Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«ХАКАССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.Ф. КАТАНОВА»

ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра психологии развития

специальность 050703 – Педагогика и психология

Влияние родительского отношения на уровень тревожности у часто болеющего ребенка дошкольного возраста

Абакан, 2010

Содержание

[Введение](#_Toc251616506)

[Глава 1. Теоретические основы проблемы отношений в психологии](#_Toc251616507)

[1.1 Категория отношений и ее рассмотрения в психологии](#_Toc251616508)

[1.2 Изучение детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии](#_Toc251616509)

[1.3 Особенности родительского отношения к часто болеющим детям](#_Toc251616510)

[Глава 2. Исследование тревожности и ее проявлений в онтогенезе](#_Toc251616511)

[2.1 Анализ теории тревожности в зарубежной и отечественной психологии](#_Toc251616512)

[2.2 Возрастные особенности проявления тревожности](#_Toc251616513)

[2.3 Особенности проявления тревожности в дошкольном возрасте](#_Toc251616514)

[Глава 3. Эмпирическое исследование влияния родительского отношения на уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста](#_Toc251616515)

[3.1 Описание экспериментальной выборки и методики исследования](#_Toc251616516)

[3.2 Анализ эмпирических результатов исследования](#_Toc251616517)

[3.3 Программа, направленная на оптимизацию детско-родительских отношений](#_Toc251616518)

[Заключение](#_Toc251616519)

[Библиографический список литературы](#_Toc251616520)

Введение

В настоящее время социально-экономические преобразования в России, повлекшие за собой изменение привычного уклада жизни и нравственно-ценностных ориентации, ухудшение психологического климата в семье, являются причинами, которые обусловливают рост отклонений в личностном развитии и социальном поведении подрастающего поколения. Тревожность относится к числу наиболее частых поводов обращения родителей к психологу, при этом в последние годы количество таких обращений существенно возросло. В связи с этим, направление исследований, в рамках которого сформулирована тема работы, является актуальным для психологии, ибо основано на объективных проблемах, вызванных нарушениями личностного развития в детском возрасте.

Выявлено множество причин детской тревожности. В качестве основного источника могут быть рассмотрены нарушения родительского отношения к ребенку, которые приводят к постоянным психологическим микротравмам детей.

Рассмотрение причин появления и фиксации тревожности у детей в дошкольном возрасте, возможностей ее коррекции в связи с особенностями семейной среды, представляется актуальным и соответствующим задачам теории и практики психологии развития.

Особое внимание в работе уделено исследованию тревожности у часто болеющих детей. Особую категорию таких детей составляют часто болеющие дети дошкольного возраста. В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик, а также по специфике семейного воспитания. Так, для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих, что может перерасти в стойкие черты личности.

Известно, что семья является главным инструментом социализации ребенка, где в отношениях со взрослыми происходит формирование личности. Поэтому без анализа родительско-детских отношений невозможно целостное понимание развития личности. Тем не менее, без внимания оставлен вопрос об участия родительского отношения к часто болеющему ребенку в формировании его личности, и возможности коррекции детской тревожности путем оптимизации родительско-детских отношений.

Цель исследования: изучить влияние родительского отношения на уровень тревожности у часто болеющего ребенка дошкольного возраста.

Объект исследования: отношения как целостная система индивидуальных избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности.

Предмет исследования: типы родительского отношения к часто болеющему ребенку дошкольного возраста, уровни тревожности детей дошкольного возраста.

Гипотеза исследования: мы предполагаем что:

1. Тип родительского отношения влияет на уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста;
2. Тип родительского отношения не влияет на уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста.

В соответствии с целями и гипотезами исследования были поставлены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ проблемы отношений в психологии;
2. Изучить теоретические исследования тревожности и ее проявлений в онтогенезе;
3. Выявить типы родительского отношения к часто болеющему ребенку;
4. Выявить уровни тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста;
5. Установить влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста;
6. Составить методические рекомендации родителям, воспитывающим часто болеющих детей дошкольного возраста.

Методологической основой исследования стали: положение В.Н. Мясищева о том, что отношение – это целостная система индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности; основополагающим для нашего исследования стало понятие А.Я. Варги о том, что тип родительского отношения – это триединство эмоционального отношения родителя к ребенку, стиля общения с ним и когнитивного видения ребенка; а так же мы основывались на положении А.М. Прихожан, которая считала, что тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности.

Для изучения родительского отношения к часто болеющему ребенку дошкольного возраста как фактора формирования тревожности применялись следующие методы:

1. Теоретические: анализ литературы по проблеме исследования с использованием методологического аппарата психологической науки;
2. Эмпирические: Исследование архивных данных, Опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), Опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (ВРР) (И.М. Марковская), тест тревожности (Р.Теммпл, М. Дорки, В. Амен), анкета по выявлению уровня тревожности (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко);
3. Интерпретационно-описательные: количественный и качественный анализ эмпирических данных с использованием методов математической статистики (среднее значение, коэффициент корреляции Пирсона, критерий t Стьюдента)

Теоретическое значение состоит в том, что систематизация теоретического материала по проблеме отношений и тревожности позволяет расширить и углубить знания о влиянии родительского отношения на проявление тревожности у детей дошкольного возраста, обогатить теорию эмпирическим знанием о проблеме родительского отношения к часто болеющему ребенку.

Практическое значение: на основе полученных теоретических и эмпирических данных были разработаны методические рекомендации родителям, воспитывающим часто болеющих детей дошкольного возраста, которые помогут более эффективно организовать воспитательный процесс и оптимизировать родительско-детские отношения.

Надежность и достоверность данных, полученных в работе, обусловлена выбором и применением стандартизированных методик адекватных цели и объекту исследования, методологического аппарата психологической науки, количественным анализам эмпирического материала с использованием методов математической статистики.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из и приложения. Основное содержание работы изложено на 68 страницах, включая 5 таблиц, 4 рисунка.

# Глава 1. Теоретические основы проблемы отношений в психологии

## 

## 1.1 Категория отношений и ее рассмотрения в психологии

Термин "отношение" охватывает бесчисленное множество самых различных признаков и свойств объектов в их взаимозависимости друг от друга, в их взаиморасположенности и взаимосвязи. В силу своей всеобщности этот термин приобретает предметно-содержательный характер только в случае его интерпретации применительно к какой-либо определенной системе: формальной (в логике и математике), материальной, социальной, духовной и др. Что касается психологической мысли, то она на различных уровнях и с различной степенью определенности охватывает в своих понятиях многообразные типы отношений между ее собственными явлениями и другими явлениями бытия, будь то в форме причинно-следственных связей, системных зависимостей частей от целого и т.п. Какой бы психологической категории не коснуться, постигаемые посредством нее реалии никогда не выступают в виде изолированных сущностей, но неотвратимо вынуждают углубиться в мир отношений, неисчерпаемость которого становится все более зримой с прогрессом познания. К анализу категории «отношение» в разные годы обращались такие исследователи как В.Н. Панфёров, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. Теоретические и эмпирические вопросы проблемы отношений и взаимоотношений рассматривали в своих работах социальные психологи Г.М. Андреева, Л.Я. Гозман, Я.Л. Коломенский, В.Н. Куницына, Н.Н. Обозов, И.Р. Сушков.

Повсеместно и во все времена человек, подобно любым другим объектам, взаимосвязан с окружающей действительностью. Соответственно и научное изучение человека сообразовывается в своих понятиях и методах с этим обстоятельством, ведь сама психика нечто иное, как субъектно-объектное отношение.27)

Подобно тому, как несводимы друг к другу, хотя и нераздельны, категории формы и содержания, количества и качества и др., в частной, конкретной науке – психологии – образ и действие, мотив и переживание сгущают в своем категориальном составе и строе несводимые к другим признаки. Они присущи только психике, отличая ее по различным параметрам от всех других аспектов бытия живых существ. По поводу же термина "отношение" такого на первый взгляд не скажешь, поэтому приходится задуматься об основаниях, побуждающих возводить его в ранг особой категории, отличной от других.

