

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 и педагогики детства

САВИНКИНА НАТАЛЬЯ ВАСИЛЬЕВНА

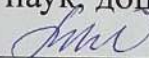
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ
МЕТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

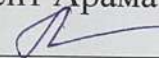
Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психология семьи и семейное консультирование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

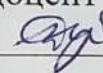
И. о. заведующего кафедрой
канд. филол. наук, доцент Кухар М.А.



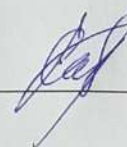
Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Арамачева Л.В.



Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент Дубовик Е.Ю.



Обучающийся
Савинкина Н.В.



Дата защиты
28.06.2023 г.

Оценка

Красноярск 2023

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 и педагогики детства

САВИНКИНА НАТАЛЬЯ ВАСИЛЬЕВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТРОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ
МЕТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психология семьи и семейное консультирование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

И. о. заведующего кафедрой
канд. филол. наук, доцент Кухар М.А.

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Арамачева Л.В.

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент Дубовик Е.Ю.

Обучающийся
Савинкина Н.В.

Дата защиты

Оценка

Красноярск 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	7
1.1. Тревожность как предмет научного исследования.....	7
1.2. Особенности детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.....	23
1.3. Возможности психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.....	39
Выводы по главе 1.....	56
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	57
2.1. Организация и методы исследования.....	57
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	68
2.3. Программа психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.....	77
2.4. Анализ полученных результатов.....	94
Выводы по главе 2.....	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	102
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	104
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	110

ВВЕДЕНИЕ

В России фиксируется рост количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на 9,4 % за последние три года [58].

В классификацию ОВЗ помимо других категорий также входят дети с нарушением речи. До 10% обращений к неврологу поликлиники связаны с нарушениями речевого развития; на нарушения речи у детей дошкольного возраста предъявляют жалобы 40–50% родителей [62].

Всем детям из группы ОВЗ требуется особый уход в период детства, повышенное внимание, забота, организация специальных условий для развития и повышенный контроль со стороны родителей. В соответствии со статьей 44 Федерального закона «Об образовании в РФ» - «Родители являются первыми педагогами, они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка в раннем возрасте ... Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся имеют преимущественное право на обучение и воспитание детей перед всеми другими лицами» [50, с. 45].

При этом наиболее часто с ребенком общается мать, принимая на себя ответственную роль по уходу и воспитанию ребенка с ОВЗ, в том числе ребенка с речевыми нарушениями, одновременно с этим мать может испытывать сильное эмоциональное напряжение. У большинства матерей (80 %), имеющих детей с тяжелыми речевыми нарушениями, наблюдаются различные психологические нарушения, негативные эмоциональные состояния, развитие депрессии, тревоги, чувства вины. Этим женщинам свойственны неэффективные типы детско-родительских отношений [5, 44]. Данные особенности указывают на деформацию личностного развития матерей, а также на неблагоприятные условия развития детей. Для полноценной реализации своей роли, им необходима квалифицированная поддержка. Около 48% женщин нуждаются в психологической помощи, им

не хватает времени на себя и свои потребности, нужды ребенка стоят на первом месте, что делает особенно актуальным исследование возможных путей психологической помощи родителям, воспитывающим детей с ОВЗ, в том числе детей с речевыми нарушениями [35].

Исследуя психическое состояние матерей «особого» ребенка, отечественные авторы изучали тревожность в разных ее проявлениях (М.Н. Гуслова, Т.Г. Горячева, И.А. Солнцева, В.В. Ткачева, Л.М. Шипицина).

Таким образом, анализ научной и методической литературы позволил выявить противоречия между:

1) спецификой тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями и недостаточной изученностью данного феномена в современной психологии;

2) необходимостью в преодолении тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста и отсутствием научно-обоснованной практики психоконсультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Выявленные противоречия обусловили проблему исследования: каковы психолого-педагогические условия снижения тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями в процессе психологического консультирования.

Цель исследования: разработать и реализовать программу психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Задачи исследования:

1. Сделать анализ понятия «тревожность», особенностей детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, возможности психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

2. Выявить уровень тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

3. Разработать и реализовать программу психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, направленную на снижение тревожности матерей.

4. Проверить эффективность разработанной программы психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Объект исследования: тревожность матерей.

Предмет исследования: психологическое консультирование тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Гипотеза исследования: состоит в предположении о том, что программа психологического консультирования тревожных матерей, будет являться эффективным средством снижения тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, если:

1) в содержание психологического консультирования будут включены информирование матерей об особенностях ребенка, практические психотехники и упражнения, направленные на построение эффективного взаимодействия в диаде «мать – ребенок»;

2) в процесс консультирования будут включены приемы арт-терапии, игротерапии, как способствующие снижению тревожности матерей.

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ, сравнение, обобщение научной литературы.

2. Эмпирические: опрос, тестирование.

3. Статистические: U-критерий Манна-Уитни.

Методики исследования:

- Методика определения личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера-Ханина).

- Методика профессиональной и родительской тревожности (А.М. Прихожан).

- Методика «Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс, С. Кауфман).

База исследования: муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 1 Развитие» (МБУ ЦППМиСП № 1 «Развитие»).

Эмпирическая выборка: 15 детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями и их матери.

Структура работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1.1. Тревожность как предмет научного исследования

Проблеме тревожности посвящено значительное количество исследований в психологии, медицине, физиологии, философии, социологии.

В психологической литературе можно встретить разные определения тревожности. Это связано со значительными расхождениями в изучении тревожности между различными школами и авторами внутри одного течения, многозначностью, неясностью термина, субъективностью его применения.

Согласно психологическому словарю под редакцией В.П. Зинченко тревожность – это "индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения». [40, с. 532]

По определению Р.С. Немова: “Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях” [36, с. 601].

По мнению А.М. Прихожан тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грозящей опасности. Тревожность – устойчивое личностное образование, сохраняющееся на протяжении достаточно длительного периода времени [37].

Исследователи Г.Г. Аракелов, Н.Е. Лысенко говорят о тревожности, как о многозначном психологическом термине, которым описывают и

определенное состояние индивидов в ограниченный момент времени, и устойчивое свойство любого человека [3].

Исходя из данных определений можно сделать вывод, что понятие тревожности многоаспектно. Однако большинство исследователей сходятся во мнении о том, что рассматривать это понятие надо дифференцированно – как ситуативное явление (тревогу) и как личностную характеристику.

Таким образом, в современной психологии принято различать «тревогу» и «тревожность», как категории психического состояния и психического свойства соответственно (Левитов Н.Д., 1969) [26].

В кратком психологическом словаре тревога обозначена как эмоциональное состояние, возникающее в ситуации неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий [25].

Следует отделять тревогу от страха. Страх выступает как реакция на определенную, реальную опасность. Тревога, в отличие от страха, есть не опасение чего-то конкретного, но ожидание чего-то ужасающего, состояние безысходности, неопределенности и беспокойства, связанное с предчувствием неминуемой и неясной опасности, будущего несчастья, горя. Тревога иррациональна и беспредметна (Спилбергер Ч.Д., 1983, Левитов Н.Д., 1969). Такой подход наиболее распространен [18; 26].

В других исследованиях (Северный А.А., Толстых Н.Н., 1999), страх представляет собой ответ на угрозу человеку как биологическому организму, когда опасности подвергается жизнь человека (витальная угроза), его физическая составляющая и т. п., в то время как тревога есть переживание и беспокойство, возникающее при угрозе человеку как социальному субъекту, когда опасности подвергаются его ценности, представления о себе, положение в обществе. В этом случае тревога рассматривается как эмоциональное состояние, связанное с нарушением удовлетворения социальных потребностей [33].

Также в психологии имеются попытки раскрыть понятие тревоги через понятие страха, связать эти образования. Тревога есть менее определенный и выраженный страх (Symonds, 1946). Существует мнение, что тревога - это неопределенный страх [45].

Отсюда следует, что в современной психологии по поводу взаимоотношений между тревогой и страхом не существует единого убеждения.

Если тревожность связана с некоторыми внешними причинами, например, если речь идет о беспокойстве за благополучие близкого человека, которому может угрожать опасность, то исследователи склонны считать такую тревогу нормальной [38; 61]. Однако со временем она может усиливаться, дестабилизировать, и даже нарушить ход жизни человека, и в этом случае тревогу признают патологической.

В настоящее время в научном сообществе нет единого мнения о причинах возникновения тревожности у людей. Считается, что тревожность может иметь врожденную природу, связана со слабостью, инертностью нервных процессов и выступает как особенность темперамента. Данная точка зрения принадлежит В.С. Мерлину [32].

Тревожность может быть социально обусловлена, то есть имеет приобретенную природу и рассматривается как личностное образование (К. Хорни, Г. Салливан, А.М. Прихожан и другие).

Также причины биологического и социального характера могут сосуществовать одновременно. Человек, имеющий генетически обусловленную склонность к тревожности, в результате неправильного поведения родителей, значимых взрослых, приходит к внутренним конфликтам самооценочного характера и формированию тревожности.

Многие психологические течения и школы имеют свои представления о причинах и механизмах тревожности.

Одним из первых, кто сделал попытку объяснить природу тревоги, был З. Фрейд. Согласно учению Фрейда, столкновение биологических влечений с социальными запретами порождает тревожность [43]. Попытки следования влечениям строго пресекаются запретами и наказаниями от взрослых, в результате требования инстинктов становятся опасными, а стремление ребенка следованию своим влечениям приводит к возникновению тревоги. Происходит вытеснение нежелательных мыслей, импульсов, переживаний, идей. Когда вытесненные воспоминания грозят вырваться на сознательный уровень, они могут вновь вызвать тревогу, и поэтому опять подавляются. В следствие чего человек переживает нескончаемый подсознательный конфликт.

Вытеснение представляет собой своеобразный исходный охранительный механизм, который направлен на избавление человека от неприятного для него переживания тревоги. Но довольно часто вытесненные мысли, идеи и побуждения не получается удерживать на подсознательном уровне, и вместе с ними наружу прорывается и тревога, которая с ними связана.

В психоанализе подчеркивается положительная роль тревоги в жизни человека: она препятствует осуществлению влечений, способствуя возникновению адаптации к требованиям старших, отражающим устойчивые образцы поведения и нормы.

Однако, в настоящее время, нет прочного эмпирического обоснования утверждений Фрейда о том, что люди используют вытеснение для борьбы с угрожающими или мучительными воспоминаниями, а это значит, что проверить связь вытеснения с тревогой в рамках психоаналитического подхода не представляется возможным.

Психоаналитики «новой волны» (К. Хорни, Г. Салливан) утверждают, что главные источники тревоги и беспокойства коренятся не в конфликте

между биологическими влечениями и социальными запретами, а являются результатом неправильных межличностных отношений [43].

С точки зрения Хорни, основной внутренней конфликт, приводящий к тревоге, заключается в стремлении ребенка к любви, заботе, одобрению, привязанности и в неспособности окружающих взрослых к теплым эмоциональным отношениям с ним. В таких случаях он чувствует себя одиноким, нелюбимым, ненужным, беспомощным в окружающем холодном и враждебном мире, не ощущает себя в безопасности и переживает тревогу.

У него формируется тревожность как устойчивое личностное качество (базисная тревога). Таким образом, подчеркивается главенствующая роль среды, ближайшего окружения в возникновении тревожности у ребенка.

В предложенных Хорни концепциях тревожности достаточно точно показан процесс ее возникновения и закрепления, формирования тревожного невротического типа личности.

По Адлеру тревога является симптомом невроза. «Невроз – это естественное, логическое развитие индивидуума, сравнительно не активного, эгоцентрически стремящегося к превосходству и поэтому имеющего задержку в развитии социального интереса, что мы наблюдаем постоянно при наиболее пассивных, изнеженных стилях жизни» [56, с. 192]. Страдающие неврозами личности, как правило, перенесли в детстве физические страдания или подвергались гиперопеке. В таких условиях у детей начинает формироваться тревожность, они не чувствуют себя в безопасности и начинают развивать стратегию психологической защиты, чтобы справиться с чувством неполноценности. К близким выводам пришли и отечественные исследователи (Б.И. Кочубей, Е.В. Новикова, В.Н. Мясищев, А.И. Захаров, М.С. Неймарк). Возникновение тревожности, по их мнению, связано с внутренними конфликтами, в основе которых лежат противоречия между имеющимися у личности возможностями и предъявляемыми к ней

требованиями действительности, с которыми человек по разным причинам не может справиться.

Представитель гуманистической психологии Р. Мэй считал тревогу естественной составляющей жизни человека – «Если есть тревога, значит человек живет» [63, с. 9]. По словам Мэя, тревога свидетельствует о внутренней борьбе человека между развитием и застоем. Перед человеком открываются новые возможности, но он боится перемен, сопротивляется личностному росту, самореализации и как следствие этого возникает тревога. По мнению Мэя, тревога играет положительную роль в жизни человека, способствует конструктивному решению проблем. Когда тревога исчезает, это говорит о прекращении борьбы, жизненного напряжения, появлении депрессии.

В концепции бихевиаризма тревожность рассматривается как неудачная реакция на события угрожающего характера, таящие в себе опасность. Появившаяся тревожность становится привязанной к обстоятельствам, ассоциирующимся с данным событием. Со временем, обстоятельства начинают служить пусковым механизмом тревожности человека независимо от какого бы то ни было угрожающего события. Тревожные воспоминания представляют собой ассоциативную сеть, в которой установлены семантические связи между представлениями о ситуации и реакциями на нее (Р. Хеллэм, 1992). Таким образом, человек тревожится по причине возникновения условной связи. Чтобы эффективно воздействовать на тревожные состояния необходимо разрушить сложившиеся связи между стимулами и тревожной реакцией.

При когнитивных подходах причинами тревоги видятся искаженные, неверные представления человека об окружающем мире. Он воспринимает опасность некорректно, поскольку опирается на ложные оценки происходящего, преувеличивает опасность и не может найти рациональные способы действия.

В зависимости от причин тревожности А.М. Прихожан описывает типы тревожности (1977):

- беспредметная тревожность проявляется, когда человек не может соотнести возникающие у него переживания с конкретными объектами;
- тревожность как склонность к ожиданию неблагоприятия в различных видах деятельности и общения [38].

При этом первый вариант тревожности является врожденным генетически обусловленным особенностями нервной системы, в то время как второй складывается под влиянием различных жизненных обстоятельств.

Кроме того в психологии выделяются виды тревожности:

- устойчивая тревожность в какой-либо области (тестовая, учебная, межличностная, медицинская и др.). Такую тревожность принято называть специфической, частной, парциальной;

- общая, генерализованная тревожность, быстро и свободно меняющая объекты в зависимости от изменения их значимости для индивида. В этих ситуациях частная тревожность является лишь формой выражения общей;

В зависимости от влияния на деятельность и поведение принято говорить о мобилизующей и расслабляющей тревоге, что описывается в работах Н.Д. Левитова, Е.К. Лютовой, Г.Б. Мониной [26; 29].

Мобилизующая тревога стимулирует общую активность организма, дает дополнительный импульс к деятельности, человек начинает действовать быстрее, эффективнее. Активируется внимание, моторика, скорость реакции, иногда под действием тревоги растут показатели физической силы и выносливости:

- расслабляющая тревога сводит эффективность действий к нулю и проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, повышении артериального давления, появлении сухости во рту, слабости в ногах, переживании беспомощности, бессилия, незащищенности. Для поведения характерно бесцельное хождение по помещению, грызение ногтей, качание

на стуле, стучание пальцами по столу, теребление волос, кручение в руках разных предметов и т. д.

Формы тревожности – это особые способы ее переживания, осознания, вербализации и преодоления. В исследованиях А.М. Прихожан выделяются следующие варианты переживания и преодоления тревожности [38].

Открытая тревожность - сознательно переживаемая и проявляющаяся в деятельности в виде состояния тревоги. Она может быть выражена в разных формах, например:

- как острая, нерегулируемая и слабо регулируемая тревожность, чаще всего отрицательно влияющая на деятельность человека, дезорганизирующая её;

- регулируемая и компенсируемая тревожность, которая может использоваться человеком, как правило, в стабильных, привычных ситуациях в качестве стимула для выполнения соответствующей деятельности;

- культивируемая тревожность появляется только в подростковом возрасте, потому что требует определенной личностной зрелости, так как связана с поиском пользы от собственной тревожности.

Скрытая тревожность — в разной степени неосознаваемая, проявляющаяся либо в чрезмерном спокойствии, равнодушии к реальному неблагополучию и даже отрицании его, либо косвенным путем через специфические, непродуктивные формы поведения (теребление волос, концов одежды, расхаживание из стороны в сторону, хруст пальцами и т. д.):

- неадекватное спокойствие, связанное с компенсаторно-защитной попыткой индивида поддержать самооценку; низкая самооценка в сознание не допускается;

- уход от ситуации.

Анализируя современные представления о феномене тревожности можно сказать, что не следует говорить о последней только в негативном

контексте. Она представляет собой сигнал неадекватности структуры деятельности человека по отношению к ситуации. Каждый индивид обладает оптимальным уровнем тревожности, которая является необходимым условием развития его личности. Здесь подразумевается полезная тревожность. Исходя из этого, можно выделить следующие ее функции:

- мобилизация потенциальных возможностей;
- предупреждение человека о возможной опасности;
- побуждение к поиску и конкретизации опасности на основе активного исследования окружающей действительности.

Тревога развивается по определенным закономерностям, описываемым по Ф.Б. Березину динамическим рядом состояний (тревожный ряд) в порядке нарастания тяжести, выраженности, интенсивности состояния:

- ощущение внутренней напряженности, выражающееся в переживаниях напряженности, настороженности, дискомфорта (первый уровень). Оно не несет в себе признаков угрозы, а служит сигналом приближения более выраженных тревожных явлений. Данный уровень тревоги имеет наибольшее адаптивное значение и характеризуется наименьшей интенсивностью;

- ощущение внутренней напряженности сменяется или дополняется гиперестезическими реакциями (второй уровень). Ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, а при усилении — отрицательную эмоциональную окраску (на этом основана раздражительность, которая, по сути, представляет собой недифференцированное реагирование);

- собственно тревога (третий уровень) — проявляется в переживании неопределенной угрозы, чувства неясной опасности;

- ощущение тревоги сменяется страхом (четвертый уровень) — состояние, возникающее при нарастании тревоги и проявляющееся в опредмечивании неопределенной опасности. При этом объекты,

идентифицированные как «пугающие», необязательно отражают реальную причину тревоги.

- ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы (пятый уровень). Оно возникает в результате нарастания тревоги и переживании невозможности избежать опасности, неминуемой катастрофы, что связано не с содержанием страха, а лишь с нарастанием тревоги.

- тревожно-боязливое возбуждение (шестой уровень) — выражается в потребности в двигательной разрядке, поиске помощи, что максимально дезорганизует поведение человека. Это наиболее интенсивное проявление тревоги [33].

В исследованиях И.В. Имедадзе выделяется два уровня тревожности: низкий и высокий. Низкий необходим для нормального приспособления к среде, а высокий вызывает дискомфорт человека в окружающем его социуме. Чрезмерно высокий уровень тревожности, так же как и слишком низкий уровень (полное отсутствие тревожности) рассматриваются как явление, мешающее нормальной адаптации [33].

В работах Б.И. Кочубей и Е.В. Новикова описываются три уровня тревоги, связанной с деятельностью: деструктивный, недостаточный и конструктивный [23].

Существование уровней тревожности говорит о взаимосвязи интенсивности переживания последней и эффективности деятельности.

Установлено, что при решении легких задач наиболее успешны испытуемые с высоким уровнем тревожности по сравнению с нетревожными. При решении сложных задач, наоборот, наиболее успешными являются нетревожные. Считается, что устойчивая, базисная «тревожность» ситуационно актуализируется и препятствует решению сложных задач. С помощью специальных исследований было выявлено, что сообщения о неудачах или об уменьшении времени на решение задач, а не столько

сложность как таковая, является отвлекающим и мешающим фактором (Дэвидсон, Эндрюс, Росс, 1956).

Часто эффективность деятельности у тревожных людей достигается за счет увеличения энергозатрат, повышенных усилий, что ведет к перенапряжению, срывам, снижению работоспособности, быстрой утомляемости, ухудшению здоровья. По мнению А.М. Прихожан успешность в деятельности здесь служит не столько высоким достижениям, сколько приспособлением для того, чтобы не испытывать тревожности [38].

Таким образом, устойчивая, интенсивная тревожность отрицательно влияет на продуктивность деятельности, обладает дезорганизирующим эффектом.

Экспериментально доказано, что высокий уровень тревожности оказывает неблагоприятное воздействие на когнитивные процессы. Так, у тревожных испытуемых зафиксировано упрощение, стереотипность мыслительных процессов, ухудшение внимания, восприятия, памяти в связи с фиксацией только на стрессовых элементах. Например, имеются сведения о том, что в состоянии тревоги происходит сужение поля внимания. Люди концентрируются на том, чего они опасаются или что может быть значимым для их благополучия, разная другая информация остается незамеченной.

