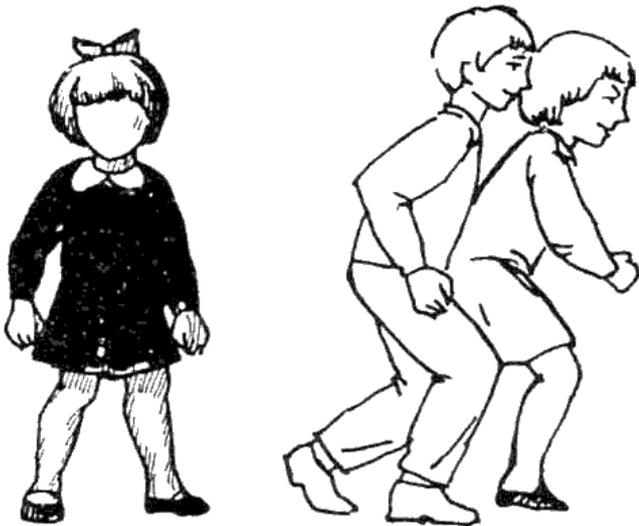
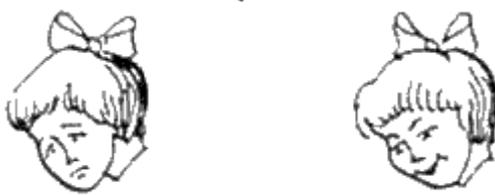
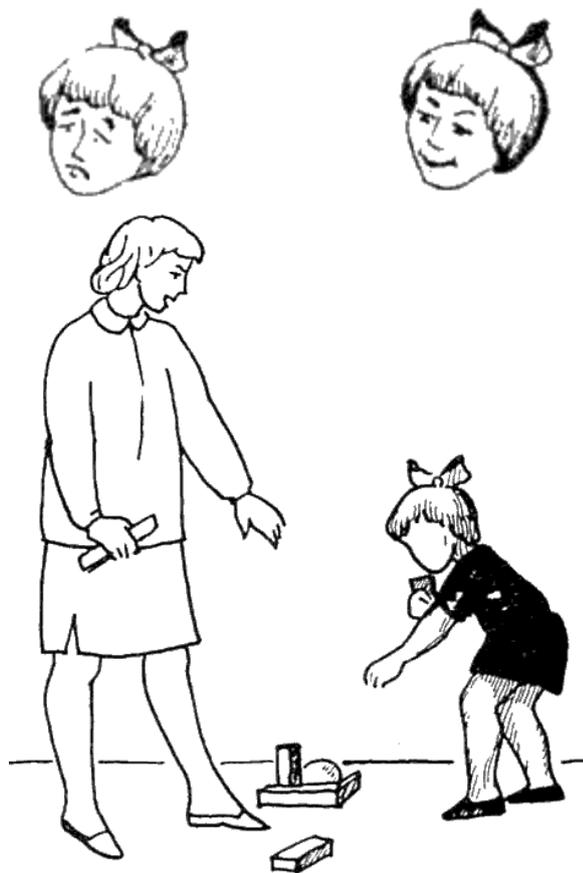


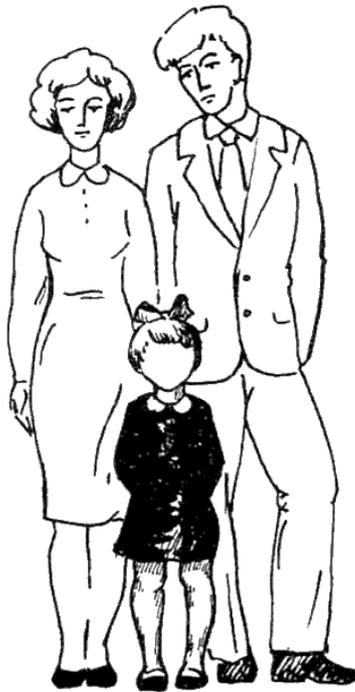












Стимульный материал к тесту для мальчиков