Термин «отношение» может быть принят при условии выделения в предмете психологической науки особого содержания, для отображения и изучения которого его следует признать, во-первых, более адекватным этому содержанию, чем какой-либо иной, и, во-вторых, несущим категориальную нагрузку.

В русском научно-психологическом языке этот термин появился после работ А.Ф. Лазурского, который, вычленив в человеке эндопсихику как внутреннюю сторону психического и экзопсихику как его внешнюю сторону, представил последнюю в виде системы отношений субъекта к действительности. Отправляясь от замысла Лазурского, термин «отношение» отстаивал в качестве важнейшего для понимания личности в норме и патологии В.Н.Мясищев. Он писал: «Исходя из того, что понятие отношения несводимо к другим и неразложимо на другие, надо признать, что оно представляет самостоятельный класс психологических понятий» [20,c.87].

Сравнительный анализ этих воззрений двух крупнейших учёных на проблемы строения и развития личности и категорию отношений как важнейшего понятия при их разработке в первую очередь показывает, что в общепсихологической теории отношений В.Н. Мясищев существенно развил понятие отношения. Казалось бы, учёные кардинально расходятся уже в определении понятия отношения. Но это не так. В.Н. Мясищев фактически разводит понятие собственно отношений, как «скрытой переменной», и внешние проявления отношения в реакциях, переживаниях и действиях субъекта, у А.Ф. Лазурского же они не разведены. Самое интересное, что и в этом сказывается влияние учителя. В «Очерке по психологии характера» А.Ф. Лазурский при изучении любой наклонности предлагал различать саму наклонность, как научную абстракцию, от её проявлений в поведении [41].

В вопросе о параметрах характеристики любого отношения внешне опять наблюдается как бы полное разногласие. У А.Ф. Лазурского это - наличие отношения, его форма, объём, степень дифференцированности, у В.Н. Мясищева - сознательность, эмоциональность, активность и относительная устойчивость. Однако здесь, пожалуй, определяющую роль играет точка отсчёта в составлении характеристики: А.Ф. Лазурский составляет гипотетический план исследования отношений человека, В.Н. Мясищев уже пытается найти место отношений личности среди других образований: отличить их от сходных явлений установки и мотива. При этом мы видим, что параметры, указанные А.Ф. Лазурским отчётливо проступают в классификации отношений В.Н. Мясищева (форма), в теории развития личности (расширение системы отношений и увеличении дифференцированности), в различении действенного и вербального отношения (пассивная и активная форма осуществления), в разграничении эмоционально окрашенного отношения и безразличного (параметр наличия отношения у А.Ф. Лазурского) [41].

Принципиально различными оказываются взгляды ученика и учителя на место системы отношений в структуре личности. А.Ф. Лазурский признаёт ядром личности эндопсихику человека, В.Н. Мясищев - экзопсихику. Более того, если для А.Ф. Лазурского понятия психики и личности практически тождественны, то В.Н. Мясищев разграничивает их, указывая, что личность есть высшее психическое образование, принадлежащее к области потенциального психического. Таким образом, В.Н. Мясищев отождествляет понятия личности и системы отношений, или экзопсихики [41].

Из конкретно-психологического описательного понятия в концепции А.Ф. Лазурского категория отношений в теории В.Н. Мясищева превратилась не только в теоретический объяснительный принцип, но и приобрела методологическое значение. Следуя традициям рефлексологии В.М. Бехтерева, В.Н. Мясищев рассматривал "отношение" как общий принцип изучение организма. В широком смысле психику можно рассматривать как форму соотношения, а на уровне человека отношения (так как отношение предполагает существование активного субъекта, каким может быть только человек) организма со средой. В этом смысле понятия отношений становится некоторой синтетической категорией, позволяющей рассматривать человека в единстве трёх уровней его взаимодействия с действительностью: физиологического, психического и социального. На уровне физиологическом отношение представляет собой условно-рефлекторную временную связь, на уровне психическом – «психические отношения», на уровне социальном - социальные или межличностные связи субъекта с другими людьми.

Помимо отношения как конкретно-психологического понятия и отношения как методологического принципа В.Н. Мясищев сблизил понятия отношения и отнесенности психических процессов к предметной действительности (смыкаясь в этом плане с философско-психологическими представлениями С.Л. Франка). Учёный выдвинул принцип содержательного изучения психических процессов, которым подчёркнул, что изучать специфику процессов можно только учитывая специфику предмета, на который он направлен.

Таким образом, за понятием «отношение» стоит психическая реальность, и В.Н. Мясищев имел все основания считать, вслед за А.Ф. Лазурским, что это понятие охватывает особый класс неразложимых явлений и несводимых к другим. Тем самым оно обладает содержанием, побуждающим признать за ним категориальное достоинство. Отношение, как особая характеристика психической связи индивида с действительностью, представлено повсеместно – идет ли речь об образе этой действительности, о мотиве, побуждающем личность совершать, или не совершать какое-либо действие, и т.п. Во всех этих самых разнообразных обстоятельствах реально, независимо от уровня осознанности, изначально представлена одна из инвариант психической организации человека, на которую и указывает термин "отношение". Но означаемое им отличается от других инвариантных признаков, присущих психической регуляции поведения. Между тем теория отношений (В.Н. Мясищев и др.) склонна считать производными от системы отношений и характерные свойства личности, и мотивы ее поступков, и ее потребности, интересы, склонности, жизненную позицию и многое другое, в конечном счете «растворяемое» во всепоглощающем представлении об этой "универсалии. [20,c.86]

Выделяя в указанном представлении наиболее значимые для категориального анализа признаки, отметим среди них:

В первую очередь такой, как доминирование в категории отношения значимой для субъекта направленности на объект, в качестве которого могут выступать не только материальные вещи, но также и феномены культуры, духовные ценности, другие люди, сам субъект. Отношение, однако, не следует идентифицировать с мотивом, эмоцией, потребностью и другими проявлениями индивидуально-личностного плана психической жизни. Здесь перед нами именно отношения, выступающие в особой психической форме, отличной от мотива, действия, переживания личности и других психических детерминант, запечатлеваемых в других блоках категориального аппарата.

Категории отношения присущи такие признаки, как заданная субъектом векторизованность психического акта, избирательность, установка на оценку (позитивную, негативную, выражающую безразличие), предрасположенность и готовность к определенному образу действия и др.

Во всех случаях перед нами базисная психологическая категория, имеющая свой статус. Попытки стянуть к ней богатство других категорий (в частности, например, свести личность, как уже сказано, к «ансамблю отношений») столь же бесперспективны, как универсализация категории образа в гештальттеории или категории действия в бихевиоризме.

В свое время теория отношений под давлением такой «павловизации», которая навязывалась психологии, надеялась обрести прочность и авторитет в формулах И.П. Павлова. Как писал В.Н. Мясищев, «И.П. Павлову принадлежит формула: психические отношения и есть «временные связи», то есть условно-рефлекторные временные, приобретенные связи представляют, по Павлову, психические отношения. И.П. Павлов не давал определения и характеристики отношений человека, поэтому, говоря о Павлове, мы укажем здесь лишь на два момента:

1. Психические отношения как условные временные связи черпают свою силу из безусловных.

2. У человека все отношения перешли во 2-ю сигнальную систему»[20, с.84].