Анализ указанных выше данных позволяет сказать, что следствием нарушенных в результате повышенной тревожности познавательных процессов, выступает неэффективность деятельности.

Помимо доказанного отрицательного воздействия на деятельность и познавательные процессы, тревожность несет негативные последствия для здоровья человека.

В работах А.М. Прихожан говорится, что «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» [38, с. 6]. Кроме того, отмечаются такие явления, как приливы жара или холода, потливость, ощущение «кома» в горле, тошнота, ощущение вздутия живота, учащенное мочеиспускание, сухость во рту, головокружение, предобморочные состояния, боли в мышцах.

Таким образом, тревожность может послужить причиной возникновения некоторых соматических расстройств. Возбуждение ведет не только к повышению кровяного давления, но и к сужению кровеносных сосудов в брюшной полости. В течение некоторого времени внутренние органы, в том числе и желудок, недостаточно снабжаются кровью. Это приводит к повреждению защитного покрытия, предохраняющего слизистую желудка от агрессивного воздействия желудочного сока и возникновению инфекции, воспалению слизистой желудка, вызываемой бактерией *Helikobakter pylori*. Возникает язвенная болезнь дуоденальной локализации.

Установлена связь между тревожным поведением и заболеваниями сосудистого характера. Так, у лиц, пребывающих в постоянном состоянии тревоги и демонстрирующих напористость, раздражительность, враждебность, нетерпеливость выявляется ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

Тревожность отрицательно влияет на иммунные процессы. Если человек длительно испытывает тревогу, то у него больше шансов заболеть острым респираторным заболеванием, гриппом или подхватить кишечную инфекцию.

На психическом уровне тревожность ощущается как скованность, озабоченность, беспокойство по мелочам, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение, сконцентрироваться и др. Часто наблюдается повышенная утомляемость,

затруднения засыпания и поверхностный, неглубокий сон, страхи. Отсюда следует, что тревожность может провоцировать функциональные нарушения невротического характера.

Далее хотелось бы остановиться на гендерной, а именно женской, материнской тревожности.

Исследованию гендерной специфики проявления тревожности посвящено много работ в психологии. Большой вклад в изучение этих различий внесли такие авторы, как В.И. Антропов, А.И. Захаров, И.С. Кисловская, А.В. Кочубей, И.П. Новикова и др. В своих работах исследователи подчеркивают, что для каждого возрастного периода имеются свои специфические зоны, объекты действительности, которые могут повышать уровень тревожности личности вне зависимости от наличия опасности. Такие возрастные периоды пиков тревожности отражают прежде всего наиболее значимые потребности личности [9].

В современных реалиях тревожным расстройствам подвержены все социальные слои и возрастные группы. Однако симптомы тревожных расстройств в женской популяции встречаются в три раза чаще по сравнению с мужской и часто приобретают хронический характер [34; 51].

В основе женской тревожности лежат социальные (полоролевые стереотипы, конфликт ролей), биологические (флюктуация уровня эстрогена) и психологические факторы (повышенная эмоциональность, ранимость, чувствительность). Состояние тревоги у женщин может развиваться в любом возрасте. В 20-25 лет тревога может возникнуть по поводу карьеры, социализации, внешности, отношений с мужским полом. Пик тревожных расстройств приходится на возраст 30–40 лет [9; 51].

Женщины с высоким уровнем тревожности обладают такими личностными особенностями, как уязвимость, незащищенность, высокая восприимчивость, основную массу ситуаций воспринимают как опасные. Они часто испытывают беспокойство, чувство беспомощности в сложных

ситуациях, их сопровождает страх и ощущение общего неблагополучия, возможны психосоматические и вегетативные реакции. Также у женщин наблюдается недостаточный уровень личностной зрелости. Эти женщины не способны жить настоящим, оценивать текущий момент жизни со всей его полнотой и целостностью. Они зависимы от мнения окружающих, склонны ориентироваться на их установки и убеждения, подвергая свои собственные доминанты постоянному анализу и коррекции. Они обладают низкой коммуникабельностью, не способны открыто проявлять свои эмоции и чувства, лишены спонтанности, непосредственности. При установлении эмоциональных контактов слишком доверчивы.

В области профессиональных отношений тревожные женщины недостаточно четко видят себя в избранной профессии, потому что зачастую совершили выбор неосознанно. У них отсутствует уверенность в правильности принятого решения об их профессиональном будущем. Познавательная активность и креативность в профессии не выше среднего уровня.

На этапе подготовки к материнству, во время беременности 20 % беременных женщин испытывают состояние тревоги. Поводами для беспокойства служат переживания по поводу предстоящих родов, состояния будущего ребенка, своей состоятельности в материнской роли, отношений мужа и окружающих.

Проведенные исследования выявили, что у тревожных беременных чаще встречается угроза прерывания беременности и осложнения в течение родов. Они имеют более низкий уровень образования, больше подвержены таким вредным привычкам как курение и алкоголь.

Женщины, испытывающие во время беременности повышенную тревогу за состояние будущего ребенка, тем не менее, обнаруживают его низкую ценность, они психологически не уверены в благополучном исходе

беременности, не нацелены на будущее материнство. Тревожные беременные в дальнейшем проявляют себя менее успешными в роли матери [60].

После родов у многих женщин развивается так называемый синдром грусти рожениц, который обнаруживается более чем в 85% случаев. Он характеризуется тревожностью, беспокойством, лабильностью настроения, подавленностью, плаксивостью, нарушением аппетита и сна.

Если вовремя не уделить внимание проблеме тревоги, это может привести к негативному влиянию на ребенка, повышению риска развития депрессии, плохому уходу и вскармливанию после деторождения.

Определенные личностные и эмоциональные особенности матери дисгармонизируют ее отношение к ребенку. Большинство как отечественных, так и зарубежных ученых сходится во мнении, что такой личностной особенностью матери является тревожность.

В исследованиях С.И. Беляевой, посвященных влиянию материнской тревожности на ребенка, утверждается, что состояние тревоги коренным образом преобразует эмоциональную окраску взаимодействия матери и ребенка. Тревожная мать переживает комплекс негативных эмоций (стыд, печаль, страх, гнев, вина), каждая из которых оказывает влияние на ее общее соматическое состояние, восприятие окружающего мира в целом и конкретной ситуации взаимодействия с ребенком в частности, на ее мысли, поведение и, соответственно, взаимоотношение с ребенком.

По словам С.И. Беляевой тревожность как черта личности «может исказить или даже купировать естественные проявления материнской любви, вплоть до появления в поведении матери деструктивных форм реагирования на собственного ребенка» [4, с. 11].

Тревожные матери неадекватно проявляют привязанность к своему ребенку. В зависимости от степени отзывчивости матерей к потребностям их детей и стремления удовлетворить эти потребности присутствует широкий диапазон реагирования — от назойливой опеки до полной безучастности.

В состоянии тревоги матери зачастую испытывают раздражительность, что значительно снижает ее эмоциональную доступность для ребенка, лишая его необходимой поддержки на протяжении всего детства. Около 55 % матерей склонны к деструктивным формам наказания ребенка – физическим воздействиям, ограничению свободы, игнорированию [4]. Подобные формы наказаний сигнализируют о снижении эмоциональной саморегуляции, которая требуется для того, чтобы применять такие воспитательные меры, как убеждение, внушение, разъяснение.

В структуре материнской тревожности преобладают явления чувства усталости, вялости, пассивности, быстрой утомляемости, собственной бесполезности, неуверенности в себе. У многих матерей присутствуют опасения, страхи за собственное будущее на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Окружающий мир представляется как основной источник тревожных напряжений и неуверенности.

Описанные выше проявления материнской тревожности негативно влияют на межличностные отношения матери и ребенка и в дальнейшем могут явиться фактором риска нарушения адаптации у последнего.

Исследованием психического состояния матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, занимались Л.М. Шипицына, В.В. Ткачева, И.А. Скворцов, Н.Е. Карпова, Т.А. Стрекалова, Т.Г. Горячева, И.А. Солнцева, Н.Л. Белопольская. Установлено, что у матерей ребенка с нарушениями в развитии наблюдаются акцентуации характера, низкая самооценка, чувство вины и повышенный уровень тревожности. Степень тяжести дефекта у ребенка оказывает существенное влияние на интенсивность тревожных переживаний матери, уровень ее эмоциональной напряженности [53].

Итак, проведенный теоретический анализ показал, что современное состояние проблемы тревожности определяется следующим:

1. Термин «тревожность» в мировой науке многозначен и рассматривается с различных позиций исследователями и многочисленными научными течениями.
2. Необходимо разделять тревожность как устойчивую личностную характеристику и тревогу как ситуативное явление.
3. В научном сообществе не существует единого мнения о причинах возникновения тревожности у людей.
4. Тревожность не является изначально негативной чертой личности. Каждый человек имеет свой оптимальный уровень тревожности, который является значимым условием развития личности.
5. Высокий уровень тревожности отрицательно влияет на деятельность, когнитивные процессы и здоровье человека.
6. Женщины больше подвержены тревожности, чем мужчины. Тревожность дисгармонизирует отношения матери и ребенка.
7. Существует необходимость диагностики и своевременной коррекции тревожности, поскольку она отрицательно влияет на качество жизни женщин, ухудшает их физическую, психическую и социальную адаптацию.

1.2. Особенности детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями

По определению, данному Т.Б. Филичевой, к детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи [52].

В отличие от других категорий детей с особенностями развития они имеют нормальный биологический слух, сохранное зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Обозначение этих

дифференцирующих признаков нужно для их отграничения от речевых нарушений, наблюдаемых у детей с задержкой психического развития, умственной отсталостью, слепых и слабовидящих, детей с ранним детским аутизмом и др.

По мнению Т.В. Пятницы нарушениями речи являются отклонения от принятой в данной языковой среде речевой нормы, полностью или частично препятствующие речевому общению и ограничивающие возможности социальной адаптации человека. Как правило, они обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие [41].

Специфика нарушений зависит от времени их проявления (в процессе речевого развития или после его завершения); от уровня психического и интеллектуального развития; от влияния окружающей среды и других факторов.

Основными причинами патологии детской речи являются:

1. Различная перинатальная (внутриутробная) патология, приводящая к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают в период от 4 недель до 4 месяцев. Сюда относят следующие факторы:

- наследственные (генные и хромосомные заболевания);
- гипоксические (внутриутробное кислородное голодание);
- травматические (внутричерепные кровоизлияния);
- биологические (воздействие вирусов, бактерий, простейших);
- химические (лекарства, никотин, алкоголь, наркотики, экологические вредности, авитаминозы);
- радиоактивные (облучение);
- иммунологические (несовместимость крови по резус-фактору и др.);
- социально-психологические (стрессы, депрессии, страхи у будущей матери);

- заболевания матери во время беременности (острые и хронические).

2. Натальная (во время родов) патология включает:

- травматические факторы (родовая травма, акушерско-гинекологическая патология);

- асфиксические факторы (кислородное голодание плода во время родов);

- недоношенность.

3. Постнатальная (после рождения) патология характеризуется факторами:

- наследственные (проявившиеся в период становления речи);

- травматические (черепно-мозговые травмы);

- биологические (нейроинфекции, вирусные инфекции в первые годы жизни ребенка);

- соматические (общая физическая ослабленность организма, хронические заболевания);

- социально-психологические (длительная психотравмирующая ситуация в семье, педагогическая запущенность, сверхшумное окружение).

Также наиболее часто речевая функция страдает в критические периоды развития, которые представляют собой наиболее опасные временные периоды для возникновения речевых нарушений. Выделяют три таких периода, в которые речь ребенка наиболее уязвима: 1-2 года (формирование предпосылок речи, основ коммуникативного поведения), 3 года (интенсивное развитие связной речи), 6-7 лет (начало развития письменной речи).

Критические периоды играют предрасполагающую роль и могут сочетаться с неблагоприятными факторами.

Установлено, что некоторые психологические особенности матери могут негативно сказываться на речевом развитии детей. Так, при изучении беременных женщин с повышенной тревожностью было выявлено, что

тревожные беременные не нацелены на общение с будущим ребенком. После рождения ребенка тревожные матери плохо знают причину плача малыша, не понимают его эмоциональных проявлений, неадекватно реагируют на нужды ребенка, что в свою очередь, затрудняет процесс взаимодействия между ними. По данным исследований Е.Г. Щукиной тревожные матери редко разговаривают со своими детьми. Их общение с ребенком «непродолжительно, речь эмоционально скудно окрашена, матери практически не используют детскую речь — “бэби ток”, при речевом контакте редко смотрят в глаза ребенку» [60, с. 51]. Такое неполноценное общение может привести к задержке речевого развития у ребенка.

В соответствии с психолого-педагогической классификацией нарушений речи (по Р.Е. Левиной) выделяются следующие группы нарушений речи:

- фонетическое нарушение речи (ФНР). При ФНР нарушено звукопроизношение, звуко-слоговая структура слова, просодика в комплексе или отдельные компоненты фонетической системы (например, звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова, или одно только звукопроизношение);

- фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР). При ФФНР страдает не только фонетическая сторона речи, но и фонематические процессы (недоразвитие фонематического восприятия, фонематических представлений, фонематического анализа и синтеза);

- лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР). Для ЛГНР характерно недоразвитие лексической стороны речи, нарушение грамматического строя у детей при нормальном звукопроизношении и относительно сохраненных фонематических процессах;

- общее недоразвитие речи, а также нерезко выраженное недоразвитие речи (ОНР, НВОРН). При ОНР у детей наблюдается системное нарушение речи, т.е. всех компонентов речевой системы (грамматического строя,

лексики, фонетики, фонематических процессов). Тяжесть нарушения зависит от уровня недоразвития речи (ОНР I, II, III уровня) [41].

Изучением психических функций у детей с речевыми нарушениями занимались И.З. Бернштейн, В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, Л.И. Белякова, О.Н. Усанова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, И.Ю. Левченко, Г.Х. Юсупова, Т.Н. Волковская [10]. Анализ полученных данных показывает своеобразие психического развития данной категории детей.

Речь связана со многими психическими процессами. В. А. Ковшиков отмечает, что «восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание, формируются у человека только при участии речи и опосредованы ею. Речь, выступая как важнейшая высшая психическая функция, организует и связывает все другие психические процессы. Нарушения речи приводят к задержке, дефициту и искажению многих сторон психического развития» [12, с. 215].

Следует отметить, что дети с нарушениями речи представляют одну из самых многочисленных и разнородных групп. Например, дети с тяжелыми нарушениями речи (ОНР), как правило, имеют более выраженные отклонения в психическом развитии, чем дети с более легкими дефектами речи (ФНР). К тому же тщательное неврологическое обследование детей с тяжелыми нарушениями речи обнаруживает симптоматику органических поражений нервной системы.

Исследованием восприятия у детей с нарушениями речи занимались такие ученые как, Л.И. Белякова, Г.А. Волкова, Е.М. Мастюкова, Ж.М. Глозман, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Л.С. Цветкова и другие [10].

В старшем дошкольном возрасте формируются сложные виды перцептивной аналитико-синтетической деятельности, способность мысленно разделять воспринимаемый предмет на части, чтобы затем объединить их в единый образ. Слух дошкольника становится речевым, т.е. настроенным на восприятие и анализ звуков, слогов, слов родного языка. У

ребенка складываются специальные аналитические операции, направленные на различение звуков, определение их количества и последовательности в слове, что рассматривается как фонематическое восприятие.

У детей с речевыми нарушениями часто выявляется недоразвитие фонематического восприятия. Они с трудом различают близкие по звучанию и артикуляции звуки. Это, в свою очередь, может приводить к нарушению произношения звуков и неправильному формированию слоговой структуры слова. Дети допускают ошибки при выделении заданного звука, слога из ряда других звуков и слогов, при определении наличия звука в слове, при повторении слоговых цепочек с оппозиционными звуками. В большинстве случаев, это приводит к затруднениям в овладении чтением и письмом.

Расстройства слухового (сукцессивного) гнозиса проявляются в нарушении восприятия последовательности стимулов, реализующихся во времени. При составлении рассказа по серии сюжетных картин (сукцессивный гнозис) дети с нарушениями речи больше времени тратили на разложение картинок в нужном порядке, затруднялись установить временные, причинно-следственные связи, не понимали смысла сюжета, не могли составить полноценный развернутый рассказ.

Недоразвитие зрительного восприятия проявляется недостаточной сформированностью целостного образа предмета, дефицитарностью зрительных представлений, их слабой дифференцированностью.

Восприятие и речь взаимообусловлены: обобщенность и константность восприятия, с одной стороны, и подвижность зрительных образов - с другой, формируются и развиваются под влиянием слова. У детей с речевыми нарушениями отсутствуют прочные и адекватные связи слова со зрительным образом предмета.

Особенности пространственных нарушений характеризуются трудностями ориентировки в собственном теле, в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, в понимании

предлогов, обозначающих пространственные отношения. Иногда у детей с ТНР наблюдается относительная сохранность способности правильно определять пространственные отношения между предметами в импрессивной речи, однако в экспрессивной речи имеется недостаточность языковых средств для выражения этих отношений или допускаются ошибки в языковых средствах.

В последующем, в школе, резко обозначается роль пространственных нарушений в стойкости расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии), нарушений счета.

Изучением особенностей внимания у детей с различными нарушениями речи занимались В.А. Калягин, Н.Л. Карпова, Р.Е. Левина, Т.С. Овчинникова, О.Н. Усанова, Е.А. Шумилова и другие [10].

Установлено, что в старшем дошкольном возрасте наблюдается рост концентрации внимания, значительно увеличивается его устойчивость и объем. Шестилетние дети могут активно и продуктивно заниматься одним и тем же делом около 10–15 минут. Объем внимания охватывает около трех объектов. У старшего дошкольника появляется регулируемое внутренней речью, полноценное произвольное и опосредствованное внимание. Ребенка постепенно начинают привлекать не только яркие предметы, но и содержание детских книг, интеллектуальные задачи, личность и деятельность сверстников и взрослых людей. Однако, несмотря на достаточно высокую степень развития, внимание дошкольника еще не совершенно и не совсем готово к обеспечению учебной деятельности.

Развитие внимания детей с различными речевыми нарушениями имеет определенные особенности и характеризуется пониженной устойчивостью, быстрой истощаемостью, трудностями в планировании своих действий.

Выявляемый низкий уровень произвольного внимания приводит к несформированности или значительному нарушению структуры деятельности у детей. При этом страдают все основные звенья деятельности:

- дошкольники испытывают сложности при сосредоточении на анализе условий, поиске различных способов и средств решения задач с помощью словесной инструкции, что влияет на темп деятельности. Распределение внимания между речью и действием становится непосильной задачей для них, что говорит о недостаточности распределения внимания, повышенной отвлекаемости;

- ошибки внимания у детей отмечаются на протяжении выполнения всего задания и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются ими, что, в свою очередь, влияет на результативность деятельности. При этом качественно отличаются от нормы характер ошибок и их распределение во времени;

- все виды контроля за деятельностью (упреждающий, текущий и последующий) являются значительно нарушенными или вообще несформированными, причем наиболее страдают упреждающий и текущий контроль;

- для детей с речевыми дефектами предпочтителен в основном репродуктивный тип деятельности, связанный с трудностями удержания внимания на словесной инструкции и основанный на использовании образца деятельности экспериментатора, в отличие от продуктивного свойственного детям с нормой речевого развития.

- отвлечения во время деятельности носят неспецифический характер. У детей с нормой речевого развития присутствует тенденция к отвлечению на экспериментатора. Они смотрят на экспериментатора, пытаются по его реакции определить, правильно или нет, они выполняют то или иное задание. Дети с речевыми нарушениями зачастую осуществляли действия, не связанные с выполнением задания (например, «посмотрел в окно, по сторонам»).

Таким образом, можно заключить, что у детей с дефектами речи наблюдается значительное снижение произвольного внимания по сравнению

с нормой, но специфика этого нарушения определяется индивидуальными особенностями (истощаемостью и повышенной утомляемостью у одних детей и расторможенностью и неустойчивостью у других).

Особенности развития памяти при речевых нарушениях у детей изучали И.Ю. Левченко, И.Т. Власенко, Ю.Ф. Гаркуша, А.Р. Лурия, Н.Н. Трауготт, О.Н. Усанова, Н.П. Чурсина и другие [27].

В дошкольном возрасте наблюдается переход от произвольного и непосредственного запоминания к произвольному и опосредствованному. В 5-6 лет начинают появляться специальные перцептивные действия, нацеленные на сознательное запоминание. К 6-7 годам окончательно формируется произвольное запоминание. Вместо простого повторения ребенок использует для запоминания логические связи. Слухоречевая память дошкольников развита хуже, чем зрительная.