Категория "временной связи", которую Павлов идентифицировал с психическим отношением, утрачивала тем самым свою объективность (в смысле ее независимости от субъекта, который в действительности является "автором" и "собственником" отношения) и экспериментально контролируемую строгость. Но и для отмеченных признаков психического отношения (предрасположенность, установка на оценку и др.) идентификация с временной связью никаких реальных поведенческих механизмов не проектировала.

В качестве внутренней формы психологического познания категория отношения в случае ее редукции к физиологическим связям утрачивает эффективность.

Отношение как связь субъекта с объектом едино, однако имеет структуру, отдельные компоненты которой могут выступать как частичные отношения, его стороны, или виды. Оно определяется рядом признаков: избирательностью, активностью, целостно-личностным характером, сознательностью. Важнейшими видами отношений Мясищев считал потребности, мотивы, эмоциональные отношения (привязанность, неприязнь, любовь, вражда, симпатия, антипатия), интересы, оценки, убеждения, а доминирующим отношением, подчиняющим себе другие и определяющим жизненный путь человека, – направленность. Высшая степень развития личности и ее отношений определяется уровнем сознательного отношения к окружающему и самосознанием как сознательным отношением к самому себе [3, с.126].

Таким образом мы берем за основу положение В.Н. Мясищева в которой он дает определение понятию «отношение» как целостной системе индивидуальных избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности.

## 1.2 Изучение детско-родительских отношений в зарубежной и отечественной психологии

Значимость детско-родительских отношений в жизни человека трудно переоценить. Качество детско-родительских отношений зависит от многих факторов и оказывает значительное влияние не только на психическое развитие ребёнка, но и на его установки и поведение на стадии взрослости [40,c.64]. Содержание понятия «детско-родительские отношения» в психолого-педагогической литературе однозначно не определено. Во-первых, оно представляется как подструктура семейных отношений, включающая в себя взаимосвязанные, но неравнозначные отношения: родителей к ребенку – родительское (материнское и отцовское) отношение; и отношение ребенка к родителям. Во-вторых, эти отношения понимают как взаимоотношение, взаимовлияние, активное взаимодействие родителя и ребенка, в котором ярко проявляются социально-психологические закономерности межличностных отношений (Н.И. Буянов, А.Я. Варга, А.И. Захаров, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс, И.М. Марковская, М.В. Полевая, А.С. Спиваковская, Т.В. Якимова и др.).

Е.О. Смирнова, раскрывая специфику детско-родительских отношений, считает, что, во-первых, они характеризуются сильной эмоциональной значимостью как для ребенка, так и для родителя. Во-вторых, имеет место амбивалентность в отношениях родителя и ребенка. Эта двойственность выражается, например, в том, с одной стороны, родитель должен позаботиться о ребенке, а с другой - научить его заботиться о себе самому [15,c.136]. А.С. Спиваковская пишет о внутренней конфликтности детско-родительских отношений: взрослеющий ребенок стремится к отделению от родителей, которые всячески пытаются его удержать возле себя, при этом желая его развития и взросления. И наконец, существенная особенность детско-родительских отношений заключается в постоянном их изменении с возрастом ребенка и неизбежном отделении ребенка от родителей. Те отношения, которые сложились в младенчестве, неприемлемы для ребенка трех лет и тем более на последующих возрастных этапах [17,c.57]. Основываясь на работах отечественных исследователей (Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев), детско-родительские отношения можно определить как избирательную в эмоциональном и оценочном плане психологическую связь ребенка с каждым из родителей, выражающуюся в переживаниях, действиях, реакциях, связанную с возрастно-психологическими особенностями детей, культурными моделями поведения и собственной жизненной историей, и определяющую особенности восприятия ребенком родителей и способ общения с ними [23,c.34]. То есть, детско-родительские отношения рассматриваются как субъективное осознание человеком любого возраста характера отношений со своими матерью и отцом.

Таким образом, анализ работ специалистов позволяет выявить основные характеристики детско-родительских отношений: относительная непрерывность и длительность во времени; эмоциональная значимость для ребенка и родителей; амбивалентность в отношениях (баланс полярных позиций); изменяемость отношений в зависимости от возраста ребенка; потребность родителей в заботе о ребенке и родительская ответственность. Теоретический анализ разработанности проблемы детско-родительских отношений и их формирования на сегодняшний день показал, что в целом существующие взгляды и концепции можно объединить в три больших методологических подхода, в рамках которых ведутся исследования: функциональный, структурный и феноменологический [20,c.117]. В рамках функционального подхода детско-родительские отношения рассматриваются с точки зрения их воспитательной функции. Семья является главным институтом социализации ребенка, где в отношениях со взрослыми происходит формирование личности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, М.И.Лисина, Д.Б. Эльконин). Концепции, отнесённые нами к данному подходу, концентрируются на итоговом выражении этих отношений, фиксируя, разные формы его отклонений, препятствующих полноценному функционированию семьи (С. Минухин, В. Сатир, А.С. Спиваковская, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и др.). Функциональное рассмотрение детско-родительских отношений предполагает их анализ с точки зрения действия – родители (мать, отец) включены в последовательную координированную деятельность, сознательно или бессознательно подчинённую какой-то цели, достижение которой принесёт им определённый результат. А.Я.Варга выделяет типологию детско-родительских отношений: принимающе–авторитарное, отвергающее с явлениями инфантилизации, симбиотическое отношение и симбиотически–авторитарное, отличающееся от предыдущего типа наличием гиперконтроля [20, с.124]. Таким образом, функциональный подход в направлении исследования детско-родительских отношений рассматривает эти отношения сквозь призму их основного предназначения – обеспечения успешного психосоциального развития ребёнка в семье. В рамках данного подхода изучают механизмы влияния этих отношений на различные сферы жизнедеятельности детей, выявляют качественные особенности детско-родительских отношений в обеспечении успешности ребёнка в различных видах деятельности, анализируют возможные нарушения в этих отношениях [20, с.119].

В структурном подходе исследователи обращаются к детско-родительским отношениям как совокупности устойчивых семейных связей, обеспечивающих их целостность при различных внешних и внутренних изменениях (В.Д. Шадриков, В.И. Степанский, А.К. Осницкий). С появлением ребенка в семье супруги сознательно или неосознанно приобретают новую роль - родителей. Биологическая способность быть родителем не всегда совпадает с психологической готовностью к родительству. В данном подходе признаётся, что качество семейного взаимодействия и детского воспитания зависит, прежде всего, от осознанности родителями своих педагогических воздействий на ребенка (В.Н. Дружинин, В.В. Бойко, А.И. Антонов, Р.В. Овчарова и др.). Формирование готовности к детско-родительским отношениям является источником педагогических целей и средством их достижения одновременно. Психолого-педагогическое формирование родительства основывается на педагогическом потенциале семьи и включает в себя два аспекта - формирование родительства как: 1) средства воспитания ребенка; 2) частного случая социализации ребенка в аспекте передачи представлений о семейных ролях, родительских и супружеских функциях. К серьёзным достижениям структурного подхода к изучению детско-родительских отношений можно отнести раскрытие понятия родительства как интегрального психологического образования личности (отца и/или матери), включающее совокупность ценностных ориентаций родителя, установок и ожиданий, родительских чувств, отношений и позиций, родительской ответственности и стиля семейного воспитания (Р.В. Овчарова, М.О. Ермихина). Связь компонентов в структуре родительства осуществляется через взаимообусловленность составляющих их когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов, которые являются психологическими формами проявления родительства. Когнитивный компонент – это осознание родителями родственной связи с детьми, представление о себе как о родителе, представления об идеальном родителе, образ супруга(и) как родителя общего ребенка, знание родительских функций, образ ребенка). Эмоциональный – это субъективное ощущение человека себя как родителя, родительские чувства, отношение к ребенку, отношение к себе как к родителю, отношение к супругу как к родителю общего ребенка. Поведенческий – это умения, навыки и деятельность родителя по уходу, материальному обеспечению, воспитанию и обучению ребенка, взаимоотношения с супругом(ой) как с родителем общего ребенка, стиль семейного воспитания. Развитая форма родительства характеризуется относительной устойчивостью, стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплиментарности динамических проявлений родительства. Суммарным выражением всех компонентов является стиль семейного воспитания. Таким образом, структурный подход в направлении исследования детско-родительских отношений рассматривает эти отношения сквозь призму социально-психологических и психолого-педагогических проблем самих родителей [20,c.133].

На раскрытие сущности детско-родительских отношений и осмысление их роли в жизни человека направлен феноменологический подход. Как направление персонологии, феноменология фиксируется на понимании субъективных переживаний человека, его чувств и личных концепций, его личной точки зрения на мир и себя. К.А. Абульханова-Славская, основываясь на идеях С.Л. Рубинштейна, выделяет два типа отношений: функциональные отношения и отношения, основанные на утверждении ценности другого человека. В первом случае, другой человек выступает как средство удовлетворения определённых потребностей, а отношения протекают лишь на поведенческом уровне. Во втором случае, один партнер к другому относится как к личности, то есть за ним признается вся совокупность человеческих прав и качеств, в том числе и право быть не похожим на меня, поступать в соответствии со своими интересами, право на собственный жизненный путь. В детско-родительских отношениях реализуются оба типа отношений. Ребенок для родителя и родитель для ребенка, с одной стороны, выступают средством удовлетворения своих потребностей - в этом смысле можно говорить о материальной стороне отношений. С другой стороны существует духовный пласт детско-родительских отношений, где присутствует открытое личностное общение между родителем и ребенком, цель которого - полное раскрытие и развитие индивидуальных особенностей друг друга. В объяснении детского отношения к родителям существует гипотеза «воспроизводства отношений», дающая представление о том, что ребенок относится к другому и к себе так, как родители относятся или относились к нему. Ребенок интериоризирует способы родительского отношения и управления поведением посредством механизма интроекции, описанного З.Фрейдом. Применительно к родительскому отношению, следует отметить, что его формирование происходит также через социальное научение родительскому поведению, которое данное общество считает нормативным для мужчины и женщины. То есть сутью процесса понимания и интерпретации детско-родительских отношений является некий уровень реальности, который детерминируется общечеловеческими ценностями, придающими смысл жизни и поведению человека в его отношениях с другими людьми, собой и окружающим миром. Психическое, в данном случае, выступает регулятором социального процесса, при изучении которого главным является ценностное отношение, объективированное в индивидуальных и коллективных представлениях о желаемом, должном и действительном, о целях деятельности, средствах их реализации, своих правах и обязанностях (П.Н. Шихирев, 1999) [20,c.136]. Таким образом, феноменологический подход в исследовании детско-родительских отношений позволяет проникнуть во внутреннюю сущность данного явления и анализировать его индивидуальное значение в контексте восприятия человеком собственной жизни. Основная идея данного подхода связана с представлением о том, что истинно родителем человек становится в момент понимания смысла собственного существования в данном качестве [20,с.137].

Таким образом в отечественной психологии детско-родительские отношения рассматриваются с различных методологических позиций. Эти отношения представляют собой относительно самостоятельное и развивающееся с течением времени образование. Они являются подсистемой в конкретной культурно-исторической системе взаимоотношений людей, связанных между собой брачными, родственными и социальными отношениями. Пережитый в детстве опыт этих отношений в том или ином виде транслируется при взаимодействии с собственными детьми [20,с.140].

Так же следует рассмотреть позицию зарубежных ученых на данную проблему. Так фундаментальным открытием психоанализа стало положение о роли матери в психическом развитии ребенка. 3. Фрейд считал, что именно мать является для ребенка источником переживания чувства удовольствия и объектом первого сексуального выбора. Из признания решающей роли матери в психическом развитии ребенка рождается вопрос о том, как влияет поведение матери на становление личности. Д. Винникотт одним из первых предлагал рассматривать в качестве объекта развития на ранних стадиях онтогенеза не отдельно мать и ребенка, а целостную диаду мать-ребенок (Д. Винникотт, 1995). В силу беспомощности младенца и зависимости его от матери ребенок и мать представляют собой единое целое. Мать не только обеспечивает условия телесного, физического развития ребенка, но и, реализуя функцию держания и телесного контакта, обеспечивает процесс персонализации - становления «Я» ребенка, формирование автономной личности [15,c.93].

Рассмотрим классическую работу С. Броди (1956), выполненную в рамках клинического подхода. Наблюдая видеомагнитофонные записи 4-х часового общения матери с ребенком, она выделила 4 типа материнского отношения:

1 тип. Мать легко и органично приспосабливается к потребностям ребенка. Для нее характерно поддерживающее, разрешающее поведение.

2 тип. Сознательно мать старается приспособиться к потребностям ребенка, но из-за напряженности и отсутствия непосредственности в общении с ребенком ее попытки часто безуспешны. Мать чаще доминирует, чем уступает.

3 тип. В основе материнства – чувство долга. В отношении с ребенком отсутствует интерес, теплота, спонтанность. Инструмент – жесткий контроль.

4 тип. Мать ведет себя неадекватно возрасту и потребностям ребенка. Ее воспитательные воздействия непоследовательны и противоречивы.

По мнению С. Броди, наиболее вредным для ребенка оказался 4-й стиль материнства, т.к. постоянная непредсказуемость материнских реакций лишала ребенка мира стабильности и провоцировала повышенную тревожность [15,c.94].

В свою очередь Д. Стивенсон-Хайнд, М. Симсон (1982) выделяют 3 типа родительского отношения:

Спокойная мать, преимущественно использующая похвалу как инструмент воспитания. Экзальтированная мать с широкой амплитудой эмоциональных реакций на любые мелочи в поведении ребенка. «Социальная» мать – для нее характерна легкая отвлекаемость от ребенка на любые стимулы [15,c.95].

Как видно из примеров, приведенных выше, единой основы классификаций типов семейного воспитания нет. Иногда за основу брались эмоциональные компоненты воспитания, иногда способы воздействия на ребенка, иногда родительские позиции и т.п.

Таким образом, у нас есть все основания сделать вывод о том, что взаимоотношения в семье могут носить разноплановый характер. На детско-родительских отношениях сказывается тип семьи, позиция, которую занимают взрослые, стили отношений и та роль, которую они отводят ребенку в семье. Под влиянием типа родительских отношений формируется его личность. Мы принимаем точку зрения А.Я.Варги о том, что тип родительского отношения – это триединство эмоционального отношения родителя к ребенку, стиля общения с ним и когнитивного видения ребенка.

## 1.3 Особенности родительского отношения к часто болеющим детям

Представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства. Родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. Примером может служить отношение родителей к кожному заболеванию ребенка, которое не только влияет на его оценку болезни, но и может быть точной копией. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает пессимистическое представление о будущем (Калашников Б. С, 1986). Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа [25, с.145].

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Современные семьи, как правило, малодетны, и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух-трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство родителей объясняется просто. К единственному ребенку, за которым, как думают родители, вряд ли последует другой, возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего этого ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям [25, с.150].

На это отношение родителей сегодня влияет и много других обстоятельств. Первое — невысокий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. Будучи людьми слабого здоровья, родители переносят тревогу за свое благополучие и даже жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней они будут неспособны воспитать своего сына или дочь. Второе — информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний и средовых вредностей. Средства массовой информации и в особенности неловкие усилия санитарного просвещения привели к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители в действительности не создают условий для закаливания и физических нагрузок, чем не способствуют укреплению сопротивляемости организма ребенка. Третье — убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят ребенка от одного специалиста к другому [25,c.150].