Зрительная память детей с речевыми нарушениями мало отличается от нормы. Процесс запоминания нарушается из-за слабости пространственных представлений, неправильного восприятия формы. Моторная память также обычно не имеет выраженных нарушений и приближена к норме развития.

В свою очередь, у детей наблюдается более низкий уровень сформированности произвольной памяти. Характерным процессом является сужение ее объема, быстрое затухание возникших следов, ограниченное удержание вербальных раздражителей, выраженная недостаточность процессов запоминания, сохранения и воспроизведения, замедленная скорость.

Длительное удержание слуховой информации, инструкций вызывает выраженные затруднения у дошкольников с различными речевыми нарушениями. Дети часто забывают сложные трех-четырёх ступенчатые инструкции или их элементы, меняют очередность предлагаемых заданий. Неправильное или неточное выполнение инструкций связано не только со снижением слухоречевой памяти, но и с особенностями внимания,

отсутствием у детей потребности обращаться к речевому общению для уточнения инструкции. При этом относительно сохранными остаются возможности смыслового, логического запоминания. Фразы, объединенные внутренними смысловыми связями, запоминается легче, чем серии слов или однотипные инструкции. Уровень слуховой памяти понижается с понижением уровня речевого развития.

Исследования памяти позволяют заключить, что у детей с речевыми нарушениями существует относительная сохранность одних видов памяти (зрительной, моторной) при достаточно выраженных нарушениях других (слухоречевая память).

Изучением особенностей развития мышления у детей с патологией речи занимались такие ученые, как О.Р. Даниленкова, И.Т. Власенко, Т.Н. Волковская, Г.В. Гуровец, Н.С. Жукова, О.Н. Усанова, Е.М. Мастюкова, Т.В. Нестерова, Т.С. Овчинникова, В.М. Тарновский, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и другие [54].

В дошкольном детстве интенсивно развивается наглядно-образное мышление. В целом мышление дошкольника можно охарактеризовать как имеющее значительную долю наглядности с элементами умственных абстрактных операций. К концу дошкольного возраста начинает формироваться словесно-логическое мышление на основе использования речи как средства постановки и решения интеллектуальных задач с помощью рассуждений и правил логики.

Известно, что дети с нарушениями речи интеллектуально сохранны, имеют стойкий познавательный интерес, достаточно развитую трудовую и предметно-практическую виды деятельности. Однако при этом у них отмечается несформированность некоторых понятий, снижение самоорганизации, замедленность мыслительных процессов и другое. Таким образом, можно говорить о некоем своеобразии в развитии отдельных сторон

мышления. Ограниченность знаний и трудности самоорганизации напрямую влияют на мышление детей.

Недостаточность знаний проявляется трудностями при установлении причинно-следственных связей объектов, в небольшом объеме сведений об окружающем, о функциях, свойствах, назначении предметов действительности. Нарушения самоорганизации включают недостатки эмоционально-волевой и мотивационной сфер и зачастую проявляются в виде психофизической расторможенности и отсутствии устойчивого интереса к заданию.

У детей с речевыми нарушениями наблюдается недоразвитие наглядно-образного мышления. Для устранения явлений недоразвития им необходимо специальное обучение по овладению навыками анализа, синтеза, сравнения, классификации, исключения лишнего понятия и умозаключения по аналогии.

Недоразвитие наглядно-образного мышления при нарушениях речи в большинстве случаев, связано с тяжестью речевого дефекта. Здесь уместно вспомнить утверждение Л.С. Выготского о прямом влиянии формирующейся речи на ускорение и интенсификацию развития наглядно-образного мышления и формирование его рефлексивных характеристик.

Выявлено также, что существует связь между видом речевой патологии и характерными особенностями в протекании мыслительных процессов.

Так, в исследованиях О.Н. Усановой дети с общим недоразвитием речи поделены на три группы в зависимости от состояния невербального интеллекта:

1. Дети, у которых особенности развития невербального интеллекта не связаны с речевыми трудностями и развитие интеллекта незначительно отличается от нормы;

2. Дети с нестабильностью показателей развития невербального интеллекта, т.е. иногда наблюдается снижение интеллекта относительно

нормы. Хотя обычно, у данной категории детей развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы. Это самая многочисленная группа.

3. Дети с нормой развития невербального интеллекта [11].

У дошкольников с алалией своеобразие мыслительных процессов проявляется в отставании в развитии наглядно-образного мышления, в нарушении функционально-операционной стороны мышления (анализ, синтез, обобщение, сравнение, классификация и другое), замедленности мыслительных процессов.

Также имеются трудности словесного обозначения пространственных отношений и переключения с одного вида задания на другое, нарушение самоорганизации.

При заикании наоборот наблюдается патологическое ускорение процессов мышления, которое проявляется в рассогласовании артикуляторных возможностей заикающихся и темпа мышления. Вместе с этим отмечается значительная эмоциональная окрашенность мышления, склонность к сомнениям и перебору вариантов.

Для детей с дислалией и стертой дизартрией иногда свойственно лишь некоторое ослабление мыслительной деятельности, проходящее в виде астенизации.

При более выраженной степени дизартрии в результате дефицита функций кинестетического анализатора наблюдается замедление темпа формирования оптико-пространственных и пространственно-временных представлений, языкового анализа, конструктивного праксиса.

Исследования, проводимые в отношении детей с ринолалией, фиксируют отсутствие нарушений интеллектуальной деятельности в целом и сохранность высших психических функций.

Для детей с брадилалией характерны замедленность мышления и мыслительных операций, трудности переключения с одной деятельности на

другую, склонности к стереотипиям, нарушения ориентировки в пространстве.

При тахилалии, также как и при заикании присутствует ускоренное мышление при недостаточности процесса артикулирования мысли.

Особенности воображения детей с речевыми нарушениями изучали В.П. Глухов, Т.С. Овчинникова, Н.В. Рыжова и другие [10].

У старших дошкольников в норме происходит уменьшение включенности воображаемых действий в его психические процессы. Этим объясняется снижение в 5-6 летнем возрасте продуктивности творческого воображения. У ребенка возникает контроль речевой и игровой деятельности в результате проверки своих замыслов на реалистичность исполнения.

В 6-7 летнем возрасте продолжает совершенствоваться эмоционально-аффективное воображение, что проявляется в способности представлять себя и жить в воображаемом мире. В этот же возрастной период развивается перцептивно-когнитивное воображение.

Главное преобразование связано с тем, что воображение из пассивного, произвольного становится активным, произвольным.

У детей с речевыми нарушениями существует определенная корреляция между воображением и речью. Чем значительнее речевой дефект, тем больше ограничены способности детей в проявлении творческого воображения – создании новых образов.

Сюжетно-ролевые игры имеют стереотипный характер. Игровая деятельность страдает из-за скудности сюжета, неустойчивости замысла, вследствие чего продолжительность игры сокращается, игра распадается.

Особенно трудно выполнимыми для старших дошкольников оказываются задания на сочинение рассказа по картинке или серии картинок, рассказ по представлению в большинстве случаев недоступен. Дети не понимают переносные значения слов, совсем не используют метафор.

Изучение продуктивной деятельности свидетельствует о низкой творческой составляющей. Дети с речевыми нарушениями часто используют готовые образцы в творческих заданиях, копируют собственные рисунки, поделки, либо уклоняются от выполнения заданий, требующих использования творческой выдумки.

Кроме того при речевых нарушениях своеобразие воображения проявляется в недостаточной точности предметных образов-представлений, трудностях при создании воображаемой ситуации, низком уровне пространственного оперирования образами, инертности, непрочности связей между зрительными и вербальными образами.

Особенности речевого развития у детей с речевыми нарушениями изучали Р.Е. Левина, Р.И. Лалаева, М.Е. Хватцев, Н.С. Жукова, Т.Б. Филичева, Е.М. Мастюкова, О.В. Правдина и другие [20].

Речь тесно связана со всеми сторонами психического развития ребенка. «Все психические процессы – восприятие, память, внимание, воображение, мышление – развиваются с прямым участием речи (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.В. Запорожец)» [20, с. 111].

Группа детей с речевыми нарушениями достаточно разнородна по своему составу в зависимости от выраженности речевой патологии, особенностей психического развития. Так, при фонетическом нарушении речи (ФНР), считающимся достаточно легким дефектом речи, нарушения речи не имеют системного характера и касаются только звуковой стороны речи. Нарушается произношение лишь согласных звуков обычно, сложных по артикуляции. Внешне дефекты произношения выражаются в отсутствии звука или в его искажении, вследствие чего может страдать звуконаполняемость слога.

Для детей с ФНР характерно неустойчивое внимание, отвлекаемость, низкая познавательная активность, сужение объема памяти, замедление

скорости протекания мыслительных операций, затруднения в понимании абстрактных понятий и отношений.

При фонетико-фонематическом нарушении речи (ФФНР) у детей наряду с нарушением звукопроизношения наблюдается низкий уровень фонематического восприятия, что выражается в нечетком различении на слух звуков в собственной и чужой речи, неподготовленности к элементарным формам звукового анализа и синтеза, затруднении при анализе звукового состава речи.

У детей с ФФНР часто наблюдается нарушение концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, сложности в переключении с одного занятия на другое, эмоциональная нестабильность, гиперактивность.

Общее недоразвитие речи (ОНР) носит системный характер и характеризуется нарушением всех компонентов речевой системы (лексики, грамматики, фонетики, фонематических процессов). Выделяют три уровня речевого развития.

На I уровне речевого развития наблюдается отсутствие речи, как таковой. Дети пользуются звукоподражаниями, аморфными словами, жестами. На II уровне речевого развития начинает появляться фраза (начало общеупотребительной речи). На III уровне речевого развития присутствует развернутая фразовая речь с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Нарушение познавательных процессов при ОНР обычно имеет выраженный характер по сравнению с детьми с более легкой речевой патологией (ФНР, ФФНР), так как зачастую обуславливается не только речевым дефектом, но и органическими нарушениями нервной системы, низкой умственной работоспособностью.

Специфику развития личности при речевых нарушениях исследовали Л.И. Белякова, Г.А. Волкова, Ж.М. Глозман, В.М. Коган, И.Ю. Левченко, В.И. Селиверстов, Г.Х. Юсупова, В.М. Шкловский и другие [13].

К 5-ти годам в норме у ребенка формируются моральные представления, он начинает правильно оценивать свои успехи, неудачи, свою личность. К концу дошкольного возраста появляется целеустремленность, чувство уверенности в себе, самостоятельность, положительная установка на себя в настоящем и будущем. К 6-7 годам возникает личностная и нравственная саморегуляция.

Дети с речевыми нарушениями отличаются рядом личностных особенностей. Они эмоционально неустойчивы, обидчивы, склоны к расстройствам настроения в виде агрессии, раздражительности, навязчивости, тревожности. Вялость и заторможенность наблюдается в значительно меньшей степени.

Данные особенности оказывают отрицательное влияние на взаимодействие с окружающими. У детей отмечается низкий уровень сформированности коммуникативных умений и навыков сотрудничества, отсутствие ориентации на сверстников при решении общих задач. Излишнее оценочное отношение к себе и другим ведёт к постоянной демонстрации своих достоинств, самоутверждению.

В общении со взрослыми у старших дошкольников преобладает ситуативно-деловой стиль, свойственный детям младшего дошкольного возраста. Кроме того, очень часто наблюдается нарушение коммуникативной культуры. Дети фамильярны со взрослыми, излишне настойчивы в своих требованиях, достаточно часто у них отсутствует чувство дистанции.

В целом, для дошкольников с речевыми нарушениями характерна заниженная самооценка, неуверенность в себе, зависимость от окружающих.

Учитывая значительность влияния недостатков речи на личность ребенка, необходимо иметь в виду отношение ребенка к своему дефекту. Бывает, что небольшое нарушение звукопроизношения вызывает тяжелые переживания и вследствие этого сказывается на всем поведении и даже на общем психическом развитии ребенка.

По итогам исследования особенностей детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями можно сделать следующие выводы:

1. Группа детей с речевыми нарушениями неоднородна по своему составу в зависимости от тяжести речевой патологии, которая может иметь, как ограниченный, так и выраженный характер;
2. Причины речевых нарушений обусловлены совокупностью внутренних (биологических) и внешних (социальных) факторов;
3. У детей с нарушениями речи имеются особенности психического развития (своеобразие познавательной деятельности и личности);
4. Роль недостатка речи в развитии ребенка зависит от природы нарушения, от его степени, а главное от того, как ребенок относится к своему дефекту.

1.3. Возможности психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями

По определению Г. Колесниковой психологическое консультирование – это прикладная отрасль современной психологии. Её задачей является оказание психологической помощи консультантом психически и соматически здоровым людям в ситуациях, когда они сталкиваются со своими проблемами, направленной на осознание сути проблемы и способов её решения [21].

Исходя из приведенного выше определения психологического консультирования, можно выделить основные его характеристики:

- 1) по своей сущности психологическое консультирование является одним из видов психологической помощи;
- 2) данная помощь носит процессуальный практический характер;

3) оказывается психологом, имеющим соответствующую квалификацию;

4) для её осуществления необходимо наличие клиента, в жизни которого имеется некая проблема, создающая чувство психологического дискомфорта;

5) наличие у клиента желания решить эту проблему;

6) конкретные действия психолога, направленные на осознание клиентом сути проблемы и способов её решения;

7) в ходе психологической помощи психолог опирается на имеющиеся у клиента ресурсы.

Цели и задачи психологического консультирования можно определять по-разному – исходя из выбранного специалистом подхода к психологическому консультированию.

Например, психоаналитическое консультирование делает акцент на достижении клиентом инсайта относительно причин и сути его проблемы и развитии его способности к использованию более зрелых, совершенных способов адаптации, чем раньше.

Когнитивно-ориентированное консультирование направлено на выявление негативных способов мышления клиента и выработку новых установок, способствующих повышению качества жизни в результате появления психологического комфорта.

Несмотря на разность в понимании целевых ориентаций основными психологическими направлениями, общая цель психологического консультирования заключается в актуализации ресурса клиента в результате оказания ему помощи в понимании происходящего с ним на его жизненном пути, и освоении конструктивных способов решения проблем.

Отсюда можно выделить общие задачи психологического консультирования, которые могут решаться независимо от теоретического направления, в рамках которого работает специалист:

1) способствовать появлению адаптивного поведения клиента, посредством развития у него умений по решению трудностей при столкновениями с жизненными ситуациями;

2) развивать у клиента способности инициировать и поддерживать межличностные отношения, нести ответственность за их сохранение и укрепление;

3) помогать клиенту в развитии самостоятельности при выборе жизненных решений;

4) способствовать повышению уровня осознанности клиентом своих чувств, развитию личностной рефлексии;

5) оказывать клиенту помощь в обретении и укреплении позитивного отношения к себе.

Психологического консультирования тревожных матерей, имеющих детей с речевыми нарушениями, направлено на снижение тревожности матерей для достижения эффективного взаимодействия с детьми.

В работах С.В. Карповой отмечается, что родительская тревожность оказывает значительное влияние на особенности эмоциональной сферы ребенка, его восприятие мира, отношений между людьми, на личностное развитие ребенка в целом. Многие женщины из-за низкой способности переносить тревогу, размещают её в детско-родительских отношениях, тем самым, перекладывая ее на ребенка, что, в последствии создает неблагоприятный фон для коррекции речевых нарушений у него [19].

Перекладывание тревоги на ребенка может осуществляться следующими способами:

- запугивание ребенка, «заражение» его своей тревогой;
- ограждение ребенка от любой тревожащей мать ситуации;
- постоянный бдительный контроль за действиями ребенка;
- нацеливание ребенка на «безопасный» с точки зрения матери сценарий, уводящий от «опасного» воображаемого будущего. При этом

матери используют метод уговоров и угроз, что ведет к невротизации ребенка;

- критика ребенка, обесценивание его действий, стыжение;
- наказание ребенка за свою тревогу и др.

Испытывая тревогу, матери кричат на ребенка, применяют физические наказания. Причины такого поведения матери не понятны ребенку, ему не на что опереться, чтобы понять ситуацию, поэтому он начинает сильно тревожиться. В этом случае у ребенка может начать формироваться базальная тревожность, как устойчивая черта личности. Таким образом, сложившиеся между матерью и ребенком отношения способны оказать существенное влияние на возникновение тревожности и страхов ребенка.

Кроме того, исследованиями Т.М. Марютиной установлено, что чем выше тревожность матери и ее зависимость от социальных ожиданий, тем больше ребенок предпочитает общество других, стремясь отдалиться от неё, что приводит к нарушению отношений в диаде «мать и ребенок» [31].

В настоящее время наблюдается рост популярности так называемого эклектического консультирования, основанного на возможностях интеграции достижений различных психологических школ.

Интегративный подход представляет собой обобщение концептуальных идей и методических принципов нескольких теоретических подходов и стремление найти эффективную стратегию работы с конкретными людьми.

При подборе методов работы с клиентом важно провести анализ личности клиента, определить его основные характеристики (тревожный, агрессивный, склонный к астеническим состояниям и др.). Например, при консультировании тревожных клиентов Н.Д. Линде рекомендует использовать следующие методы:

- метод доведения до абсурда (доведение тревоги до состояния нелепости, комичности);

- метод возвращения в «здесь и теперь» (концентрация внимания на настоящем, в обход переживаниям по поводу будущего);

- метод усиления симптомов тревоги (раздувание тревоги для ее устранения, так как чем больше человек подавляет в себе тревожные мысли, тем больше он тревожится);

- метод перестройки личной истории (клиент становится автором новой истории - с удачным концом);

- метод отмены родительских предписаний. Суть метода состоит в том, что негативные родительские предписания, приводящие к неуверенности и изолированности, необходимо обнаружить и устранить с помощью контрпредписаний, отменяющих родительские слова.;

- метод разведения эмоций и ожиданий. Заключается в том, что клиент представляет, что находится в ситуации, которая его беспокоит, тревожит. Консультант показывает ему, что его эмоции излишни и не связаны с ситуацией [28].

Необходимо отметить, что в отличие от других видов психологической помощи при консультировании клиент выступает в более активной роли. Ответственность за конечный результат психокоррекционной работы лежит на клиенте. Специалист отвечает за правильное определение сути проблемы и профессиональную обоснованность рекомендаций по разрешению проблемы.

Принципы психологического консультирования – это правила и стандарты работы, которые необходимо соблюдать консультанту. Складываются из опыта практической деятельности и касаются особенностей поведения консультанта и ответственности перед клиентом.

По Е.Ю. Алешинной существуют следующие принципы психологического консультирования:

1) доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту (при взаимодействии с клиентом консультант не ставит условий, а пытается постигнуть и принять клиента);

2) ориентация на нормы и ценности клиента (консультант ориентируется на жизненные принципы и правила клиента);

3) осторожное отношение к советам (во избежание пассивного и поверхностного отношения клиента к решению проблемы);

4) анонимность (информация о клиентах должна храниться в недоступных для посторонних местах) [1].

По сути, все принципы консультирования сводятся к тому, чтобы максимально снизить риск ненамеренного причинения вреда клиенту. Если консультант осознает, что недостаточно компетентен в некоторых вопросах, необходимо обратиться к супервизору или перенаправить клиента к другому специалисту.

Выделяют индивидуальный и групповой виды консультирования в зависимости от количества присутствующих клиентов.

Групповое консультирование - это такой вид психологической помощи, когда клиент обсуждает свои жизненные трудности не только наедине с психологом, но и с другими людьми, и сама группа является основным условием развития его личности и разрешения проблемы.

Групповое консультирование хорошо зарекомендовало себя в работе с тревожными клиентами. Это связано с тем, что акцент делается на естественную потребность человека в общении, обмене переживаниями с людьми, имеющими подобные проблемы.

Также участники группы имеют возможность получать обратную связь, что способствует более глубокому восприятию себя, повышению принятия себя, появлению чувства уверенности. Обратная связь необходима для обмена чувствами, мнениями, впечатлениями участников по поводу происходящего в группе.

Группа дает каждому необходимое внимание и поддержку, так как каждый индивид время от времени находится в центре внимания группы, благодаря чему активизируются личностные ресурсы и возможности человека. Поощряя актуализацию чувств и мыслей участников, группа позволяет лучше понимать их, проявлять конструктивно, а не сдерживать и бесконтрольно выплескивать вовне.

Таким образом, сущность группового консультирования заключается в использовании группового взаимодействия для облегчения процессов самопонимания и изменения поведения.

Обобщенный опыт многочисленных групп во многих случаях свидетельствует о более высокой эффективности групповой работы по сравнению с индивидуальной.

Следует отметить, что группы психологического консультирования объединяют психически здоровых людей, переживающих трудные моменты своей жизни в границах нормы. Психологическая помощь, осуществляемая в таких группах, исключает глубокие изменения личности на уровне бессознательного.