Недостаточные или искаженные представления родителей о врачевании иногда сказываются и на поведении самого ребенка во время болезни. Все указанные обстоятельства проявляют себя различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Крайне тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении и плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные зачастую недостаточно внимания уделяют ребенку вообще и во время болезни в частности [25,c.151].

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хватало заботы и внимания, то и во время его болезни в такой семье не обеспечат всем необходимым. В то же время некоторые родители, поняв, что они до болезни ребенка недостаточно окружали его заботой, мало уделяли времени, перестраиваются и создают все ему необходимое. В тех же семьях, где ребенок окружен чрезмерным вниманием, где пытаются предупредить каждое его желание, где восхищаются любым его поступком, соответственно во время болезни забота усиливается. В этих случаях приходится предупреждать, что своими добрыми намерениями родители могут нанести вред ребенку. К сожалению, это недостаточно учитывают при излишнем укутывании от предполагаемого охлаждения, при организации слишком утомительных для больного чтений, просмотров телепередач или других развлечений.

Так же стоит отметить, что группа часто болеющих детей не является однородной с медицинской точки зрения. По частоте заболеваний внутри нее выделяются две подгруппы:

• относительно часто болеющие (ОЧБД) — дети, болеющие ОРВИ 4-5 раз в год;

• истинно или очень часто болеющие дети (ИЧБД) — болеющие ОРВИ более шести раз в год. Для них характерно, помимо высокой частоты заболеваний, их более тяжелое и продолжительное течение (Андреева Е. И., Мусина Б. К., 1990).

Можно предположить, что эти две подгруппы различаются не только по своему соматическому состоянию. Прежде всего, они находятся в несколько различной социальной ситуации развития и разном психологическом климате. В первом случае часто болеющий ребенок, как и большинство его сверстников, посещает детский сад (хотя и с некоторыми перерывами), живет «общественной» жизнью, участвует в играх и занятиях наравне с другими детьми. Во втором случае ребенок в основном замкнут в кругу своей семьи. В большинстве случаев эти дети находятся на учете в какой-либо клинике. Сама постановка ребенка на учет в клинику, которая требует значительных усилий и временных затрат, может свидетельствовать о ярко выраженной озабоченности матери здоровьем своего ребенка. Можно полагать, что такая озабоченность вызвана особым отношением к ребенку как к больному, ослабленному, нуждающемуся в специальном медицинском обслуживании и тщательном уходе [25, с.153].

Подобная «охранительная» позиция матери, скорее всего, будет способствовать формированию специфических черт личности ребенка, которые могут провоцировать развитие психосоматических заболеваний.

В качестве источников психологических особенностей часто болеющих детей можно рассматривать несколько:

• частота переносимых заболеваний;

• условия жизни;

• особенности семьи;

• методы воспитания и т. д. (Михеева А.А., 1999).

В пользу влияния условий жизни говорит тот факт, что истинно часто болеющие дети редко посещают дошкольные учреждения, гораздо чаще их жизнь замкнута в кругу семьи. Следовательно, основное социализирующее воздействие они испытывают со стороны матери. В литературе хорошо описаны особенности матерей часто болеющих детей и специфика их внутрисемейных отношений (Арина Г.А., Коваленко Н.А., 1995; Николаева В.В., 1995; Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., Касаткин В.Н., 1999; Киян И.Г., Равич-Щербо И.В., Румянцев А. Г., 2000) [25, с.146].

Среди этиологических факторов частой заболеваемости детей были указаны специфические деформации в системе отношений между детьми и родителями и некоторые личностные особенности последних, прежде всего матерей. Основываясь на результатах наблюдения, Е. Шарова утверждает, что около 80% родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки. Общение с ребенком становится схематичным: на все случаи жизни даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Таким образом, нивелируется стремление к самостоятельности. Примерно половина родителей ЧБД, по наблюдению Е. Шаровой, предъявляет к своим детям явно заниженные требования [25, с.147].

Г.А. Арина и Н.А. Коваленко (1995) более глубоко рассматривают особенности материнского отношения к часто болеющему ребенку и выявляют некоторые психологические механизмы формирования в нем специфических деформаций. По их мнению, почти всем матерям часто болеющих детей присуще «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение: матери эмоционально отвергают ребенка, низко ценят его личностные качества, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, иногда приписывают ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в чрезмерной опеке и постоянном контроле любого действия ребенка. Авторы делают вывод о наличии особого стереотипа отношения матерей часто болеющих детей к своему ребенку, в котором неосознаваемое эмоциональное отвержение ребенка сочетается с тенденцией к авторитарному контролю всей психической и телесной жизни ребенка [25, с.147].

Исследование, предпринятое А.А. Михеевой (1999), еще более уточняет представление о специфике материнского отношения к часто болеющему дошкольнику. В большинстве случаев, когда ребенок болеет 4-5 раз в году, он явно отвергается матерью, не соответствует ее ожиданиям; мать не принимает болезни ребенка, хочет видеть его здоровым и предъявляет довольно высокие социальные требования. В случаях же, когда ребенок более шести и более раз в году, отвержение ребенка матерью не осознается, хотя и присутствует; на первый план выступает симбиотическая связь, а болезнь служит способом ее поддержания. Это вызывает отношение к ребенку как к «маленькому неудачнику». Социальные требования к нему сводятся до минимума по причине уверенности в том, что он в силу своего физического состояния не может обойтись без участия и опеки матери [25, с.148].

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих часто болеющего ребенка, Г.А. Арина и Н.А. Коваленко (1995) говорят о том, что она имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связывается авторами с тем, что традиционно мать несет тотальную ответственность за все, что происходит с больным ребенком; эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия отца в воспитании ребенка. Интересно, что образ отца у часто болеющего ребенка в большинстве случаев идеализирован, наделен особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Отношение же к матери противоречиво: часто болеющие дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высокопозитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи даже при осуществлении простых актов самообслуживания. [25, с.153]

Многие ученые (Киян И.Г., Равич-Щербо И.В., Румянцев А.Г., 2000) отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. Неадекватное, неоднозначное отношение к ребенку со стороны матери эти авторы в большей степени связывают с личностными особенностями матерей, чем с самой болезнью ребенка. По их мнению, для матерей часто болеющих детей характерна прежде всего высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, а болезнь ребенка является возможностью отреагирования собственных проблем. Причем обнаружена прямая связь между выраженностью личностной тревожности матери и частотой ОРЗ у ребенка. Большинство матерей часто болеющих детей склонны в ситуации фрустрации давать экстрапунитивные реакции (своя доля ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается). Известно, что данного типа реакции являются компенсацией собственной уязвимой позиции. Матерям часто болеющих детей присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). В результате между ребенком и матерью складываются неадекватные взаимоотношения, которые проявляются в том, что при отвергающем, инфантилизирующем отношении матери ребенок становится зависим от нее, нуждается в ее внимании и поддержке [25, с.154]

На ситуацию, возникающую вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него у самого улучшаются настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, верящие не только в отдаленный успех, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается [25,c.153].

Можно сделать вывод, что родительское отношение к часто болеющему ребенку имеет деструктивный характер. Часто стиль родительского воспитания складывается по типу гиперопеки, требования к ребенку занижены из–за восприятия его как немощного. В отношениях матери к часто болеющему ребенку выделяется симбиотическая связь, что вызывает отношение к ребенку как к «маленькому неудачнику». Все это порождает тревожно-конфликтную психологическую атмосферу в семье и тем самым влечет неблагополучное психическое развитие ребенка.

# Глава 2. Исследование тревожности и ее проявлений в онтогенезе

## 2.1 Анализ теории тревожности в зарубежной и отечественной психологии

Понимание тревожности было внесено в психологию психоаналитиками и психиатрами. Многие представители психоанализа рассматривали тревожность как врожденное свойство личности, как изначально присущее человеку состояние.