Для того, чтобы работа с тревожными клиентами в группе была эффективной, необходимо соблюдение следующих правил.

Специалист, использующий групповые формы работы, должен знать психологию групп, возможности воздействия группы на личность, технологии и психотехники групповой работы, этические принципы работы с группой, владеть методами психодиагностики для отбора участников при формировании группы. Ведущий консультативных групп должен иметь опыт работы участия в группе в качестве клиента и опыт самостоятельного ведения группы под контролем супервизора. В результате нескольких лет профессиональной деятельности ведущий определяет свой метод групповой работы, а также индивидуальный стиль управления группой.

Минимальное количество участников группы должно составлять 4-5 человека, максимальное – 15-17.

Создание ведущим специальных физических условий, чтобы каждый участник:

- чувствовал себя комфортно и максимально безопасно;
- мог беспрепятственно слышать и видеть других участников и самого руководителя группы;
- по собственному желанию мог выбрать себе место занятий.

В работе с тревожными клиентами важным является создание особого микроклимата группы, основой которого является доверие и безопасность. Вследствие чего желательно отсутствие столов между участниками, которые не рассаживаются в круг, а сидят в комнате так, как им удобно. После выполнения того или иного задания ведущий не должен требовать обязательный анализ и самоотчет от участника. Он имеет право осуществлять внутреннюю работу без вынесения ее на всеобщее обсуждение. В то же время, человек свободен в своем самораскрытии, он говорит то, что может быть доступно другим участникам, соответственно существует отказ от правила конфиденциальности, которое обычно соблюдается на протяжении всей работы в других видах и формах психологической помощи.

Важным условием работы является выявление и развитие ресурсов личности участника, многие из которых возможно получить при взаимодействии с группой. Для достижения этого каждая встреча предполагает обилие заданий, через выполнение которых, общение в группе становится теплым, доверительным, принимающим для каждого участника, что является принципиальным при работе с тревожными клиентами.

Выделим основные функции ведущего группы (по Дж. Кори). Он стимулирует процесс взаимодействия между членами группы. Он отслеживает особенности процесса общения участников (вербальные и невербальные), оказывая каждому необходимую поддержку и помощь. Он

обеспечивает возможности для создания безопасной атмосферы, приводящей к самораскрытию участников, устранению чувства напряжения. Он же устанавливает оптимальные ограничения и необходимые правила, позволяющие всем участникам включиться в работу группы. Он также должен избегать привязывания группы к себе [22].

По определению Р. Кочюнаса группа – это «объединение индивидов, поддерживающих взаимоотношения, которые делают их взаимозависимыми, и стремящихся к общей цели» [24, с. 55].

Группа объединяется общей целью (понижение тревожности, формирование новых коммуникативных навыков и т.д.), и в то же время каждый участник имеет свои собственные цели, которые могут корректироваться в процессе работы группы.

При формировании группы необходимо провести предварительную диагностику кандидатов.

Не рекомендуется включать в группу кандидатов с неадекватными притязаниями, ожидающих от специалиста чудес, решения всех проблем и т.д., а также не согласных с общими целями группы, не способными контролировать свои эмоциональные проявления, склонными к обвинению окружающих. Людям, находящимся в остром кризисном состоянии групповая работа противопоказана.

Участие в группе является добровольным.

Подходящих для работы в группе кандидатов ведущий уведомляет о необходимых правилах посещения и работы в группе, о целях и задачах группы, о возможности возникновения эмоциональных рисков (межличностные конфликты).

В работе группы выделяется пять стадий ее развития, которые обычно последовательно следуют в процессе достижения общей цели.

Первая стадия называется ориентировочной. На этой стадии может усиливаться тревожность и страхи, связанные с неопределенностью и

искаженным представлением о самораскрытии. Цель ведущего заключается в формировании у участников чувства принадлежности к группе, ведущему необходимо сплотить группу, поэтому от него требуется достаточно высокая степень активности. Программа по работе с группой может в это время включать упражнения и игры, направленные на установление доверительных отношений. Большую часть занятий первой стадии составляют невербальные упражнения или коммуникативные игры, направленные на установление непосредственного взаимодействия в группе.

На второй стадии напряжение нарастает. Это обычно связано с сопротивлением самораскрытию, привычкой сохранять контроль за ситуацией у тревожных личностей, борьбой за место в группе. На этой стадии могут складываться микрогруппы среди участников, возможно появление защитных реакций, скрытых конфликтов, усиление тревоги.

Для снятия напряжения ведущему необходимо учить участников выявлять конфликты и решать их, открыто выражать свои чувства, способствовать формированию ответственности за работу группы.

В программу можно включить упражнения на снятие напряжения, а также техники, направленные на выражение чувств участников.

Третья стадия связана с развитием групповой сплоченности. Происходит снижение уровня напряжения, участники начинают воспринимать группу как целое, принимают установленные правила, нацелены на близкие эмоциональные отношения друг с другом. Критика и конфликты отсутствуют. На данной стадии ведущему необходимо продолжать включать в занятия упражнения и техники на формирование групповой сплоченности.

На четвертой стадии группа постепенно превращается в достаточно зрелое и продуктивно работающее объединение. Растет групповая поддержка, взаимопомощь участников, доверие друг к другу, что приводит к свободному проявлению эмоций, чувств, возможности справляться с

тревожными состояниями. Между самораскрытием и обратной связью появляется динамическое равновесие. Обратная связь становится более совершенной. Она осуществляется с достаточным вниманием, имеет намерение помочь, носит безоценочный характер, позитивна по своей сути. Все участники приобщены к групповому процессу, происходит реальное решение их проблем, изменение поведения, самочувствия. Общение в группе носит непосредственный, открытый характер, участники чувствуют в себе ресурсы и охотно делятся ими с другими. Ведущий продолжает включать в программу психотехники, способствующие выражению чувств, укреплению чувства уверенности в себе, расширению ресурсов участников.

Пятая стадия – завершающая. На ней подводятся итоги общей и индивидуальной деятельности участников, активно обсуждается полученный в группе опыт, планы на будущее. Данная стадия подготавливает участников к жизни за рамками группы.

Положительными итоговыми моментами психологического консультирования на уровне группы будут являться:

- появление сплоченности группы;
- повышение самораскрытия;
- усиление принятия, уважения и доверия в отношениях между участниками группы;
- направленность на взаимную поддержку, позитивное общение.

Теперь рассмотрим общую схему построения занятия для тревожных клиентов.

Первым компонентом в структуре любого занятия является приветствие. Оно носит ритуальный характер, т.е. присутствует на каждом занятии. Цель приветствия состоит в том, чтобы настроить группу на рабочий лад, сформировать оптимистическое настроение, обратить друг на друга внимание, выделить привлекательные качества. По своей форме

приветствие может быть вербальным и невербальным, либо сочетать обе формы.

Следующим элементом занятия является введение в тему занятия, постановка задач. Ведущий доводит до сведения участников тему и основную задачу либо участники совместно с ведущим обговаривают какие задачи будут решаться в процессе занятия. Ясность представления задач участниками позволит оценить эффективность работы по окончании занятия и точно подвести итоги. Для введения в содержание занятия могут быть использованы разные приемы. Например, тема и задачи занятия просто сообщаются ведущим. Это возможно, когда участники доверяют ведущему и охотно принимают любую предлагаемую им тему. Также можно использовать проблемный метод – участникам задается вопрос, связанный с темой, и в процессе обсуждения определяется, какая информация для ответа на него у группы уже есть, а какую необходимо получить на занятии.

Акцентуация внимания на правилах работы в группе – непостоянный элемент, который можно время от времени использовать на занятиях. Правила, установленные на первом занятии, могут при необходимости изменяться и добавляться участниками в ходе дальнейшей групповой работы. Обращение к правилам является также эффективным способом контроля за проявлением нежелательных поведенческих проявлений участников в группе.

Разминочные упражнения настраивают участников на активную работу в группе, воздействуют на эмоциональное состояние, снижают напряжение, чувство излишней тревожности участников, способствуют развитию групповой сплоченности, установлению доверительного взаимодействия. Разминка может проводиться не только в начале занятия, но и между отдельными блоками работы, если возникает необходимость для активизации участников группы, изменения их эмоционального состояния.

Основная часть содержит упражнения и игры, направленные на решение главных задач занятия.

В работе с тревожными клиентами необходимо использовать упражнения на снятие мышечных зажимов, на укрепление чувства уверенности в себе, на появление позитивного мышления.

Обратная связь является важным элементом занятия. Она способствует пониманию происходящего в группе, осознанию собственного состояния отдельным участником. Обратная связь должна быть неотсроченной, иметь позитивную направленность и описательный характер.

Завершение занятия, подведение итогов носит ритуальный характер и включает упражнения, дающие возможность участникам оценить качество проделанной ими работы и попрощаться друг с другом.

При составлении программы, направленной на снижение тревожности участников группы, необходимо учитывать следующие моменты:

- четко формулировать цели и задачи коррекционной работы;
- обозначить формы работы с клиентами;
- определить методики и техники коррекционной работы;
- определить срок реализации программы;
- определить частоту занятий, длительность одного занятия;
- разработать содержательную часть занятий;
- определить планируемые результаты освоения программы участниками;
- предусмотреть систему оценки достижения планируемых результатов.

Подробнее остановимся на методах работы, направленных на снижение тревожности у клиентов.

Арт-терапия - это вид психологической коррекции, дословно определяемый как исцеление посредством творчества. Главная цель арт-

терапии состоит в гармонизации психического состояния через развитие способности самовыражения и самопознания.

С ее помощью можно освободиться от негативных эмоциональных состояний социально приемлемым способом, снять нервно-психическое напряжение, проработать мысли и эмоции, которые человек привык подавлять, нормализовать самооценку, повысить адаптационные способности, решить коммуникативные проблемы и др.

В основе арт-терапии лежит убеждение, что содержание внутреннего «Я» человека отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, лепит, мастерит, в ходе чего происходит гармонизация состояния психики.

Во время арт-терапевтического процесса происходит диагностика, проработка и коррекция волнующих событий. Выполняя любую из техник, клиент не задумывается о конечном результате, он полностью посвящен выполнению своей работы, что в свою очередь приводит к самовыражению, выходу накопившейся отрицательной энергии.

При этом всегда можно выбрать ту форму работы, которая наиболее интересна и близка клиенту.

Арт-терапия особенно показана клиентам, испытывающим трудности в вербализации своих внутренних конфликтов, которые продолжительное время находятся в ситуации напряжения и исчерпали свои ресурсы на уровне сознания, их мучает тревога и неопределенность.

С помощью арт-терапии происходит трансформация эмоционального опыта в более определенную структуру. Когда человек рисует, лепит или делает поделку, активизируется отдел головного мозга, отвечающий за адаптацию (неокортекс). Он начинает простаивать новые нейронные связи. В итоге у человека выстраиваются новые схемы взаимодействия с собой и окружающими. В то же время при вербализации ощущений активизируется левое полушарие, которое отвечает за интеграцию прожитых чувств в опыт.

Это запускает внутреннюю адаптацию к изменениям и помогает бороться с тревожностью.

Таким образом, арт-терапевтические упражнения и техники являются простой, действенной и доступной формой психологической помощи, в основе которой лежит безопасное и естественное для человека изобразительное творчество.

Игротерапия – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры.

Игра социализирует, развивает и оздоравливает личность, способствует снятию психической напряженности, позволяет активизировать энергетику группы. С помощью игры можно решать многие психолого-педагогические проблемы группы, помочь ее участникам преодолеть коммуникативные барьеры, понять себя, выработать адекватные способы поведения.

По мнению И.В. Вачкова игра уникальна тем, «что как никакой другой метод эффективна в создании условий для самораскрытия, обнаружения творческих потенциалов человека, для проявления искренности и открытости, поскольку образует психологическую связь человека с его детством» [53, с. 58].

Существуют следующие разновидности игр:

- разминочные (разогревающие), направленные на создание необходимого эмоционального состояния, для мотивации участников на дальнейшую работу;
- игры-релаксации, используемые для снятия усталости и разрядки скопившегося напряжения.
- игры-коммуникации, имеющие целью развитие вербальных и невербальных коммуникативных способностей;
- адаптационные игры, направленные на комфортное вхождение участников в группу;
- игры, используемые для разрешения и профилактики конфликтов;

- игры-защиты от манипулирования развивают интуицию и формируют способность противостоять манипулированию;

- ролевые игры, функция которых заключается в возможности разыграть трудную для человека ситуацию в безопасных в психологическом отношении обстоятельствах, прожить её, приобретя при этом уникальный опыт преодоления.

Методы телесно-ориентированной терапии достаточно эффективны при коррекции тревожных состояний для снятия мышечного напряжения. По мнению телесно-ориентированных психотерапевтов любое эмоциональное состояние отпечатывается на матрицах нервно-мышечной системы и порождает в них хронические блоки, которые, в свою очередь, оказывают отрицательное влияние на психику. К техникам телесной терапии относятся психогимнастические упражнения, связанные с массажем, глубоким дыханием, вербальная проработка совместно с клиентом причин мышечных зажимов (Степанова О.П.) [46].

Таким образом, общим для методов работы с тревожными состояниями в процессе консультирования является принцип вынесения внутреннего (психического) вовне. Необходимо создать возможность для объективизации неосознанного и непонятого. Происходит своеобразная материализация внутреннего мира клиента и его осознание, далее следует корректировка, а затем ассимиляция, или возвращение вовнутрь уже измененного.

В целом итоговыми эффектами психологического консультирования тревожных клиентов на уровне участников группы можно назвать следующие:

- усиление самопринятия, доверия к себе и другим;
- повышение уровня самораскрытия;
- усиление самоуправления, ответственности перед собой и другими;
- освоение приемов релаксации;

- улучшение межличностных отношений (в частности гармонизация отношений матери и ребенка);

- развитие оптимистического мировоззрения.

В результате исследования возможностей психологического консультирования тревожных матерей. Воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, можно сделать следующие выводы:

1. Психологическое консультирование осуществляется в отношении психически здоровых людей и направлено на осознание и решение проблемы;

2. Цель психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями, заключается в снижении тревожности матери, что способствует гармонизации отношений с ребенком.

3. При отсутствии острых кризисных состояний занятия показаны в группе, которая сама по себе выступает мощным источником разрешения проблемы и развития личности;

4. Для работы с группой необходимо разработать программу, отвечающую определенным требованиям;

5. В работе с тревожными матерями рекомендуется использовать методы арт-терапии, игротерапии, телесно-ориентированный метод, как способствующие осознанию и решению проблемы, вынесению тревожных состояний вовне социально безопасным для личности способом.

6. В занятия, направленные на снижение тревожности, следует включать упражнения на укрепление чувства уверенности в себе, на снятие мышечных зажимов, на появление позитивного мышления, упражнения на саморегуляцию.

Выводы по главе 1

Подробный теоретический анализ научных исследований в различных областях знания (педагогике, психологии, дефектологии) относительно исследуемой темы позволяет сделать следующие выводы:

1. Несмотря на существующие концептуальные подходы по преодолению тревожности (когнитивно-поведенческие, гуманистические, психоаналитические и прочие) для современной психологии остается актуальным поиск эффективных стратегий, методов и способов, позволяющих осуществлять коррекцию тревожных состояний. Существующие методы и приемы работы с тревожностью требуют адаптации под определенную категорию клиентов и недостаточно интегративны. Интегративный подход, основанный на применении комплекса методов, приемов и техник возможен в специально разработанной программе.

2. Женщины, являющиеся матерями детей с речевыми нарушениями, в силу своих гендерных особенностей более подвержены тревожности, чем мужчины. Повышенный уровень тревожности у матери, в свою очередь, негативно влияет на личность ребенка, детско-родительские отношения, может приводить к нарушениям его речевого развития, снижать эффективность коррекции речевых нарушений.

3. Психологическое консультирование тревожных матерей, имеющих детей с речевыми нарушениями, имеет ряд особенностей, осуществляется с соблюдением установленных принципов и правил, требует определенных методов и технологий работы.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

2.1. Организация и методы исследования

Для реализации цели исследования и проверки гипотезы было организовано экспериментальное исследование.

Цель исследования: разработать и реализовать программу психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Гипотезой исследования является предположение о том, что программа психологического консультирования тревожных матерей, будет являться эффективным средством снижения тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, если в ее содержание будут включены определенные элементы (информация об особенностях детей с речевыми нарушениями, приемы арт-терапии, игры и др.).

Исследование проводилось на базе ЦППМиСП № 1 «Развитие». Участие в исследовании приняли 15 матерей с детьми старшего дошкольного возраста, которые были направлены на прохождение психолого-медико-педагогической комиссии.

Центр оказывает психолого-педагогическую и социальную помощь детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Одним из направлений деятельности Центра является осуществление функций психолого-медико-педагогической комиссии. Комплексное психолого-медико-педагогическое обследование - обследование с целью своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или)

психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

После выявления речевого нарушения у ребенка матери зачастую испытывают чувство беспокойства, неопределенности, вины, тревоги, страха, ведь ребенок старшего дошкольного возраста скоро станет учеником, которому необходимо будет осваивать новые виды деятельности – чтение и письмо. Речевое нарушение может значительно осложнить данный процесс.

Находясь в состоянии тревоги, матери могут создавать условия для возникновения неблагополучия семейной ситуации, нарушения детско-родительских отношений, невротизации личности ребенка, формирования у него тревожности и страхов.

Таким матерям необходимо оказывать адекватную психологическую помощь, поэтому мы решили провести исследование среди матерей, обратившихся за помощью в Центр, а объектом исследования сделать – чувство тревожности у матерей.

После изучения ряда методик и с учетом особенностей матерей для исследования были отобраны:

Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным, позволяющая дифференцировано измерять тревожность [42].

Опросник Ч. Спилбергера (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) разработан автором в 1966-1973 гг. При создании опросника автор исходил из того, что тревожность может обозначать как свойство личности, так и реакцию человека на угрожающую ситуацию, то есть различают «личностную тревожность» и «реактивную тревожность».

В 1976-1978 гг. опросник был адаптирован, модифицирован и стандартизирован Ю.Л. Ханиным, который представил его русскоязычную версию, а также ориентировочные нормативы поуровневой выраженности

тревожности (от 20 до 46 баллов и выше) и получил известное в русскоязычной литературе современное название как «опросник Спилбергера-Ханина».

Указанный опросник состоит из двух частей. Одна часть оценивает «Т-свойство» человека (личностную тревожность), а вторая - «Т-состояние» (ситуативную тревожность). Каждая часть опросника включает в себя по 20 утверждений.

Диагностическая цель: определение уровня тревожности в данный момент и определение уровня тревожности, как устойчивой личностной характеристики, определяющей обычное самочувствие человека; оценка состояния в динамике.

Процедура исследования проходит в следующем порядке:

Экспериментатор зачитывает текст опросника самостоятельно или дает его испытуемым на заблаговременно подготовленных бланках.

В первой части опросника, направленной на выявление ситуативной тревожности, испытуемые определяют степень выраженности своей тревоги в настоящем времени, рассматривая ряд утверждений («Я спокоен», «Я нахожусь в напряжении», «Я расстроен» и т.д.), оценивая их по принципу – 1) нет, это совсем не так, 2) пожалуй, так, 3) верно, 4) совершенно верно.

Во второй части опросника, направленной на выявление личностной тревожности, испытуемым нужно оценить, как часто они испытывают данные чувства или находятся в определенном состоянии («Я вполне счастлив», «Я быстро устаю» и т.д.), выбрав один вариант из четырех - 1) почти никогда, 2) иногда, 3) часто, 4) почти всегда.

Инструкция для предъявления: сейчас вам будет зачитан список утверждений. Внимательно прослушайте каждое из них и выберете из четырех возможных вариантов ответов один, наиболее подходящий. Напротив номера утверждения, находящегося в бланке, укажите число, соответствующее выбранному вами ответу.

Обработка результатов:

Подсчитывается сумма чисел, зафиксированных при ответах на утверждения: №№ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 – это (Σ_1), далее осуществляется подсчет суммы оставшихся чисел: №№ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – это (Σ_2).

Показатель уровня реактивной тревожности вычисляется по формуле:

$$PT = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35.$$

Уровень личностной тревожности определяется аналогичным образом:

$$ЛТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35.$$

где Σ_1 – сумма чисел, зафиксированных при ответах на утверждения: №№ 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

Σ_2 – сумма оставшихся чисел-ответов по пунктам-утверждениям: №№ 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Отсюда следует, что принцип работы обеих частей опросника состоит в предъявлении испытуемым как «прямых» («Я встревожен»), так и «обратных» («Я доволен») пунктов-утверждений, поэтому при подсчете результатов из суммы баллов первой части опросника вычитается сумма баллов за вторую часть, после чего к полученному результату прибавляется определенное число для достижения пределов положительных значений итога.

Для интерпретации показателей, представленных в Приложении А можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая тревожность;
- 31 – 45 – баллов – умеренная тревожность;
- 46 и более – высокая тревожность.

Несмотря на большую распространенность опросника Спилбергера-Ханина и его популярность, он имеет, по мнению Ю.В. Щербатых, некоторые недостатки [59]. Так, исследователь указывает, что не все пункты опросника, оценивающие личностную тревожность, отражают именно ее, то

есть возникают вопросы к достаточности валидности методики. Например, такие утверждения, как «Я чувствую себя бодрым» или «Я быстро устаю» и другие, содержащиеся в тексте опросника, больше отражают степень физической активности испытуемого, а не его эмоциональное состояние. К тому же испытуемые не всегда готовы раскрыться, показать свои проблемы и тревожность специалисту и, в этом случае, они сознательно модифицируют свои ответы, что приводит к не очень адекватному отражению «глубинной» тревоги.

Таким образом, иногда выявленная умеренная или низкая тревожность является следствием желания продемонстрировать себя в качестве уверенной и эмоционально благополучной личности, вытесняя при этом своё беспокойство, чувство фрустрации, тревоги.

Относительно реактивной тревожности, диагностируемой с помощью данного опросника, у Ю.В. Щербатых также имеются замечания [59]. Так, он считает недостаточным для интерпретации полученных показателей наличие трех уровней балльных оценок и предлагает ввести понятие «сверхвысокого» уровня реактивной тревожности с показателями выше 70 баллов для лиц, у которых присутствуют выраженные невротические симптомы на стандартные жизненные ситуации.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что опросник Спилбергера-Ханина желательно использовать наряду с другими диагностическими методиками, на которые сложнее оказать влияние, например, беседой, наблюдением за невербальными реакциями испытуемого, его эмоциональным состоянием и др.

В связи с этим, второй методикой, которую решено было использовать в исследовании стала методика диагностики профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан, которая носит более дифференцированный характер – включает 5 характеристик уровней тревожности (несколько повышенная, явно повышенная, очень высокая и

др.) и предусматривает интерпретацию полученных результатов в виде показателей специально для тревожных матерей [39].

Настоящая методика разработана в 1996—1998 гг. в двух формах. Форма «А» используется в работе с педагогами, форма «Б» — в работе с родителями. Каждая форма содержит две субшкалы:

- 1) Субшкала эмоционального неблагополучия - общая для обеих форм.
- 2) Вторая субшкала (для формы «А» и формы «Б» соответственно) предназначена для выявления профессиональной или родительской тревожности.

Ключ методики для обеих форм общий.

В нашем исследовании применялась только форма «Б», потому что она соответствует цели исследования.

Форма «Б» содержит непосредственные оценочные родительские утверждения, например: «Чувствую, что теряю своего ребенка, но ничего не могу сделать», «Мне нередко кажется, что я плохая мать», «Боюсь, что мой ребенок повторит мою судьбу» и др.

Методика принадлежит к числу бланковых. В бланке имеются оптимальные сведения об испытуемом, инструкции и содержание заданий.

Инструкция для предъявления: оцените по пятибалльной шкале, насколько каждое из сорока указанных в бланке утверждений, точно отражает ваше самочувствие, настроение, используя для этого следующую шкалу:

- 1 — совершенно не похоже на меня;
- 2 — не похоже на меня;
- 3 — затрудняюсь ответить;
- 4 — похоже на меня;
- 5 — очень похоже на меня.

При ответах обводите кружком номер в строке справа от соответствующего утверждения.

Обработка результатов:

Утверждениям, характерные для тревожного человека – прямым, присваиваются прямые баллы. Утверждениям, характерным для эмоционально благополучного человека - обратным, присваиваются обратные баллы.

Таким образом, испытуемые получают баллы, равные их бальной оценке при ответах на прямые утверждения, а при ответах на обратные утверждения получают противоположные баллы. Шкала оценок переворачивается, тогда оценкам 1, 2, 3, 4, 5 будут соответствовать баллы 5, 4, 3, 2, 1.

Субшкала «Эмоциональное неблагополучие»:

- прямые утверждения – 2, 4, 5, 9, 17, 22, 25, 27, 29, 30, 33, 34, 36, 38;
- обратные утверждения – 8, 12, 15, 18, 20, 24.

Субшкала «Профессиональная и родительская тревожность»:

- прямые утверждения – 1, 3, 10, 11, 13, 14, 19, 21, 26, 28, 31, 35, 37, 39;
- обратные утверждения – 6, 7, 16, 23, 32, 40.

После оценки ответов производится подсчет общей суммы баллов отдельно по каждой субшкале и по методике в целом (по прямым и обратным пунктам).

С помощью данных, расположенных в специальных таблицах, полученные первичные баллы испытуемых переводятся в стандартные оценки (стены), на основании которых, можно судить об уровне тревожности испытуемых.

В методике А.М. Прихожан обозначены следующие уровни тревожности:

- состояние тревожности испытуемому не свойственно;
- нормальный уровень тревожности;
- несколько повышенная тревожность;
- явно повышенная тревожность;

- очень высокая тревожность.

Показатель общего уровня тревожности является результатом, полученным по всей шкале, показатели отдельных видов тревожности – результатами, полученными по отдельным субшкалам.

Известно, что тревожные матери размещают, перекалывают свою тревогу на ребенка. Они могут предъявлять к ребенку повышенные требования, бдительный контроль, физические наказания, запугивать, стыдить, критиковать и т.д., создавая тем самым неблагоприятные условия в семье.

С целью оценки восприятия семейной ситуации ребенком с позиции благоприятности, тревожности, враждебности, конфликтности и др. решено было использовать третью методику в нашем исследовании – графический проекционный тест «Кинетический рисунок семьи» [17].

К тому же методика «Рисунка семьи» доступна и удобна в применении, способствует установлению хорошего эмоционального контакта специалиста с ребенком, снимает излишнее напряжение, естественно присутствующее в условиях диагностики.

На выбор методики оказал влияние тот фактор, что она является особенно продуктивной для детей старшего дошкольного возраста, потому что, полученные с помощью методики результаты, мало зависят от способностей ребенка вербализировать свои переживания, наблюдать за собой, прочувствовать воображаемую ситуацию, то есть от тех способностей психики, которые необходимы при выполнении заданий, основанных на вербальной технике.

Дети с речевыми нарушениями, в силу своего речевого дефекта, не могут адекватно использовать средства родного языка. Рисуя, они могут выразить то, что им трудно высказать словами. Таким образом, детский рисунок более открыто и правдиво передает те проблемы и трудности, которые имеют дети в семье.

Методика направлена на исследование межличностных отношений в семье, дает представление о субъективной оценке ребенком своей семьи, своего места в ней, об отношениях ребенка с членами семьи, которые вызывают тревогу, враждебность, конфликт.

Для выполнения теста испытуемому предоставляется лист белой бумаги формата 15x20 или 21x29 сантиметров, простой карандаш 2М, ластик.

Инструкция для предъявления: нарисуй свою семью так, чтобы все были заняты своим обычным делом. При этом не надо делать дополнительные пояснения на тему того, что такое семья, отвечать на вопросы о том, что рисовать. Рекомендуется просто повторить инструкцию.

Также на все уточняющие вопросы ребенку можно ответить, что рисовать нужно так, как ему хочется.

Время выполнения теста составляет от 15 до 30 минут в среднем.

Выполнение теста состоит из двух частей – рисования и беседы.

Во время рисования специалист отмечает в протоколе следующие моменты:

- порядок рисования деталей;
- остановки в работе более чем на 15 секунд;
- спонтанное вербальное сопровождение;
- редактирование, стирание элементов рисунка;
- эмоциональные реакции на содержимое рисунка.

После того как рисунок нарисован, по нему осуществляется беседа с целью получить дополнительную информацию. Ребенку задают вопросы:

- Кто изображен на рисунке?
- Что они делают?
- Где они находятся?
- Какие домашние обязанности закреплены за каждым?
- Каковы твои отношения с членами семьи?

Интерпретация теста «Рисунок семьи»:

Качественный анализ рисунка ориентируется на стандартные для проективных методик факторы. Анализируя особенности рисунка, определяют:

1) Степень развития изобразительной деятельности ребенка, характерные элементы, на основе которых можно различать рисунки (примитивность изображения, эмоциональная выразительность, четкость и экспрессия образов).

2) Состояние ребенка во время рисования. Мелкие детали, сильная штриховка говорят о неблагоприятном самочувствии ребенка, напряженности, зажатости, в свою очередь, яркие цвета, большие размеры наоборот свидетельствуют о хорошем настроении, отсутствии напряжения, утомления, истощения.

3) Особенности отношений между членами семьи, самочувствие ребенка в семье. В данном аспекте анализируют степень выраженности положительных эмоций, близость расположения членов семьи по отношению друг к другу (стоят рядом, держатся за руки, совместно что-то делают или беспорядочно расположены на плоскости листа, демонстрируют отрицательные эмоции, большое расстояние между членами семьи, несоразмерность членов семьи и др.).

4) Наличие защитных механизмов. Ребенок рисует неадекватное количество членов семьи (больше или меньше, чем на самом деле), что свидетельствует о конфликтности, напряжении в отношениях с некоторыми членами семьи.

Количественная оценка теста осуществляется на основе сгруппированных в симптомокомплексы показателей с указанием баллов по каждому симптомокомплексу:

- благоприятная семейная ситуация;
- тревожность;

- конфликтность;
- чувство неполноценности в семейной ситуации;
- враждебность в семейной ситуации.

Для более полной и точной интерпретации важно знать возраст ребенка, информацию о его поведении в семье, детском саду.

Известно, что тревожным личностям присущи такие черты, как мнительность, отсутствие доверия в отношениях, ведь доверие у человека тесно связано с таким чувством, как безопасность.

Принимая во внимания эти особенности, для создания атмосферы доверия испытуемым было сообщено, что результаты диагностики будут использованы в исследовании основой которого, является оказание психологической помощи матерям, имеющим детей с речевыми нарушениями и испытывающих такие же психологические проблемы, как и они. Дополнительно было сообщено, что полученные в результате исследования данные, будут недоступны для третьих лиц.

Исследование состояло из трех этапов.

1 этап – диагностический. Цель диагностического этапа – определить текущий уровень проявления тревожности у испытуемых для разработки коррекционной программы по психологическому консультированию матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

На данном этапе был осуществлен подбор психодиагностических методик, оговорены особенности предстоящей работы с испытуемыми, проведена первичная диагностика.

2 этап – основной. На этом этапе исследования разрабатывалась и реализовывалась программа, направленная на снижение тревожности матерей.

3. этап – аналитический. На этом этапе проводилась повторная диагностика по методикам, отобранным для исследования на первом этапе,

результаты которой, помогли установить динамику изменений, а также провести количественную и качественную обработку полученных данных.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

Определение уровня тревожности у матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста, проводилась по двум методикам:

- методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным;

- методика диагностики профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (форма Б).

Сначала испытуемые самостоятельно оценивали свое состояние по методике Спилбергера-Ханина. Оценка своего состояния является для испытуемых существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания, поэтому участие в диагностике уже служило положительным моментом для испытуемых и являлось составной частью коррекции.

Результаты диагностики испытуемых по шкалам личностной и ситуативной тревожности приведены в таблице 1 (Приложение А).

Анализ полученных данных показал, что по шкале личностной тревожности методики Спилбергера-Ханина у 27 % матерей выявлен высокий уровень личностной тревожности, 73% матерей испытывают умеренную тревожность, низкий уровень тревожности не зафиксирован ни у одной из матерей (рисунок 1).

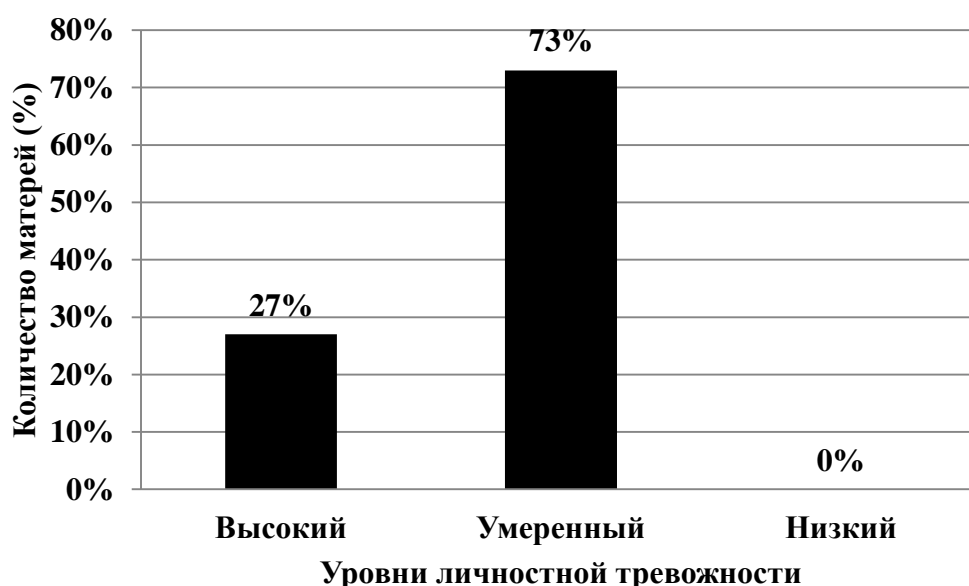


Рисунок 1. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням личностной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Высокие показатели по шкале личностной тревожности свидетельствуют о том, что у этих испытуемых имеется предрасположенность воспринимать широкий круг жизненных ситуаций и обстоятельств, как негативные и угрожающие ему или членам его семьи. Это дает основание предполагать, что каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на испытуемого. В данном случае ситуация с речевым неблагополучием ребенка будет являться стрессогенной, вызывающей чувство сильного беспокойства, тревоги. В результате негативного восприятия ситуаций и стресса формируется соответствующее состояние, которое характеризуется повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, неадекватными реакциями, постоянной готовностью к защите, конфликту. Всё это необходимо учитывать при проведении работы с высокотревожными испытуемыми.

Умеренный уровень личностной тревожности наблюдается у большинства испытуемых и свидетельствует об отсутствии у них глубинной, генерализированной тревоги, являющейся устойчивой чертой личности.

Необходимо отметить, что испытуемые с высоким уровнем личностной тревожности часто выбирали положительный ответ на прямые утверждения, о том, что часто испытывают раздражение, слишком переживают из-за пустяков, принимают всё близко к сердцу, их беспокоят возможные трудности, не хватает уверенности в себе. Также положительные ответы получили обратные утверждения о том, что испытуемые чувствуют себя беззащитными, утомленными, у них отсутствует желание работать.

Анализ данных по шкале ситуативной тревожности методики Спилбергера-Ханина показал, что у 100 % матерей наблюдается высокий уровень ситуативной тревожности, умеренный и низкий уровень не выявляется (рисунок 2).



Рисунок 2. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Высокий уровень ситуативной тревожности, наблюдаемый у матерей, обусловлен наличием выявленной речевой патологии у детей. Высокий уровень тревожности определяет поведение испытуемых, характеризует его, как деструктивное, что требует применение незамедлительных мер психологической коррекции в отношении испытуемых.

Следует отметить, что положительные ответы получили утверждения о том, что испытуемые чувствуют напряжение, скованность, волнение, нервничают, не находят себе места.

Далее проанализируем результаты испытуемых, полученные по методике диагностики профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (рисунок 3).

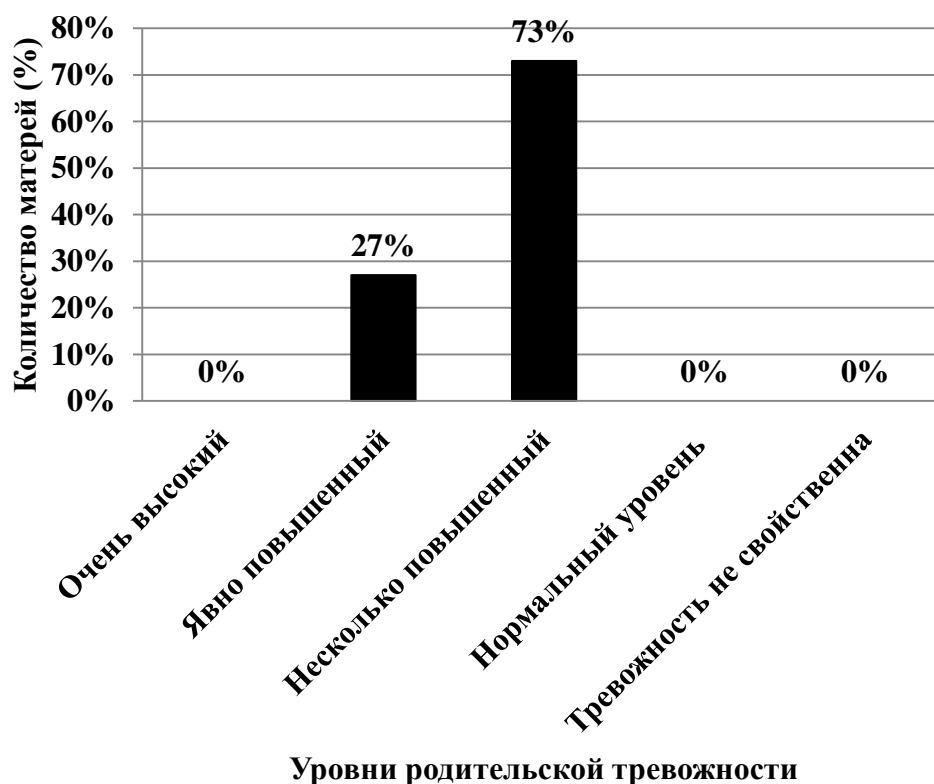


Рисунок 3. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням родительской тревожности по методике А.М. Прихожан

Согласно полученным данным, у 27 % матерей отмечается явно повышенный уровень тревожности и несколько повышенный уровень тревожности наблюдается у 73 % матерей.

Отсюда можно заключить, что у 27 % матерей тревожность имеет глубинный генерализированный характер («разлитая» тревога), у 73 % матерей наблюдается несколько повышенный уровень тревожности, связанный с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни. В данном случае ситуацией, вызывающей тревогу, является наличие выявленной у ребенка речевой патологии.

Положительные оценки испытуемых получили ответы о том, что матери нервничают из-за ребенка, с тревогой размышляют об его будущем, беспокоятся о том, что с ребенком случится что-нибудь плохое, испытывают чувство стыда за ребенка перед другими людьми.

Следует отметить, что ко времени прохождения процедуры исследования по второй методике, особенно высокотревожные испытуемые уже не испытывали повышенного напряжения от ситуации обследования, увеличилось чувство доверия к экспериментатору, что выражалось в доброжелательном отношении к нему, окружающим.

Обратимся к анализу результатов, полученных по методике графический проекционный тест «Кинетический рисунок семьи».

В таблице 2 приведены симптомокомплексы и баллы по итогу оценки рисунков детей (Приложение Б). Чем больше сумма баллов, тем ярче выражен тот или иной признак. Выраженность признака оценивается от 0 до 3 баллов.

Среднее значение, представленное в таблице, отражает усредненный по группе показатель каждого симптомокомплекса. Рассчитывалось среднее значение по следующей схеме:

- суммируются показатели у всех испытуемых в группе.
- сумма делится на число испытуемых.

Полученные средние показатели по каждому из симптомокомплексов, демонстрирующие их выраженность, представлены на рисунке 4.

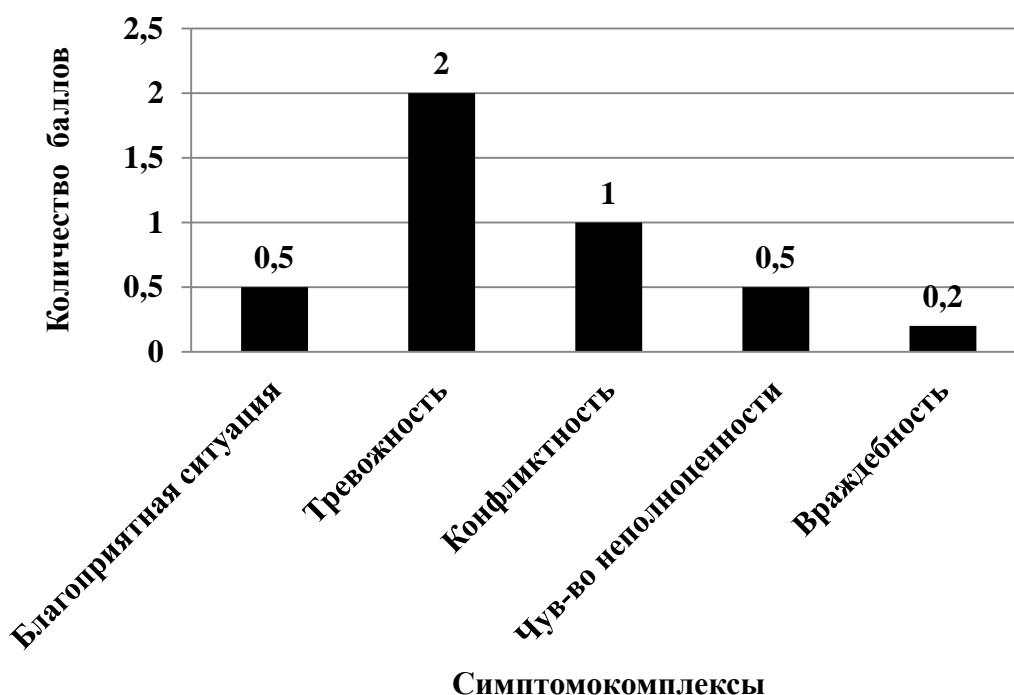


Рисунок 4. Выраженность симптомокомплексов в детских рисунках по методике «Кинетический рисунок семьи»

Анализ представленных на рисунке данных показал, что наибольшее выражение в группе испытуемых получили такие симптомокомплексы, как тревожность и конфликтность.