Основатель психоанализа З.Фрейд утверждал, что человек имеет несколько врожденных влечений – инстинктов, которые являются движущей силой поведения человека, определяют его настроение. З.Фрейд считал, что столкновение биологических влечений с социальными запретами порождает неврозы и тревожность. Изначальные инстинкты по мере взросления человека получают новые формы проявления. Однако в новых формах они наталкиваются на запреты цивилизации, и человек вынужден маскировать и подавлять свои влечения. Драма психической жизни индивида начинается с рождения и продолжается всю жизнь. Естественный выход из этого положения З.Фрейд видит в сублимировании «либидиозной энергии», то есть в направлении энергии на другие жизненные цели: производственные и творческие. Удачная сублимация освобождает человека от тревожности [32,c.43].

В индивидуальной психологии А. Адлер предлагает новый взгляд на происхождение неврозов. По мнению Адлера, в основе невроза лежат такие механизмы, как страх, боязнь жизни, боязнь трудностей, а также стремление к определенной позиции в группе людей, которую индивид в силу каких-либо индивидуальных особенностей или социальных условий не мог добиться, то есть отчетливо видно, что в основе невроза лежат ситуации, в которых человек в силу тех или иных обстоятельств, в той или иной мере испытывает чувство тревоги. Адлер выдвигает три условия, которые могут привести к возникновению у ребенка неправильной позиции и стиля жизни. Эти условия следующие:

1. Органическая, физическая неполноценность организма. Дети с этими недостатками бывают целиком заняты собой, если их никто не отвлечет, не заинтересует другими людьми. Сравнение себя с другими приводит этих детей к чувству неполноценности, приниженности, страданию. Но сама по себе неполноценность не является патогенной. Даже больной ребенок чувствует способность изменить ситуацию. Результат зависит от творческой силы индивидуума, который может иметь разную силу и по-разному проявляться, но всегда определяющей целью.
2. К таким же результатам может привести и избалованность. Возникновение привычки все получать, ничего не давая в обмен. Легко доступное превосходство, не связанное с преодолением трудностей, становится стилем жизни. В этом случае все интересы и заботы также направлены на себя, нет опыта общения и помощи людям, заботы о них. Единственный способ реакции на трудность – требования к другим людям. Общество рассматривается такими детьми как враждебное.
3. Отверженность ребенка. Отверженный ребенок не знает, что такое любовь и дружеское сотрудничество. Он не видит друзей и участия. Встречаясь с трудностями, он переоценивает их, а так как не верит в возможность преодолеть их с помощью других и поэтому не верит в свои силы. У него нет опыта любви к другим, потому что его не любят, и он платит враждебностью. Отсюда – необщительность, замкнутость, неспособность к сотрудничеству [32, с.157].

Недостатком Адлеровской концепции является не сделанное различие между беспокойством адекватным, обоснованным и неадекватным, поэтому нет четкого представления о тревожности как специфическом состоянии, отличном от других сходных состояний.

Проблема тревожности стала предметом специального исследования у неофрейдистов и, прежде всего у К. Хорни [39,c.76].

В теории Хорни главные источники тревоги и беспокойства личности коренятся не в конфликте между биологическими влечениями и социальными запретами, а являются результатом неправильных человеческих отношений. В книге «Невротическая личность нашего времени» Хорни насчитывает 11 невротических потребностей [39,c.80]:

1. Невротическая потребность в привязанности и одобрении, желание нравиться другим, быть приятным.
2. Невротическая потребность в «партнере», который исполняет все желания, ожидания, боязнь остаться в одиночестве.
3. Невротическая потребность ограничить свою жизнь узкими рамками, оставаться незамеченным.
4. Невротическая потребность власти над другими посредством ума, предвидения.
5. Невротическая потребность эксплуатировать других, получать лучшее от них.
6. Потребность в социальном признании или престиже.
7. Потребность личного обожания. Раздутый образ себя.
8. Невротические притязания на личные достижения, потребность превзойти других.
9. Невротическая потребность в самоудовлетворении и независимости, необходимости ни в ком не нуждаться.
10. Невротическая потребность в любви.
11. Невротическая потребность в превосходстве, совершенстве, недосягаемости.

К. Хорни считает, что при помощи удовлетворения этих потребностей человек стремится избавиться от тревоги, но невротические потребности ненасыщаемы, удовлетворить их нельзя, а, следовательно, от тревоги нет путей избавления.

В большой степени К. Хорни близок С. Салливен [39,c.161]. Он известен как создатель «межличностной теории». Личность не может быть изолирована от других людей, межличностных ситуаций. Ребенок с первого дня рождения вступает во взаимоотношение с людьми и в первую очередь с матерью. Все дальнейшее развитие и поведение индивида обусловлено межличностными отношениями. Салливен считает, что у человека есть исходное беспокойство, тревога, которая является продуктом межличностных (интерперсональных) отношений. Он рассматривает организм как энергетическую систему напряжений, которая может колебаться между определенными пределами – состоянием покоя, расслабленности (эйфория) и наивысшей степенью напряжения. Источниками напряжения являются потребности организма и тревога. Тревога вызывается действительными или мнимыми угрозами безопасности человека[38,c.74].

Салливен так же, как и Хорни, рассматривает тревожность не только как одно из основных свойств личности, но и как фактор, определяющий ее развитие. Возникнув в раннем возрасте, в результате соприкосновения с неблагоприятной социальной средой, тревога постоянно и неизменно присутствует на протяжении всей жизни человека. Избавление от чувства беспокойства для индивида становится «центральной потребностью» и определяющей силой его поведения. Человек вырабатывает различные «динамизмы», которые являются способом избавления от страха и тревоги [39,c.74].

Иначе подходит к пониманию тревожности Э. Фромм [32,с.177]. В отличие от Хорни и Салливена Фромм подходит к проблеме психического дискомфорта с позиции исторического развития общества.

Фромм, Хорни и Салливен пытаются показать различные механизмы избавления от тревоги.

Фромм считает, что все эти механизмы, в том числе «бегство от себя», лишь прикрывает чувство тревоги, но полностью не избавляет индивида от нее. Наоборот, чувство изолированности усиливается, ибо утрата своего «Я» составляет самое болезненное состояние. Психические механизмы бегства от свободы являются иррациональными, по мнению Фромма, они не являются реакцией на окружающие условия, поэтому не в состоянии устранить причины страдания и тревоги[32, с.178].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что тревожность основана на реакции страха, а страх является врожденной реакцией на определенные ситуации, связанные с сохранением целостности организма.

Авторы не делают различия между беспокойством и тревожностью. И то и другое появляется как ожидание неприятности, которая однажды вызвала у ребенка страх. Тревога или беспокойство – это ожидание того, что может вызвать страх. При помощи тревоги ребенок может избежать страха.

Анализируя и систематизируя рассмотренные теории можно выделить несколько источников тревоги, которые в своих работах выделяют авторы:

1. Тревога из-за потенциального физического вреда.
2. Тревога из-за потери любви (любви матери, расположения сверстников).
3. Тревога может быть вызвана чувством вины, которая обычно проявляется не ранее 4-х лет.
4. Тревога из-за неспособности овладеть средой.
5. Тревога может возникнуть и в состоянии фрустрации.
6. Тревога свойственна каждому человеку в той или иной степени.
7. В возникновении тревоги большое значение придается семейному воспитанию, роли матери, взаимоотношениям ребенка с матерью. Период детства является предопределяющим последующее развитие личности.

Иначе рассматривает эмоциональное самочувствие Роджерс[9,c.184]. В результате взаимодействия с окружающей средой у ребенка возникает представление о самом себе, самооценка. Оценки привносятся в представление индивида о самом себе не только как результат непосредственного опыта соприкосновения со средой, но также могут быть заимствованы у других людей и восприняты так, словно индивид выработал им сам. Роджерс признает то, что человек думает о себе, - это еще не есть для него реальность, а что человеку свойственно проверять свой опыт на практике окружающего мира, в результате чего, он оказывается в состоянии вести себя реалистически. Однако, некоторые восприятия остаются непроверенными и это приводит в конечном счете к неадекватному поведению, приносящему ему вред и формирующую тревожность, так как человек в этих случаях не понимает, от чего его поведение оказывается несоответствующим требованиям[9, 185]. Другой источник тревожности Роджерс видит в том, что есть явления, которые лежат ниже уровня сознания, и если эти явления носят угрожающий характер для личности, то они могут быть восприняты подсознательно еще до того, как они осознаны. Это может вызвать вегетативную реакцию, сердцебиение, которое сознательно воспринимается как волнение, тревога, а человек не в состоянии оценить причины беспокойства. Тревога ему кажется беспричинной [9,c.185].

Основной конфликт личности и основную тревогу Роджерс выводит из соотношения двух систем личности – сознательной и бессознательной. Если между этими системами имеется полное согласие, то у человека хорошее настроение, он удовлетворен собой, спокоен. И наоборот, при нарушении согласованности между двумя системами возникают различного рода переживания, беспокойства и тревога. Главным условием, предупреждающим эти эмоциональные состояния, является умение человека быстро пересматривать свою самооценку, изменять ее, если этого требуют новые условия жизни[9, с.187]. Таким образом, драма конфликта в теории Роджерса переносится от плоскости «биосоцио» в плоскость, возникающую в процессе жизни индивида между его представлениями о себе, сложившегося в результате прошлого опыта и данного опыта, который он продолжает получать. Это противоречие – основной источник тревожности[9, с.188].

Анализ основных работ показывает, что в понимании природы тревожности у зарубежных авторов можно проследить два подхода – понимание тревожности как изначально присуще человеку свойство, и понимание тревожности как реакцию на враждебный человеку внешний мир, то есть выведение тревожности из социальных условий жизни. Однако, несмотря на, казалось бы, принципиальное различие между пониманием тревожности как биологической или социальной, мы не можем разделить авторов по этому принципу. Эти две точки зрения постоянно сливаются, смешиваются у большинства авторов. Так, Хорни и Салливен, которые считают тревогу изначальным свойством, «основной тревогой», тем не менее, подчеркивают и ее социальное происхождение, ее зависимость от условий формирования в раннем детстве.

Таким образом, если рассматривать тревогу или тревожность как состояние, переживание, или как более или менее устойчивую особенность личности, то несущественно, насколько она адекватна ситуации. Переживание обоснованной тревоги, по-видимому, не отличается от необоснованного переживания. Субъективно же состояния раны. Но объективно разница очень велика. Переживания тревоги в объективно тревожности для субъекта ситуации – это нормальная, адекватная реакция, реакция, свидетельствующая о нормальном адекватном восприятии мира, хорошей социализации и правильном формировании личности. Такое переживание не является показателем тревожности субъекта. Переживание же тревоги без достаточных оснований означает, что восприятие мира является искаженным, неадекватным. Адекватные отношения с миром нарушаются. В этом случае речь идет о тревожности как особом свойстве человека, особом виде неадекватности.

В отечественной психологической литературе, можно встретить разные определения понятия тревожности, хотя большинство исследователей сходятся в признании необходимости рассматривать его дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом переходного состояния и его динамики.

Так, А.М. Прихожан указывает, что тревожность – это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности» [24,c.45]. Тревожность как психологическая особенность может иметь разнообразные формы. По мнению А.М. Прихожан, под формой тревожности понимается особое сочетание характера переживания, осознание вербального и невербального выражения в характеристиках поведения, общения и деятельности. Ею были выделены открытые и закрытые формы тревожности.

Открытые формы: острая, нерегулируемая тревожность; регулируемая и компенсирующая тревожность; культивируемая тревожность.

Закрытые (замаскированные) формы тревожности названы ею «масками». В качестве таких масок выступают: агрессивность; чрезмерная зависимость; апатия; лживость; лень; чрезмерная мечтательность [24,c.46].

Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента.

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» [18, с.265].

Л.А. Китаев-Смык [26,c.68], в свою очередь, отмечает, что «широкое распространение получило в последние годы использование в психологических исследованиях дифференцированного определения двух видов тревожности: «тревожность характера» и ситуационная тревога, предложенное Спилбергом».

По определению А.В. Петровского [8,c.54]: «Тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги; один из основных параметров индивидуальных различий. Тревожность обычно повышена при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у многих групп лиц с отклоняющимся субъективным проявлением неблагополучия личности».

Современные исследования тревожности направлены на различие ситуативной тревогой, связанной с конкретной внешней ситуацией, и личностной тревожности, являющейся стабильным свойством личности, а также на разработку методов анализа тревожности, как результата взаимодействия личности и ее окружения[8,c.56].

Г.Г. Аракелов, Н.Е. Лысенко, Е.Е. Шотт [2], в свою очередь, отмечают, что тревожность – это многозначный психологический термин, который описывают как определенное состояние индивидов в ограниченный момент времени, так и устойчивое свойство любого человека. Анализ литературы последних лет позволяет рассматривать тревожность с разных точек зрения, допускающих утверждение о том, что повышенная тревожность возникает и реализуется в результате сложного взаимодействия когнитивных, аффективных и поведенческих реакций, провоцируемых при воздействии на человека различными стрессами[2,c.74].

В исследовании уровня притязаний у подростков М.С. Неймарк обнаружила отрицательное эмоциональное состояние в виде беспокойства, страха, агрессии, которое было вызвано неудовлетворением их притязаний на успех. Также эмоциональное неблагополучие типа тревожности наблюдалось у детей с высокой самооценкой. Они претендовали на то, чтобы быть «самыми лучшими» учениками, или занимать самое высокое положение в коллективе, то есть были высокие притязания в определенных областях, хотя действительных возможностей для реализации своих притязаний не имели [2,c.44].

От неудовлетворения потребности у ребенка вырабатываются механизмы защиты, не допускающие в сознание признания неуспеха, неуверенности и потери самоуважения. Он старается найти причины своих неудач в других людях: родителях, учителях, товарищах. Пытается не признаться даже себе, что причина неуспеха находится в нем самом, вступает в конфликт со всеми, кто указывает на его недостатки, проявляет раздражительность, обидчивость, агрессивность. М.С. Неймарк называет это «аффектом неадекватности» – «… острое эмоциональное стремление защитить себя от собственной слабости, любыми способами не допустить в сознание неуверенность в себя, отталкивание правды, гнев и раздражение против всего и всех» [2,c.41]. Такое состояние может стать хроническим и длиться месяцы и годы. Сильная потребность в самоутверждении приводит к тому, что интересы этих детей направляются только на себя. Такое состояние не может не вызвать у ребенка переживания тревоги. Первоначально тревога обоснованна, она вызвана реальными для ребенка трудностями, но постоянно по мере закрепления неадекватности отношения ребенка к себе, своим возможностям, людям, неадекватность станет устойчивой чертой его отношения к миру, и тогда недоверчивость, подозрительность и другие подобные черты, что реальная тревога станет тревожностью, когда ребенок будет ждать неприятностей в любых случаях, объективно для него отрицательных [2,c.43].

Т.В. Драгунова, Л.С. Славина, Е.С. Макслак, М.С. Неймарк показывают, что аффект становится препятствием правильного формирования личности, поэтому очень важно его преодолеть. В работах этих авторов указывается, что очень трудно преодолеть аффект неадекватности. Главная задача состоит в том, чтобы реально привести в соответствие потребности и возможности ребенка, либо помочь ему поднять его реальные возможности до уровня самооценки, либо спустить самооценку. Но наиболее реальный путь – это переключение интересов и притязаний ребенка в ту область, где ребенок может добиться успеха и утвердить себя [2,c.45].