Полученные результаты говорят о том, что тревожность, транслируемая матерями по отношению к детям, оказывает негативное воздействие на восприятие семейной ситуации детьми, которые начинают относиться к ней как к неблагоприятной, тревожной, конфликтной.

Повышенные требования к речевой деятельности ребенка без учета его реальных возможностей со стороны тревожной матери, непринятие ребенка таким, какой он есть, непоследовательность в поведении, перепады

настроения, раздражительность, агрессивность приводят к конфликту, способствуют формированию тревожности у ребенка, как устойчивой черты.

Семейную ситуацию как благоприятную воспринимают всего 33 % детей, враждебность в отношениях с членами семьи испытывают 27 % детей, тревожность - около 70 % детей.

На рисунках детей, которые воспринимают семейную ситуацию как тревожную, конфликтную, испытывают чувство неполноценности в семье, изображены не все члены семьи, либо они замещены животными, отсутствует сам ребенок. Отсутствие ребенка на рисунке говорит об его одиночестве, отчуждении в семье, чрезмерной критике, неприятии, что заставляет ребенка исключить себя из рисунка вообще или нарисовать себя в последнюю очередь.

На некоторых рисунках члены семьи отделены друг от друга машинами, деревьями, животными, стенами дома. Множество посторонних объектов между членами семьи говорит о конфликтах, недопонимании, ссорах. Между этими людьми в реальной жизни есть барьеры, которые мешают нормальным отношениям. Часто встречаются фигуры, выделенные цветом или штриховкой, что свидетельствует о напряженных отношениях с данными членами семьи, чувстве тревоги, которое испытывает ребенок по отношению к ним.

В ряде работ у персонажей отсутствуют уши, а это значит, что ребенок не чувствует взаимопонимания и семейного тепла, каждый живет и слышит только себя, игнорируя мнение других.

Хотелось бы подробнее остановиться на фигуре матери в детских рисунках. Встречаются изображения матерей с большими, выделенными с помощью нажима карандашом глазами, огромными руками, что говорит о повышенной требовательности, активности со стороны матери, контроле за ребенком, наличии чувства страха у последнего. В некоторых работах детей у матерей отсутствуют кисти рук, что свидетельствует о некоей

разобщенности, чувстве одиночества, неприятия ребенка. Также имеются работы, где фигура матери представлена в увеличенном размере по сравнению с ребенком, другие члены семьи имеют маленькие размеры либо отсутствуют вообще. Такое изображение матери ребенком связано с чувством давления, ребенка чрезмерно контролируют, не дают ему проявлять инициативу, активность.

Более 60 % детей изображали фигуру матери на рисунке первой, что говорит о значимости этого члена семьи в их жизни, авторитете.

При выборе цветов для рисования персонажей дети предпочитают холодные, темные оттенки, используя синий, сиреневый, черный, серый карандаши. Данные цвета говорят о пониженном фоне настроения, чувстве неопределенности, беспокойства.

Диагностичным для детей является сам подход к выполнению задания. В ряде случаев дети изначально отказывались рисовать семью, задавали экспериментатору множество вопросов (как рисовать, что рисовать, можно ли пользоваться ластиком и т.д.), делали несколько безуспешных попыток к созданию рисунка, активно использовали ластик. Всё это говорит о напряжении, чувстве беспомощности, тревоги, отсутствии опор в семье.

После выполнения задания с детьми проводилась беседа по рисунку.

Детям задавались следующие вопросы:

- 1) Расскажи, кто тут нарисован?
- 2) Где они находятся?
- 3) Чем они занимаются?
- 4) Они веселятся или скучают? Почему?
- 5) Какое у тебя настроение на этом рисунке? Как ты себя чувствуешь?
- 6) Кто самый счастливый из них? Почему?
- 7) Кто из них самый грустный? Почему?

Последние два вопроса у более 50 % детей вызывали чувство напряжения, молчание или формальные ответы («не знаю», «мы все играем»

и т.д.). В этих случаях прямые вопросы заменялись на проективные, чтобы избежать возникновения чувства беспокойства у ребенка, появления защитных реакций. Например, на проективный вопрос – «Представь себе, что у тебя есть два билет в кино, кого бы ты пригласил пойти с тобой?» - дети отвечали, что взяли бы с собой персонажей из мультфильмов, сказок, друзей по детской площадке и даже животных. Это символизируют неудовлетворенные потребности ребенка, которые он успешно реализует в воображаемых отношениях, своих фантазиях. Для того чтобы узнать, чего же не хватает ребенку в отношениях с членами семьи, его просили рассказать о сказочном персонаже. Часто ответы детей содержали такие высказывания, как: «он интересный», «он добрый, никогда не ругается», «он не делает мне замечания», «я его люблю».

Проведенный анализ результатов исследования позволяет сделать следующие выводы:

- у матерей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями, присутствует высокий уровень личностной тревожности (27%), высокий уровень ситуативной тревожности (100%) и повышенный уровень родительской тревожности (явно повышенный 27%, несколько повышенный – 73%).
- у детей тревожных матерей наблюдается выраженность таких симптомокомплексов, как тревожность и конфликтность при восприятии семейной ситуации;
- тревожные матери нуждаются в коррекции своего состояния посредством специально разработанной программы по снижению тревожности.

2.3. Программа психологических консультаций тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями

Вторым этапом исследования явилась разработка и последующая реализация программы психологического консультирования, направленной на снижение тревожности матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Основу программы составили арт-терапия, игротерапия, техники, направленные на построение эффективного взаимодействия между матерью и ребенком. Также в программу было включено информирование матерей об особенностях ребенка с речевыми нарушениями для повышения родительской компетенции в области речевых нарушений, особенностях личности ребенка с нарушениями речи.

Пояснительная записка. В России около 60 % детей имеют речевые нарушения. Число детей с речевой патологией постоянно увеличивается, а тяжесть речевых нарушений возрастает. Поступая в первый класс, вчерашний дошкольник с речевым нарушением не может освоить чтение и письмо, становится неуспевающим учеником [8].

После установления речевого нарушения матери таких детей часто испытывают состояние внутреннего напряжения, беспокойства, тревоги, которое может усиливаться из-за отсутствия своевременной психологической помощи.

Повышенная тревожность, как правило, имеет реактивный характер и связана с ситуацией речевого неблагополучия у ребенка.

По исследованиям Е.М. Мастюковой, В.В. Ткачевой, Т.Н. Волковской, Т.Г. Богдановой, эмоциональная нестабильность, напряжение, наблюдаемые у матери, отрицательно влияют на личность ребенка с речевыми

нарушениями, отношения между матерью и ребенком, процесс коррекции речевого нарушения [49].

Тревожные матери склонны к преувеличению речевой патологии, постоянно напоминают ребенку о речевых трудностях, требуют произносить слова правильно, что превышает речевые возможности ребенка и в конечном итоге приводит к возникновению поведенческого и речевого негативизма, нарушению гармонии в детско-родительских отношениях.

Исходя из перечисленных фактов актуальность создания программы по коррекции тревожности у матерей, имеющих детей с речевыми нарушениями, является насущной потребностью в условиях массовости проблемы речевого неблагополучия детей в России и отсутствия адекватной психологической поддержки матерей.

Матери, победившие тревожность, повысившие самооценку, несут свои новые жизненные установки детям, которые их активно перенимают. Это является мотивирующим фактором улучшения микроклимата в семье, устраняет дезадаптацию ребенка с нарушением речи в обществе.

Теоретическую основу программы составили:

- положения о преодолении тревожности в психологии (Г.Ш. Габдереева, И.В. Дубровина, А.И. Захаров, Б.М. Мастеров, А.М. Прихожан, А.С. Спиваковская) при объединении казуального, ориентированного на причины тревожности, понимание ее природы, и симптоматического подходов;

- гуманистические идеи развития личности, обуславливающие понимание человека как уникальной, открытой системы, способной к изменению в процессе собственной активности (Л.И. Божович, П.В. Симонов, С.Л. Рубинштейн и другие);

- теоретические подходы к эффективному взаимодействию взрослого и ребенка (А. Бандура, Г.А. Ковалев, А.Ф. Копьев, И.М. Марковская, Е.О. Смирнова, А.У. Хараш и другие);

- когнитивный подход представлен когнитивно-поведенческими техниками, предложенными, А. Бек, Р. МакМаллин, Д. Бернсом и другими.

При разработке программы были учтены такие принципы, как:

1) принцип комплексности - предполагает использование разных техник, методов, приемов практической психологии в зависимости от поставленных целей и задач;

2) принцип диагностики и коррекции – предполагает определение содержания психологической помощи с учётом диагностических данных;

3) принцип личностного подхода – основан на отношении к личности как целостному объекту с учетом всей его сложности и всех его индивидуальных характеристик;

4) принцип деятельностного подхода – предполагает организацию активной деятельности участника группы с учетом его интересов и значимости деятельности;

5) принцип последовательности – основан на поэтапности психологической помощи (установка, основной этап, завершение).

6) принцип учета объема и степени разнообразия материала – определяет необходимость включения нового материала по мере усвоения знаний, умений, навыков.

Направленность программы.

По содержанию программа направлена на обучение способам преодоления тревожных состояний, саморегуляцию, выработку эффективного взаимодействия матери и ребенка.

Эффективное взаимодействие матери и ребенка достигается вследствие приобретения знаний об особенностях ребенка с речевыми нарушениями, уважения его права быть таким, какой он есть, овладения приемами и способами построения продуктивных отношений с ребенком.

Саморегуляция направлена на успокоение (нормализацию состояния), повышение стрессоустойчивости, приобретение умения вести себя в

ситуациях, вызывающих чувство беспокойства, напряжения, тревоги, психологическое закаливание.

Физическая саморегуляция включает дыхательные, двигательные, релаксационные упражнения.

Навыки преодоления тревожных состояний формируются в ходе выполнения специальных упражнений.

По субъектному составу программа направлена на матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями с повышенным уровнем тревожности, испытывающих трудности во взаимодействии с детьми.

Цели программы: снижение уровня тревожности до условной нормы (умеренный уровень).

Задачи программы:

- 1) повысить уровень психолого-педагогических знаний родителей об особенностях детей с речевыми нарушениями;
- 2) обучать приемам эффективного взаимодействия родителей с детьми;
- 3) обучать способам психофизической саморегуляции (воздействие словом, снятие мышечных зажимов, эмоционального напряжения, релаксация);
- 4) обучать способам преодоления тревоги (практические техники, упражнения).

Методы и формы реализации программы.

В программе были использованы следующие методы: арт-терапия, игротерапия, психогимнастика, элементы когнитивно-поведенческой терапии. Дополнительно применялись такие методы как мини-лекция, тематическая дискуссия, тренинговые упражнения, релаксационные, дыхательные и двигательные упражнения, методы саморегуляции и управления собственным телом, иллюстративный метод (схемы, таблицы).

Применение арт-терапии позволяет:

- облегчить процесс коммуникации;
- преодолеть коммуникативные барьеры;
- способствовать осознанию своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний;
- экологично проработать негативные чувства (тревоги, страха, вины);
- содействовать повышению уверенности в себе.

Применение игротерапии способствует:

- установлению доверительных отношений между участниками группы;
- снятию чувства напряжения, тревоги;
- позитивному восприятию себя и других.

Применение психогимнастики позволяет:

- использовать разные способы отражения для выражения одного чувства или эмоционального состояния (вербальное высказывание, рисование, движение);
- снижать напряжение, чувство усталости участников группы;
- повышать настроение.

Когнитивно-поведенческая терапия направлена на изменение негативных мыслей, которые являются причиной тревоги и неэффективных моделей поведения.

Тематические дискуссии и мини-лекции предназначены для приобретения знаний об особенностях ребенка с речевыми нарушениями, построения эффективного взаимодействия с детьми, позволяют определить разные подходы к решению проблем благодаря обратной связи.

Домашнее задание, предлагаемое специалистом, призвано способствовать продолжению работы участников над собой в период между групповыми встречами.

Занятия проводятся в течение 3 месяцев, один раз в неделю по 1,5 часа (12 занятий). Формат работы – групповой.

Группа набирается по результатам диагностики в количестве 15 человек с повышенным уровнем тревожности.

Объём и содержание занятий могут быть уточнены с учетом реальных возможностей их выполнения на практике.

Каждое занятие проводится в стандартной форме и имеет следующую структуру:

1. Начало работы в группе (ритуал приветствия, объявление темы, упражнение-разминка, направленное на поддержание сплоченности группы, внимания и работоспособности участников) – 10 минут;

2. Основной этап содержит теоретическую и практическую части и включает тематическую дискуссию, мини-лекцию, игры, упражнения, приемы, направленные на практическую реализацию полученных знаний – 70 минут;

3. Завершение работы (рефлексия, получение обратной связи, инструкции по выполнению домашнего задания, ритуал прощания) – 10 минут.

Примерное содержание занятий представлено в Приложении В.

Права и обязанности участников группы определяются совместно установленными правилами.

В содержание программы включены следующие этапы:

1 этап – диагностический (1 занятие).

Цель этапа: диагностика и анализ диагностического материала.
Комплектование группы.

2 этап - ориентировочный (1 занятие).

Цель этапа: знакомство, эмоциональное объединение участников группы.

Основное содержание образуют психотехнические упражнения, направленные на сплочение группы, снятие напряжения, самораскрытие. Введение правил группы.

3 этап – основной (8 занятий).

Цель этапа: снижение уровня тревожности участников группы до условной нормы (умеренный уровень тревожности).

Основное содержание образуют дискуссии, психотехнические упражнения и приемы, способствующие, снятию психического и физического напряжения, беспокойства, эффективному взаимодействию матери и ребенка, упражнения, содержащие конкретные приемы для преодоления чувства тревоги.

4 этап – этап оценки эффективности (1 занятие).

Цель этапа: диагностика и анализ положительных изменений участников группы в следствие проведенной работы.

Критерием результативности проведенной работы и эффективности коррекционной программы является степень достижения цели коррекции и решения поставленных в программе задач.

Оценка эффективности произведенного воздействия осуществляется специалистом, повторной диагностикой.

5 этап - завершающий (1 занятие).

Цель этапа: закрепление достигнутых результатов, подведение итогов (чему участник научился в группе и что он может сделать за ее пределами), рекомендации специалиста на будущее.

Планируемы результаты освоения программы. К целевым ориентирам данной программы относятся следующие характеристики возможных достижений участника:

- обладает знаниями об особенностях детей с речевыми нарушениями;
- владеет приемами эффективного взаимодействия с ребенком;
- владеет приемами психофизической саморегуляции;

- владеет способами преодоления тревожных состояний.

В следствие указанных достижений предполагается снижение уровня тревожности до условной нормы (умеренный уровень).

Оценка эффективности программы. Во время прохождения программы предусмотрены:

- входящая (первичная) диагностика;
- итоговая диагностика.

Диагностические методики, используемые в программе:

1. Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным, позволяющая дифференцировано измерять тревожность;

2. Методика диагностики профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан.

Кроме того предусмотрен текущий мониторинг, который производится в форме рефлексии прошедшего занятия. Планирование занятий по темам представлено в таблице 3.

Таблица 3

Тематическое планирование занятий

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
I.	1.Диагностический этап	1.Диагностика и анализ диагностического материала (первичная диагностика).	1. Методика диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера, адаптированная Ю. Л. Ханиным, позволяющая дифференцировано измерять

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
		2.Комплектование группы.	тревожность; 2. Методика диагностики профессиональной и родительской тревожности А. М. Прихожан.
II.	2.Ориентировочный этап «Знакомство. Наши правила и цели»	Знакомство. Постановка целей, введение правил группы. Формирование положительного настроения на работу в группе.	Упр. «Два вопроса» (ритуал) Упр. «Имя-ассоциация» Упр. «Мои ожидания» Упр. «Наши правила» Упр. «Рисуем круги» Упр. «Проверка запоминания имен». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (Упр. «Плюсы минусы моей проблемы»).
III	Основной этап	Снижение уровня тревожности участников группы	
3.	«Дорога, полная тревог...».	Определение понятия тревожности; исследование и выражение своих чувств, осознание внутреннего	Упр. «Два вопроса» (ритуал) Упр. «Привет, ты...» Упр. «Обсуждение домашнего задания» Мини-лекция «Что такое тревожность?» (определение, проявления, польза и вред).

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
		эмоционального состояния; обучение способам борьбы с тревожными мыслями (когнитивно-оведенческие техники - КПТ).	Упр. «Ассоциации к слову Тревога» (рисование). Упр. «Журнал настроения». Упр. «Комплименты». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (самостоятельная работа с «Журналом настроения»).
4.	«Мой ребенок. Какой он?»	Формирование представлений об особенностях ребенка с речевыми нарушениями; развитие позитивного отношения к себе и ребенку; развитие эмпатии, безусловного принятия ребенка.	Упр. «Два вопроса» (ритуал) Упр. «Пожелание» Упр. «Обсуждение домашнего задания» Мини-лекция «Особенности ребенка с речевыми нарушениями» Упр. «Перевоплощение». Упр «Какой я родитель?». Упр «Какой он мой ребенок?» (аппликация). Упр. «Разговор через стекло» Упр. «Я тебя понимаю». Упр. «Я горжусь своим ребенком...» Упр «Встреча». Упр. «Подведение итогов».

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
			Домашнее задание (Упр. «Я люблю и принимаю тебя»).
5.	«Общаемся с ребенком правильно».	Расширение знаний родителей о правильном взаимодействии с ребенком с речевыми нарушениями; определение своих лучших качеств для преодоления трудностей взаимодействия; отработка навыков общения с ребенком с речевыми нарушениями в упражнениях; совершенствование навыков расслабления.	Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «Ласковые руки». Упр. «Обсуждение домашнего задания». Упр. «Правила общения с ребенком с речевыми нарушениями» (тематическая дискуссия). Упр. «Аленький цветочек» (арт-техника). Упр. «Мама и ребенок». Упр. «Сундук с замечаниями». Упр. на расслабление «Быстро-медленно». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (выполнение правил общения, рефлексия на основе упр. «Аленький цветочек»).
6	«Общаемся с ребенком правильно»	Познакомить с приемами эффективного	Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «Поделись улыбкой» (игра).

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
	(продолжение).	взаимодействия с детьми (активное слушание, Я-сообщения, отзеркаливание); отработка навыков эффективного взаимодействия с ребенком в упражнениях; научить снижать эмоциональное напряжение.	Упр. «Обсуждение домашнего задания». Упр. «Практические приемы эффективного взаимодействия с ребенком» (мини-лекция). Упр. «Говорящий и слушающий». Упр. «Попугай» (прием отзеркаливания). Упр. «Передай чувства» (прием отражения чувств). Упр. «История в картинках» (коллективная работа). Упр. «Шарик». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (упр. «Твой день в детском саду», закрепление навыков активного слушания).
7	«Вместе весело шагать...» (совместное с детьми занятие).	Знакомство с детьми; создание ситуаций взаимодействия и сотрудничества матери и ребенка;	Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «Кто пришел на полянку?» (презентация ребенка). Упр. «Угадайте кто моя мама».

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
		закрепление навыков общения и эффективного взаимодействия на практике.	Упр. «Подари движение»; Упр. «Поменяемся игрушками». Упр. «Спина к спине». Упр. «Живая вода» (арт-техника, работа в парах: мать-ребенок). Упр. «Брызгалки». Упр. «Наоборот». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (самостоятельная работа с «Журналом настроения»).
8.	«Спокойствие, только спокойствие!» (саморегуляция)	Понимание своего эмоционального состояния и другого человека; определение понятия саморегуляции, знакомство с основными приемами саморегуляции; обучение приемам саморегуляции на	Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «Лови шарик добра». Упр. «Обсуждение домашнего задания». Упр. «Метафора состояния». Упр. «Комнаты чувств» (рисование). Упр. «Саморегуляция: понятие, основные приемы» (мини-лекция). Упр. «Дыхание расслабления». Упр. «Делай раз...»

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
		<p>практике: управление дыханием, управление движением, воздействие словом, воздействие образом, рисование).</p>	<p>(управление тонусом мышц). Упр. «Приказываю - выполняю». Упр. «Самопрограммирование». Упр. «Самоодобрение». Упр. «Подведение итогов». Домашнее задание (упр. «Океан», воздействие образом).</p>
9.	<p>«Терапия беспокойства» (способы снижения тревожности).</p>	<p>Определение беспокоящего события; знакомство со способами снижения беспокойства, тревожности на основе КПТ; отработка основных способов снижения тревожности в упражнениях.</p>	<p>Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «У кого конфетка?». Упр. «Обсуждение домашнего задания». Упр. «Сообщение». Упр. «Силуэт» (рисование на контуре). Упр. «Методика пассивной релаксации». Упр. «Декатастрофизация». Упр. «Техника сострадания» (работа в парах). Упр. «Сравнение, идущее вниз». Упр. «Отвлечение внимания».</p>

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
			<p>Упр. «Здесь и сейчас».</p> <p>Упр. «Подведение итогов».</p> <p>Дом задание (упр. «Нестандартные поступки»).</p>
10.	«Мыслим позитивно!»	<p>Поиск ресурсных состояний;</p> <p>определение понятия позитивного мышления;</p> <p>обучение приемам позитивного мышления в упражнениях;</p> <p>достижение состояния расслабления.</p>	<p>Упр. «Два вопроса» (ритуал).</p> <p>Упр. «Меняющаяся комната» (игра).</p> <p>Упр. «Обсуждение домашнего задания».</p> <p>Упр. «Позитивное мышление» (тематическая дискуссия).</p> <p>Упр. «От чего я бываю счастлива» (коллаж).</p> <p>Упр. «Сравнение, идущее вверх».</p> <p>Упр. «Приятные воспоминания».</p> <p>Упр. «За всё тебя благодарю...».</p> <p>Упр. «Стоп-кран (остановка негативных мыслей».</p> <p>Упр. «Весёлая мелодия».</p> <p>Упр. «Разматывание клубка».</p> <p>Упр. «Подведение итогов».</p>

№ п/п	Тема	Цель	Содержание
			Дом задание (самостоятельная работа с «Журналом настроения»).
IV	11. Этап оценки эффективности	Итоговая диагностика	(По методикам первичной диагностики).
V.	12. Завершающий этап (Итоговое занятие)	Краткий обзор содержания занятий; подведение итогов групповой работы; определение целей, к которым участники должны стремиться дальше; завершение работы в дружелюбной атмосфере.	Упр. «Два вопроса» (ритуал). Упр. «По горам, по долам...» (обзор занятий). Упр. «Рисуем круги» (завершение коллективной работы). Упр. «Расплавим тревоги любовью». Упр. «Постановка целей». Упр. «Достижение целей». Упр. «Вечерний разговор» (подведение итогов). Упр. «Утро завтрашнего дня». Упр. «Последняя встреча».

Условия реализации программы включают указание на материально-техническое, кадровое обеспечение.

Материально-техническое обеспечение. Обязательным требованием реализации программы является наличие отдельного кабинета для занятий, пространство которого, позволяет активно перемещаться при выполнении групповых упражнений (разминки, психогимнастики и т.п.). Цветовая гамма

кабинета выдержана в природных тонах: стены окрашены в светло-зеленый тон, на полу – мягкое ковровое покрытие бежевого цвета.

Пространство кабинета разделено на несколько рабочих зон, содержащих различную функциональную нагрузку.

Зона организационно-планирующей деятельности. В данной зоне находится стеллаж с организационно-методической и нормативной документацией, диагностический инструментарий.

Зона коррекционно-развивающей работы включает наличие стульев и столов по количеству участников, доски (флип-чарта), компьютера и полочной акустики для проигрывания музыкальных композиций, набора маркеров, бумаги, ватмана, блокнотов для участников и другого инструментария, необходимого для проведения конкретного занятия (мячей, шаров, наборов карандашей, красок, мелков, пластилина и т.д.).

Кадровое обеспечение. Специалист, обеспечивающий реализацию программы, должен обладать широкими теоретическими знаниями, профессиональными навыками и опытом:

- иметь высшее образование и опыт работы с группой в качестве руководителя и участника;
- быть компетентным в области педагогической и психологической наук, возрастной психологии, психологии развития, личности и групп;
- владеть знаниями и практическими компетенциями в области информационно-коммуникационных технологий, знанием возрастных, психологических особенностей, методических основ работы со взрослыми;
- знать техники групповой психокоррекции, принципы динамики группового процесса и использовать их в психологических целях, фасилитацию, контроль за временем;
- знать требования профессиональной этики, предъявляемые к психокоррекционной работе вообще и конкретно к работе с группами.

2.4. Анализ полученных результатов

На аналитическом этапе проводилась повторная диагностика для определения эффективности разработанной и реализованной программы психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями с применением методик констатирующего этапа с целью выявления динамики изменений.

Повторная диагностика соответственно проводилась в отношении лиц, участвовавших в первичной диагностике, на констатирующем этапе.

Всего в повторной диагностике приняли участие 30 человек – 15 матерей и 15 детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Помимо установления динамики изменений, достигнутых в ходе коррекционной программы, необходимо провести количественную и качественную обработку полученных данных.

Рассмотрим результаты повторной диагностики.

Данные, полученные по шкалам личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина, отражены в таблице 4 (Приложение Г).

На рисунке 5 представлен сравнительный анализ показателей уровней проявления личностной тревожности у матерей. Мы видим, что у всех испытуемых произошло снижение высокого уровня тревожности, зафиксированного на этапе первичной диагностике, до умеренного уровня (100 %). Таким образом, мы наблюдаем отсутствие матерей с высоким уровнем тревожности.

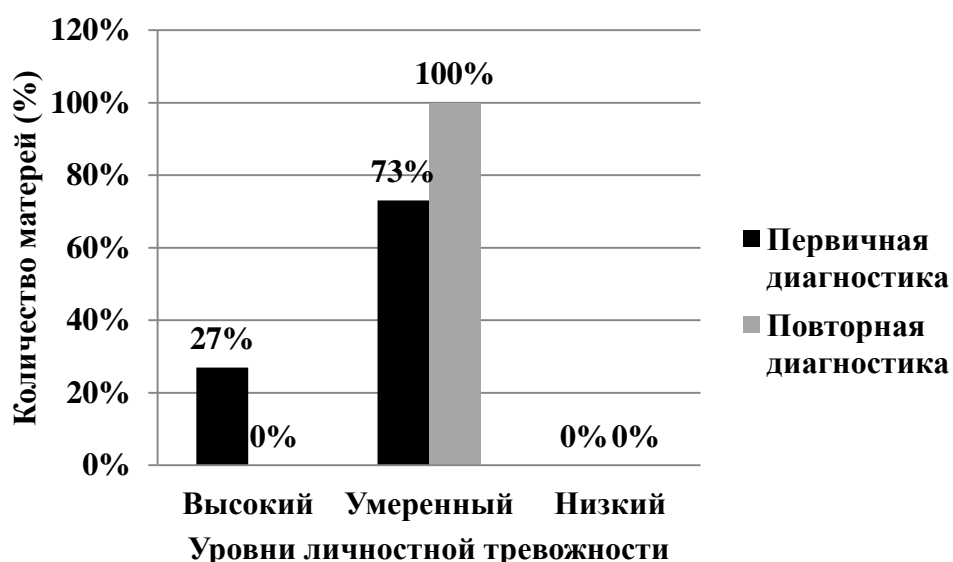


Рисунок 5. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням личностной тревожности до и после реализации программы по методике Спилбергера-Ханина

После реализации программы у матерей наблюдается умеренный уровень личностной тревожности, необходимый для успешной адаптации в обществе, здорового функционирования личности.

Сравнительный анализ показателей, полученных по шкале ситуативной тревожности, показал, что произошло снижение высокого уровня ситуативной тревожности до умеренного уровня у всех испытуемых (100%). Соответственно, у матерей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями произошла стабилизация их состояния, нарушенного, вследствие возникшей ситуации речевого неблагополучия детей (рисунок 6).

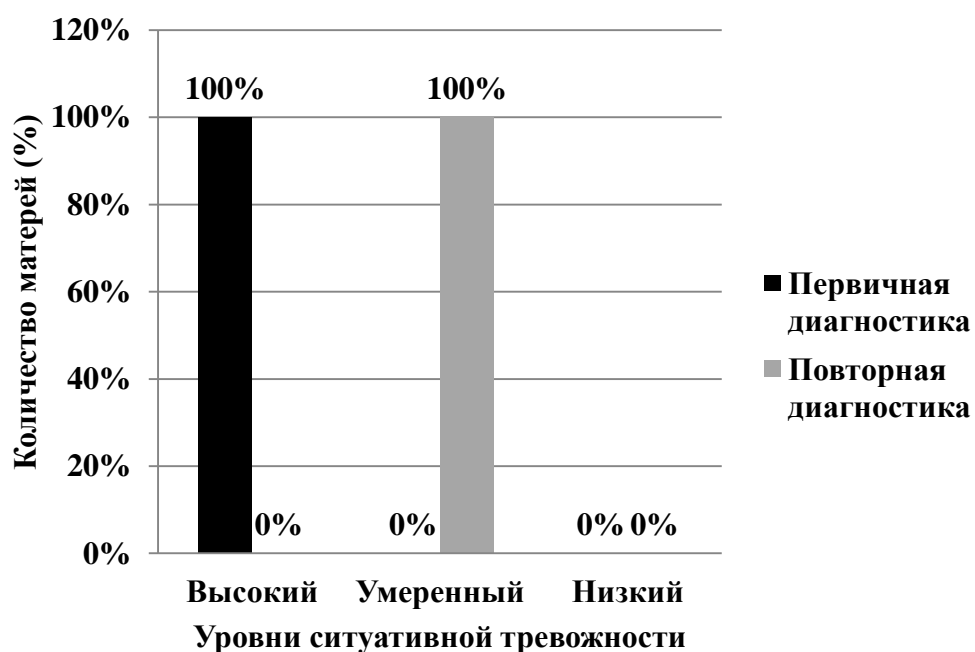


Рисунок 6. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням ситуативной тревожности до и после реализации программы по методике Спилбергера-Ханина

При повторной диагностике положительные ответы получили утверждения о том, что испытуемые чувствуют себя вполне уверенно, свободно, испытывают состояние покоя, удовлетворения. У матерей исчезло чувство напряжения, они больше не чувствуют раздражения, досады, взвинченности. Наблюдаемый умеренный уровень ситуативной тревожности, необходим для конструктивного решения жизненных проблем, например, ситуации речевого неблагополучия у ребенка.

Далее проведем сравнительный анализ показателей, полученных испытуемыми по методике диагностики профессиональной и родительской тревожности А. М. Прихожан (рисунок 7).



Рисунок 7. Распределение матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями по уровням родительской тревожности по методике Прихожан А.М.

Согласно полученным данным, после проведенной коррекционной работы, у испытуемых с явно повышенным уровнем родительской тревожности зафиксировано снижение показателей тревожности до нормального уровня.

У испытуемых с несколько повышенным уровнем тревожности также отмечается стабилизация состояния – снижение показателей тревожности до условной нормы, необходимой для адаптации и продуктивной деятельности (нормальный уровень тревожности).

Таким образом, наблюдается отсутствие матерей с высоким или повышенным уровнем родительской тревожности.

Положительные ответы испытуемых получили утверждения о том, что матери довольны своим ребенком, хорошо его понимают, уверены в его успешном будущем, у них складываются дружеские отношения с ребенком.

Проанализируем результаты, полученные в ходе повторной диагностики по методике графический проекционный тест «Кинетический рисунок семьи» в сравнении с результатами первичной диагностики соответственно.

В таблице 5 приведены симптомокомплексы и баллы по итогу оценки рисунков детей (Приложение Д).

Выраженность симптомокомплексов оценивается от 0 до 3 баллов.

Среднее значение, представленное в таблице, отражает усредненный по группе показатель каждого симптомокомплекса.

На рисунке 8 представлен сравнительный анализ показателей симптомокомплексов у детей по результатам первичной и повторной диагностики. Данные представлены в баллах.

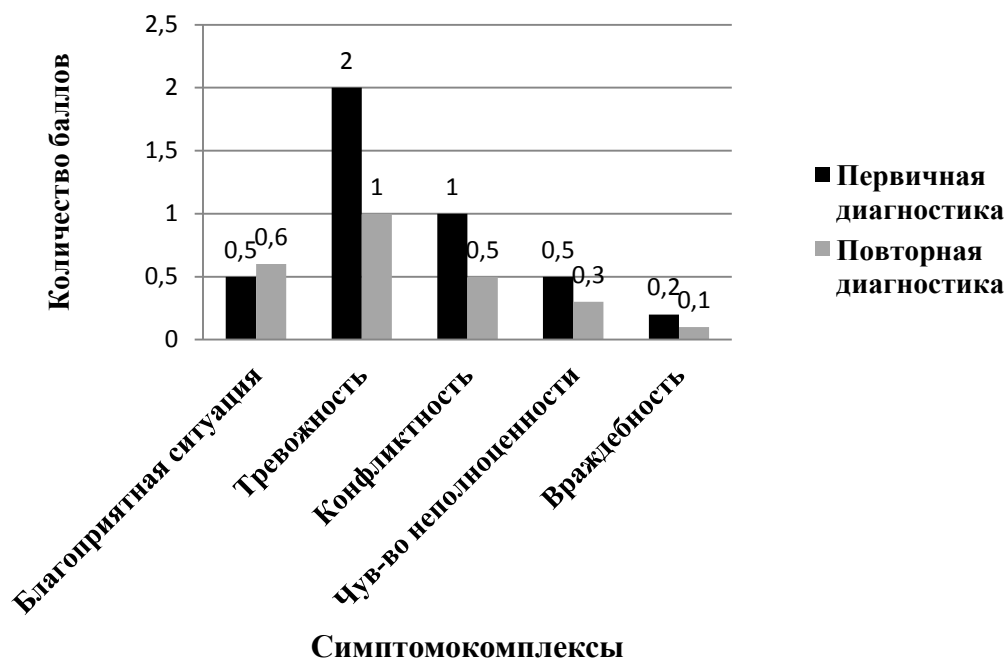


Рисунок 8. Сравнительный анализ показателей выраженности симптомокомплексов в детских рисунках до и после реализации программы по методике «Кинетический рисунок семьи»

Сопоставление средних показателей первичной и повторной диагностики показало значительное снижение баллов по таким симптомокомплексам, как тревожность и конфликтность.

Для сравнения выраженности показателей, полученных по результатам первичной и повторной диагностик в группе испытуемых, и проверки достоверности выделенных нами различий был использован непараметрический статистический U-критерий Манна-Уитни.

Сначала проверке подверглись показатели личностной тревожности, полученные с помощью методики Спилбергера-Ханина. Были установлены следующие значения:

$U_{эмп} = 45$, $U_{кр} (0.05) = 64$, $U_{кр} (0.01) = 51$. Так как $U_{кр} > U_{эмп}$ различия в показателях тревожности существенны. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп} (45)$ находится в зоне значимости.

Затем проверялись показатели ситуативной тревожности. Результат: $U_{эмп} = 21$, $U_{кр} (0.05) = 64$, $U_{кр} (0.01) = 51$. Так как $U_{кр} > U_{эмп}$ различия в показателях тревожности существенны. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп} (21)$ находится в зоне значимости.

Далее мы проверили данные, полученные по методике диагностики профессиональной и родительской тревожности А. М. Прихожан. Были установлены следующие значения:

$U_{эмп} = 2$, $U_{кр} (0.05) = 64$, $U_{кр} (0.01) = 51$. Так как $U_{кр} > U_{эмп}$ различия в показателях родительской тревожности существенны. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп} (2)$ находится в зоне значимости.

Чем меньше $U_{эмп}$, тем более вероятно, что различия достоверны.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что в ходе реализации программы консультирования тревожных матерей в группе испытуемых изменились показатели тревожности, в частности произошло снижение уровня личностной, ситуативной и родительской тревожности до условной нормы (умеренный или нормальный уровень тревожности).

Таким образом, благодаря программе консультирования тревожных матерей была достигнута положительная динамика, что благоприятно отразилось на восприятии семейной ситуации детьми, способствовало появлению эффективного взаимодействия между матерью и ребенком за счет снижения уровня тревожности.

Выводы по главе 2

В ходе осуществления работы, проводимой в соответствии с задачами исследования, были установлены следующие результаты:

1. Первичная диагностика показала, что матери, воспитывающие детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями, имеют высокий уровень личностной тревожности (27%), высокий уровень ситуативной тревожности (100%), повышенный и явно повышенный уровень родительской тревожности (73% и 27% матерей соответственно). У детей тревожных матерей наблюдается выраженность таких симптомокомплексов, как тревожность и конфликтность при восприятии семейной ситуации.

2. На основе проведенной диагностики для снижения тревожности у матерей нами была разработана и апробирована программа психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

3. Сравнительный анализ показателей тревожности по итогам первичной и повторной диагностики зафиксировал положительные изменения. У испытуемых наблюдается умеренный (нормальный) уровень личностной, ситуативной и родительской тревожности (100%). Произошла стабилизация восприятия семейной ситуации детьми, что подтверждается снижением показателей по таким симптомокомплексам, как тревожность, конфликтность, враждебность на 50 %.

4. Для достоверности фиксируемых нами изменений был использован статистический U-критерий Манна-Уитни, который установил что, сдвиги личностной, ситуативной и родительской тревожности находятся в зоне значимости. Различия в уровнях тревожности по результатам первичной и вторичной диагностики можно считать существенными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование имело своей целью разработку и апробирование программы психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями.

Для достижения цели исследования мы решали ряд теоретических и экспериментальных задач.

В результате теоретического анализа научной литературы нами было рассмотрено понятие тревожности в отечественной и зарубежной психологии. Изучены причины, закономерности развития тревожности, её формы и виды, влияние материнской тревожности на взаимоотношения с детьми. Выделены особенности детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями. Было установлено, что указанная категория детей имеет своеобразие познавательной сферы и личности.

Отдельно были проанализированы возможности психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями. Было установлено, что в работе с тревожными матерями наиболее эффективным является групповое консультирование, в основу которого включено информирование матерей об особенностях детей с речевыми нарушениями, методы арт-терапии, игротерапии, практические упражнения, направленные на преодоление тревожных состояний, приемы эффективного взаимодействия с детьми.

В соответствии с практическими задачами исследования нами была осуществлена работа, в ходе которой была проведена диагностика матерей с целью выявления уровней проявления тревожности и детей для определения восприятия ими семейной ситуации. Было установлено, что у матерей, воспитывающих детей с речевыми нарушениями, присутствует высокий уровень личностной тревожности (27%), высокий уровень ситуативной

тревожности (100%) и повышенный уровень родительской тревожности (явно повышенный 27%, несколько повышенный – 73%). У детей тревожных матерей присутствовала выраженность таких симптомокомплексов, как тревожность и конфликтность при восприятии семейной ситуации.

Для снижения тревожности матерей нами была разработана и апробирована программа психологического консультирования тревожных матерей, имеющих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями. Данные повторной диагностики показали, что разработанная нами программа психологического консультирования является эффективным средством проведенной работы, направленной на снижение тревожности у матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста. Произошла стабилизация восприятия семейной ситуации детьми, что подтверждается снижением показателей по таким симптомокомплексам, как тревожность, и конфликтность на 50 %. Это позволяет нам утверждать, что поставленная цель достигнута, задачи решены, и гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: Независимая фирма Класс, 1999. 208 с.
2. Аникина В.Г., Побокин П.А., Ивченкова Ю.Ю. Применение технологий виртуальной реальности в преодолении состояния тревожности // Экспериментальная психология. 2019. № 1. С. 40-52.
3. Аракелов Г.Г., Лысенко Н.Е., Шотт Е.К. Психофизиологический метод оценки тревожности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 102-113.
4. Беляева С.И. Тревожность и проявление материнской любви в семьях с деликвентными подростками // Медицинская психология в России. 2020. Т. 10. № 2. С. 11-16. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12110.
5. Бородулина М.А. Психолого-педагогическая поддержка матерей, имеющих детей с ОВЗ // Молодой ученый. 2018. № 44. С. 257-259.
6. Васенина Е.Е., Левин О.С. Нарушение речи и тревога: механизмы взаимодействия и возможности терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 4. С. 136-144.
7. Вачков И.В. Метафорический тренинг. М.: Издательство «Ось-89», 2020. 144 с.
8. Вести образования [Электронный ресурс]: электронная газета; ред. Адамский А.И. URL: https://vogazeta.ru/articles/2021/10/5/shkolniki/18192-okolo_60_rossiyskih_detey_prihodyat_v_pervyy_klass_s_narusheniyami_ustnoy_rechi (дата обращения 03.11.22).
9. Волкова Л.А., Швачкина Л.А. Особенности проявления тревожности в молодом возрасте у женщин // Научно-практический журнал «Гуманизация образования». 2019. № 1. С. 19-27.
10. Волковская Т.Н. Левченко И.Ю. Логопсихология: учебник для вузов. М.: Юрайт, 2020. 190 с.

11. Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Под научной ред. И.Ю. Левченко. М.: Национальный книжный центр, 2019. 96 с.
12. Глухов В.П., Ковшиков В.А. Психолингвистика. Теория речевой деятельности. М.: АСТ, 2007. 223 с.
13. Гребенникова Е.В., Шелехов И.Л. Социально-психологические особенности детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи // Научно-педагогическое обозрение. 2018. № 4. С. 18-26.
14. Дубовик Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребёнком дошкольного возраста / Е.Ю. Дубовик // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2006. № 1. С. 134-140.
15. Дубовик Е.Ю., Сладкова И.А. Введение в профессию: психолог в сфере образования: учебно-методическое пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2021. 104 с.
16. Епанчинцева Г.А., Козловская Т.Н., Потокина А.М. Специфика материнских установок женщин, имеющих детей в возрасте от 5 до 7 лет // Вестник Оренбургского государственного университета. 2018. № 5(217). С. 94-99.
17. Иванова Н.Ф. Преодоление тревожности и страхов у детей 5-7 лет. Диагностика, занятия, рекомендации. М.: Учитель, 2020. 191 с.
18. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
19. Карпова С.В. Родительская семья как фактор, формирующий образ жизни // Материалы международной научно-практической конференции. Петрозаводск: КГПУ, 2009. С. 218-220.
20. Китик Е.Е. Основы логопедии. М.: ФЛИНТА, 2021. 196 с.
21. Колесникова Г. Психологическое консультирование. Стандарт третьего поколения: учеб. пособие для вузов. СПб.: Питер, 2018. 240 с.

22. Кори Д. Теория и практика группового консультирования / Пер. с англ. Е. Рачковой. М.: Изд-во Эксмо, 2003. 640 с.
23. Кочубей Б. И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника. М., 1988.
24. Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. М.: Академический проект, 2022. с. 222.
25. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
26. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 131-137.
27. Левченко И.Ю., Дубровина Т.И. Дети с общим недоразвитием речи: Развитие памяти. М.: Национальный книжный центр, 2021. 144 с.
28. Линде Н.Д. Психологическое консультирование. Теория и практика. М.: АСТ, 2022. 336 с.
29. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб., 2001.
30. Маталасова Е.С. Тревожность женщин молодого возраста // Сборник научных трудов. Научные исследования: фундаментальные и прикладные аспекты. 2021. Т. 1. С. 219-222. <https://elibrary.ru/item.asp?id=45820807> (дата обращения: 11.05.2023).
31. Марютина Т.М. Личностные особенности матери и школьная готовность ребенка: сравнительный анализ двух популяций // Психологическая наука и образование. 2000. № 1. С.78-85.
32. Мерлин В.С. Очерк теории темперамента. М., 1964.
33. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность, диагностика, профилактика, коррекция. СПб.: Речь, 2004.
34. Михеева А.В. Особенности соотношения стрессоустойчивости и тревожности у мужчин и женщин // Вестник РУДН. Серия «Психология и педагогика». 2020. № 2. С. 84-87.

35. Московкина А.Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Прометей, 2020. 252 с.
36. Немов Р.С. Психология: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. кн. 3: Психодиагностика. Введение в научно-психологическое исследование с элементами математической статистики. 3-е изд. / Р. С. Немов. М.: Гуманит. Центр ВЛАДОС, 2015. 632 с.
37. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. № 2. С. 11-17.
38. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2007. 192 с.
39. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. [Электронный ресурс]. М.: МПСИ, 2000. 304 с. // Электронная библиотека МГППУ. URL: <https://psychlib.ru/mgppu/pri/PRI-001-.htm#%D0%F1> (дата обращения: 10.12.2022).
40. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. М., 2012. 816 с.
41. Пятница Т.В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах. Ростов н/Д.: Феникс, 2022. 173 с.
42. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: БАХРАМ-М, 2019. 672 с.
43. Романин А.Н., Писаревский К.Л. Основы психоанализа. М.: ФЛИНТА, 2020. 552 с.
44. Семейное воспитание детей с нарушением речи: учебное издание / Н.В. Обухова. Екатеринбург: УГПУ, 2019. 128 с.
45. Сидоров К.Р. Тревожность как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2013. № 2. С. 42-52. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnost-kak-psiologicheskii-fenomen/viewer> (дата обращения: 14.03.2022).

46. Степанова О.П. Эффективное преодоление неуверенности и тревожности. Психокоррекционная программа. М.: ФЛИНТА, 2020. 54 с.
47. Стишенок И.В. Тренинг уверенности в себе. Развитие и реализация новых возможностей. М.: Речь, 2021. 240 с.
48. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая поддержка семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: учебник. М.: ИНФРА-М, 2020. 178 с.
49. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М.: Национальный книжный центр, 2021. 150 с.
50. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». Текст с изменениями и дополнениями на 1 февраля 2023 г. М.: Эксмо, 2023. 224 с.
51. Федотова А.В. Три возраста тревожности // Неврология: материалы XIV Вейновских чтений. 2018. №2 (11). С. 70-78.
52. Филичева Т.Б. Основы дошкольной логопедии. М.: Эксмо, 2022. 320 с.
53. Хорошева Е.В. Сравнительное исследование семей, имеющих ребенка с нормативным и нарушенным развитием // Психологическая наука и образование. 2021. № 5. С. 52-59.
54. Хуснутдинова Л.Ю., Ковязина Н.Н., Зайнуллина З.Б. Особенности детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // личность, семья общество: вопросы педагогики и психологии. 2019. № 36. С. 74-79. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-myshleniya-detey-starshego-doshkolnogo-vozrasta-s-obschim-nedorazvitiem-rechi-iii-urovnya> (дата обращения: 10.05.2022).
55. Хухлаева О.В. Групповое психологическое консультирование: учебное пособие для вузов. М.: Юрайт, 2022. 195 с.
56. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 2020. 608 с.

57. Чекушина М.В. Тревожность матери как фактор вероятности возникновения психосоматического расстройства у детей старшего дошкольного возраста // Молодой ученый. 2021. № 48 (390). С. 517-519.

58. Червен-Водали Е.Б., Антипова С.Н., Сидорова В.Б., Васина Л.Г. Мотивирование интереса у детей с ОВЗ и инвалидностью к занятиям математикой и информатикой на примере проведения олимпиады на факультете «Информационные технологии» // Моделирование и анализ данных. 2022. Т. 12. № 4. С. 85–93. DOI: 10.17759/mda.2022120406.

59. Щербатых Ю.В. Методики диагностики тревоги и тревожности – сравнительная оценка // Научный журнал «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири». 2021. № 2. С. 85-104.

60. Щукина Е.Г., Макарова А.А., Чумакова Г.Н. Развитие материнского поведения при повышенной тревоге во время беременности // Экология человека. 2006. № 7. С. 47-53.

61. Эллис А. Биологическое основание человеческой иррациональности // Журнал практического психолога. 2014. № 6. С. 133-159. URL: <https://evolkov.net/rebc/Ellis.A/Biologic.Basis.of.Human.Irrational.Ellis.html> (дата обращения: 11.10.2022).

62. Ягунова К.В. Речевые нарушения у детей раннего и дошкольного возраста. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63. № 6. С. 23-30.

63. May R. The Meaning of Anxiety [Электронный ресурс] // Google Книги URL: <https://books.google.ru/books?id=bOtyCQAAQBAJ&lpg=PP1&hl=ru&pg=PP1#v=onepage&q&f=false> (дата обращения: 15.02.2022).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Таблица 1

Эмпирические данные об уровнях личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Шифр испытуе мого	Личностная тревожность (балл)	Ситуативная тревожность (балл)
1	46	48
2	43	46
3	42	62
4	51	46
5	40	50
6	53	55
7	40	46
8	43	47
9	45	48
10	53	46
11	40	61
12	36	46
13	44	47
14	45	50
15	36	48

Таблица 2

Эмпирические данные по симптомокомплексам методики
графический проекционный тест «Кинетический рисунок семьи»

Шифр испытуе мого	Благоприят ная семейная ситуация	Тревожность в семье	Конфлик тность в семье	Чувство неполноценно сти	Враждебность в семье
1	0,1	3,1	2,2	0,7	0,2
2	0,5	0,6	0	0,1	0
3	0,4	3	0	0,4	0
4	0,4	3,4	0,4	0,5	0,2
5	0,4	2,5	1	0,4	0,3
6	0,3	3,4	2,5	0,6	0,5
7	0,9	0,4	0,3	0,1	0
8	0,6	0,3	0,1	0	0,2
9	0,4	2,3	0,7	0,5	0,1
10	0,1	3,4	2,5	0,7	0,5
11	0,3	3	0,9	0,7	0,2
12	0,5	2,5	2,5	0,5	0,3
13	1	0,3	0,5	0,5	0,1
14	0,6	2,3	0,9	0,6	0,5
15	0,8	0,5	0,3	0,5	0,1
Ср. знач.	0,5	2	1	0,5	0,2

Примерное содержание занятий программы психологического консультирования тревожных матерей, воспитывающих детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями

Занятие № 2 «Знакомство. Наши правила и цели»
(Начало основного этапа)

Цель занятия: знакомство, информирование участников о цели занятий, введение правил группы. Формирование положительного настроения на работу в группе. Вербализация проблемы и отражение чувств, связанных с проблемой.

Материалы и оборудование: маркеры основных цветов (красный, синий, зеленый), листы ватмана, рулон плотной бумаги длиной около двух метров, без соединительных швов, карандаши, фломастеры, краски, восковые мелки, кисти, стаканчики с водой, ластик, скотч.

Ход занятия

Знакомство. Ведущий приветствует членов группы и представляется им. Ведущий предлагает членам группы познакомиться друг с другом.

Упражнение 1. «Имя-ассоциация». Участник группы называет свое имя. Остальные члены группы высказывают свои ассоциации, связанные с именем. Это могут быть предметы, животные, явления природы и др. После того, как все ассоциации озвучены, участник говорит, какие ассоциации ему понравились. Далее свое имя называет следующий член группы.

Упражнение 2. «Два вопроса» (повторяется на каждом занятии). Участники группы по очереди отвечают на вопросы: «Как я себя чувствую?», «Что интересного, эмоционально значимого случилось за прошедшую неделю?». Необходимо развернуто описать свои чувства, переживания,

отвечать односложно нельзя. Упражнение позволяет углубиться внутрь себя, настроиться на предстоящую работу.

Упражнение 3. «Мои ожидания». Участники группы по очереди высказываются на темы «Моя проблема», «Мои ожидания от занятий». Каждый участник называет то, что его тревожит, говорит о том, с какой целью он пришел на занятия, чему хотел бы научиться, чего достичь. Ведущий помогает сформулировать цели правильно и оформляет их на листе ватмана. В ходе выполнения упражнения участники понимают, что имеют одинаковые проблемы и связанные с ними чувства.

Введение правил группы.

Упражнение 4. «Наши правила». Ведущий предлагает рассмотреть типичные групповые правила и обсудить их полезность.

1) Не выносить личную информацию за пределы группы (конфиденциальность).

Для чего это нужно? (полезность).

Если участник будет уверен, что никто посторонний не узнает о нем личную информацию – ему легче и быстрее будет раскрыться на занятии.

2) Каждый участник отвечает за свое преобразование и развитие.

Для чего это нужно?

Изменения в сознании и поведении участника происходят быстрее, когда он берет на себя ответственность (активен на занятиях и выполняет домашнее задание).

3) Говорить «я», а не «мы». Высказывания должны быть четкими и по существу вопроса.

Для чего это нужно?

Если участник группы не высказывается напрямую, то не несет ответственности за свои слова, что в итоге приводит к поверхностному общению.

4) Слушать и уважать мнение каждого, критиковать не самого человека, а его действия.

Для чего это нужно?

Участники мнение которых не учитываются, не чувствуют себя комфортно при общении в группе, замыкаются. Их мысли и инициативы оказываются потерянными для группы, что отрицательно влияет на группу в целом.

5) Каждый участник может сказать «стоп» в ходе обсуждения вопроса (вы не обязаны делать то, чего не желаете).

Для чего это нужно?

Участник должен чувствовать, что он свободен в выборе действий и решений, что в свою очередь, обуславливает его личную ответственность.

6) Соблюдать режим работы в группе (изменения может вносить только группа).

Упражнение 5. «Рисуем круги» (коллективная работа). Ведущий напоминает наиболее часто высказываемую участниками проблему «Мой ребенок плохо разговаривает», затем предлагает нарисовать 1 или 2 круга желаемого размера на большом листе бумаги. После этого, участникам предлагается подумать какие чувства и эмоции возникают у них, когда они думают о своей проблеме и изобразить их в своих кругах. Затем участники рассматривают работу в целом. Ведущий предлагает соединить линиями свои круги с теми кругами, которые показались им наиболее близкими по отражаемым чувствам, эмоциям. Далее следует вербализация и рефлексивный анализ (Какое чувство изображено? Почему я выбрал именно такой цвет?).

Ведущий сохраняет коллективный рисунок до последнего занятия, на котором происходит завершение работы участников.

Упражнение 6. «Проверка запоминания имен». Ведущий просит желающих назвать имена участников группы.

Завершение (обратная связь, домашнее задание).

Упражнение 7. «Подведение итогов». Ведущий предлагает желающим поделиться своими впечатлениями о занятии (Насколько чувствовали себя включенными в занятие? Часто ли сегодня хотелось участвовать в работе группы? Насколько продуктивным для вас было занятие? Хотелось бы вновь встретиться с группой?).

Домашнее задание. Выполнить упражнение «Плюсы и минусы моей проблемы». Возьмите лист бумаги и разделите его на две части. Озаглавьте каждую часть – Выгоды от проблемы, Ущерб от проблемы. В каждой колонке напишите соответствующие мысли (что вы приобретаете благодаря данной проблеме; что вы теряете из-за не решения этой проблемы). Просмотрите списки по каждой колонке, вычеркните повторяющиеся мысли. Проведите анализ полученных результатов и сделайте выводы относительно пользы существования проблемы для вас.

Занятие № 5 «Общаемся с ребенком правильно»

(Середина основного этапа)

Цель занятия: расширение знаний родителей о правильном взаимодействии с ребенком с речевыми нарушениями. Определение своих лучших качеств для преодоления трудностей взаимодействия. Отработка навыков общения с ребенком с речевыми нарушениями в упражнениях. Совершенствование навыков расслабления.

Материалы и оборудование: релаксационная музыка, маркеры основных цветов (красный, синий, зеленый), доска, карандаши, фломастеры, картонная коробка, мячи малые резиновые.

Ход занятия

Приветствие. Ведущий и участники группы приветствуют друг друга. Каждый участник в порядке очередности рассказывает, как он себя

чувствует, как прошла неделя (в рамках упражнения-ритуала 1. «Два вопроса»). Ведущий знакомит участников с темой занятия.

Упражнение 2. «Ласковые руки». Участники под звуки музыки становятся в круг друг за другом, и каждый последующий гладит мягкими движениями, без нажима впереди стоящего по голове, плечам, спине. Продолжительность выполнения 7-10 минут. Упражнение направлено на снятие напряжения, поддержание чувства сплоченности участников, оказание поддержки другому человеку. По окончании выполнения участники рассказывают о своих чувствах, делятся впечатлениями от упражнения.

Упражнение 3. «Обсуждение домашнего задания» («Я люблю и принимаю тебя»). Участники рассказывают о выполнении домашнего задания - что они чувствовали, когда говорили себе, глядя на фотографию своего ребенка: «Я люблю тебя (имя ребенка) таким, какой ты есть». Получилось ли у них говорить ребенку о своих чувствах к нему в конкретной ситуации.

Упражнение 4. «Правила общения с ребенком с речевыми нарушениями» (тематическая дискуссия). Упражнение направлено на выработку участниками оптимальных норм и правил общения с ребенком в ходе совместного обсуждения.

Ведущий предлагает участникам дискуссии разделиться на подгруппы и в течение 10-15 мин подготовить свой вариант правил общения с ребенком. После того как работа завершена следует выступление представителей каждой подгруппы, во время которого, остальные участники выступают в роли экспертов, задают уточняющие вопросы, высказывают аргументы в пользу принятия правила и т.д. Ведущий фиксирует утвержденные участниками правила на доске.

Примерный свод правил общения с ребенком с речевыми нарушениями:

- 1) Говорить с ребенком в медленном темпе.

2) Смотреть на ребенка во время разговора, давая ему возможность видеть лицо взрослого.

3) Пользоваться правильным русским языком (не искажать слова, подстраиваясь под «детский язык»).

4) Не следует постоянно поправлять ребенка, делать ему замечания по поводу неправильного произношения всегда и везде.

5) Не сравнивать речь ребенка с другими детьми.

6) Не фиксируйте внимание ребенка на том, что не получается, лучше подбодрите его.

7) Отвечать на все вопросы ребенка спокойно, без раздражения.

Упражнение 5. «Аленький цветочек». Участники рисуют цветок с кружком посередине и множеством лепестков. В кружке пишут свое имя. Около каждого лепестка пишут качества, которые могут помочь соблюдать правила общения с ребенком. По окончании выполнения упражнения ведущий рекомендует почаще смотреть на рисунок, время от времени добавляя дополнительные лепестки с качествами.

Упражнение 6. «Мама и ребенок». Ведущий предлагает участникам разбиться по парам, где один участник играет роль мамы, а второй – ребенка. Участники взаимодействуют друг с другом, стараясь соблюдать выработанные ранее правила общения, в конкретной игровой ситуации. Затем участники меняются ролями. Далее следует обсуждение, участники отвечают на вопросы (какая часть упражнения понравилась больше всего, какую роль было легче выполнять, какие трудности испытывали во время игры и т.п.).

Упражнение 7. «Сундук с замечаниями». Одному из участников дают в руки коробку и предлагают пройти по нарисованной на полу линии. Остальные участники кладут в коробку мячи, делая при этом различные замечания. Упражнение направлено на осознание того, что чрезмерная требовательность по отношению к ребенку усложняет работу по достижению

общей цели, не позволяет видеть перспектив. В конце упражнения следует обсуждение (Как ваше самочувствие? Сложно ли вам было? и др.).

Упражнение 8. «Быстро-Медленно». Повторение движений за ведущим с чередованием быстрого и медленного, плавного и резкого темпа. Чтение стихотворения «Наша Таня...» в быстром, а затем в медленном темпе. Упражнение направлено на выработку умения успешно контролировать и регулировать психический темп, осознание различий в темпе и психофизических состояниях (возбуждение – покой).

Упражнение 9 «Подведение итогов». По предложению ведущего участники делятся своими впечатлениями о занятии. Рассказывают, что было для них самым важным, интересным, что нового они для себя узнали, какие выводы сделали. Выслушав участников, ведущий представляет свое мнение о результатах занятия, произносит рекомендации каждому из участников.

Домашнее задание. Применять в течение недели правила общения с ребенком. В конце недели на основе рисунка «Аленький цветочек» сделать анализ на тему: «Какие качества мне помогли при выполнении правил в общении с ребенком, а какие мешали?».

Таблица 4

Эмпирические данные об уровнях личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Шифр испытуе мого	Личностная тревожность (балл)	Ситуативная тревожность (балл)
1	35	40
2	37	42
3	40	45
4	41	40
5	32	42
6	44	45
7	38	43
8	36	40
9	42	44
10	43	40
11	32	45
12	31	43
13	40	44
14	43	45
15	32	40

Таблица 5

Эмпирические данные по симптомокомплексам методики
графический проекционный тест «Кинетический рисунок семьи»

Шифр испытуе мого	Благоприят ная семейная ситуация	Тревожность в семье	Конфлик тность в семье	Чувство неполноценно сти	Враждебность в семье
1	0,3	2	1	0,5	0,2
2	0,6	0	0	0,1	0
3	0,5	1,5	0	0,4	0
4	0,6	2	0,2	0,2	0,1
5	0,5	1	0,5	0,1	0,2
6	0,4	2	1	0,5	0,3
7	1	0	0,1	0,1	0
8	0,8	0	0	0	0
9	0,5	1	0,5	0,4	0,1
10	0,3	2	2	0,7	0,5
11	0,5	2	0,5	0,5	0,2
12	0,8	1	1	0,5	0,3
13	1	0	0	0	0
14	0,6	1	0,5	0,4	0,5
15	1	0	0	0	0
Ср. знач.	0,6	1	0,5	0,3	0,1