Проблема тревожности имеет и другой аспект – психофизиологический. Второе направление в исследовании беспокойства, тревожности идет по линии изучения тех физиологических и психологических особенностей личности, которые обуславливают степень данного состояния.

Отечественные психологи, изучавшие состояние стресса, внесли в его определение различные толкования. В.С. Мерлин [9 ,c.46] определяет стресс, как психологическое, а не нервное напряжение, возникающее в «крайне трудной ситуации». При всех различиях в толковании понимания «стресса», все авторы сходятся в том, что стресс – это чрезмерное напряжение нервной системы, возникающее в весьма трудных ситуациях. Ясно потому, что стресс никак нельзя отождествлять с тревожностью, хотя бы потому, что стресс всегда обусловлен реальными трудностями, в то время как тревожность может проявляться в их отсутствии. И по силе стресс и тревожность – состояния разные. Если стресс – это чрезмерное напряжение нервной системы, то для тревожности такая сила напряжения не характерна[9,c.49].

Важным является тот факт, что, во-первых, как при стрессе, так и при фрустрации авторы отмечают у субъекта эмоциональное неблагополучие, которое выражается в тревоге, беспокойстве, растерянности, страхе, неуверенности. Но эта тревога всегда обоснованная, связанная с реальными трудностями. Так И.В. Имедадзе [2,c.30] прямо связывает состояние тревоги с предчувствием фрустрации. По ее мнению, тревога возникает при антиципации ситуации, содержащей опасность фрустрации актуализированной потребности.

Таким образом, стресс и фрустрация при любом их понимании включают в себя тревогу.

Подход к объяснению склонности к тревоге с точки зрения физиологических особенностей свойств нервной системы мы находим у отечественных психологов. Так, в лаборатории Павлова И.П. [24,c.28], было обнаружено, что, скорее всего нервный срыв под действием внешних раздражителей происходит у слабого типа, затем у возбудимого типа и меньше всего подвержены срывам животные с сильным уравновешенным типом с хорошей подвижность.

Таким образом рассмотрением проблемы тревожности в зарубежной психологии занимались З. Фрейд, К. Хорни, Э. Фромм, К. Роджерс и др., в отечественной психологии этот вопрос рассматривали такие психологи как А.М. Прихожан, М.С. Неймарк, И.В. Имедадзе и др. Выделяются различия в понятиях тревога и тревожность. Так тревога является ситуативной, связанной с конкретной внешней ситуацией, тогда как тревожность является стабильным свойством личности. Мы в своем исследовании будем опираться на положении А.М. Прихожан, которая считает что тревожность – это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности.»[24, с. 27]

## 2.2 Возрастные особенности проявления тревожности

Тревожность как психическое свойство имеет ярко выраженную возрастную специфику, обнаруживающуюся в ее содержании, источниках, формах проявления и компенсации. Для каждого возраста существуют определенные области действительности, которые вызывают повышенную тревогу у большинства детей, вне зависимости от реальной угрозы или тревожности как устойчивого образования. Эти «возрастные пики тревожности» детерминированы возрастными задачами развития (Прихожан А.М., 1998).

Среди наиболее общих причин возникновения тревожности у детей дошкольного и школьного возраста можно перечислить:

* внутриличностные конфликты, прежде всего, связанные с оценкой собственной успешности в различных сферах деятельности (Кочубей Б.И., Новикова Е.В., 1988 и др.);
* нарушения внутрисемейного и / или внутришкольного взаимодействия, а также взаимодействия со сверстниками (Захаров А.И., 1988; Прихожан А.М., 1998; Спиваковская А. С.,1988 и др.);
* соматические нарушения (Щербатых Ю.В., Ивлева П.И.,1998 и др.).

Чаще всего тревожность развивается тогда, когда ребенок находится в состоянии ситуации конфликта, вызванного:

* + - негативными требованиями, которые могут поставить его в  
      униженное или зависимое положение;
    - неадекватными, чаще всего завышенными требованиями;
    - противоречивыми требованиями, которые предъявляются к ребенку родителями и / или школой, сверстниками (Кочубей Б.И., Новикова Е.В., 1988).

В соответствии с онтогенетическими закономерностями психического развития, можно описать специфические причины тревожности на каждом этапе дошкольного и школьного детства.

У дошкольников и младших школьников тревожность является результатом фрустрации потребности в надежности, защищенности со стороны ближайшего окружения (ведущей потребности этого возраста). Повышенная тревожность может дезорганизовать любую деятельность (особенно значимую), что, в свою очередь, приводит к низкой самооценке, неуверенности в себя («Я же ничего не мог!»). Это эмоциональное состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует углублению личностных противоречий (например, между высоким уровнем притязаний и низкой самооценкой). Таким образом, тревожность в этой возрастной группе представляет собой функцию нарушения отношений с близкими взрослыми. В отличие от дошкольников, у младших школьников таким близким взрослым, помимо родителей, может оказаться учитель [14,c.34].

Устойчивым личностным образованием тревожность становится к подростковому возрасту. До этого момента она является производной широкого круга социально-психологических нарушений, представляя собой более или менее генерализованные и типизированные ситуационные реакции. В подростковом возрасте тревожность начинает опосредоваться Я-концепций ребенка, становясь тем самым собственно личностным свойством (Прихожан А.М., 1998). Я-концепция подростка часто противоречива, что вызывает трудности в восприятии и адекватной оценке собственных успехов и неудач, подкрепляя тем самым отрицательный эмоциональный опыт и тревожность как личностное свойство. В этом возрасте тревожность возникает как следствие фрустрации потребности устойчивого удовлетворительного отношения к себе, чаще всего связанного с нарушениями отношений со значимыми другими, Существенное повышение уровня тревожности в подростковом возрасте может быть связано и с формированием психастенической акцентуации характера, отличительной особенность которой являются тревожно-мнительные черты. У человека с такими личностными особенностями легко возникают опасения, волнения, страхи. Недостаток уверенности в себе заставляет заранее отказываться от деятельности, которая кажется слишком трудной. По той же причине занижается оценка достигнутых результатов. При психастенической акцентуации затруднено принятие решений, так как человек чересчур фиксируется на тех неблагоприятных последствиях, которые может повлечь за собой то или иное решение. Из-за низкой уверенности в себе часто наблюдаются трудности в общении, особенно при вхождении в новый коллектив. Высокая тревожность способствует развитию астении, порождает психосоматические заболевания (Венгер А.Л., 2000).

Аналогичные тенденции могут сохраняться и в период ранней юности. К старшим классам тревожность дифференцируется, локализуется в отдельных сферах взаимодействия человека с миром: Школа, семья, будущее, самооценка и т. д. Ее появление и/или закрепление связано с развитием рефлексии, осознания противоречий между своими возможностями и способностями, неопределенностью жизненных целей и социального положения [14,c.36].

Важно, что тревога начинает оказывать мобилизующее влияние только с подросткового возраста, когда она может стать мотиватором деятельности, подменяя собой другие потребности и мотивы. В дошкольном и младшем школьном детстве тревога вызывает только дезорганизующий эффект (Прихожан А.М., 1998). Боясь совершить ошибку, ребенок постоянно пытается контролировать себя («тревожный гиперконтроль»), что приводит к нарушению соответствующей деятельности [14,c.36].

Необходимо также отметить, что тревожности подвержены как мальчики, так и девочки, но специалисты считают, что в дошкольном возрасте более тревожными являются мальчики, к 9—11 годам соотношение становится равномерным, а после 12 лет происходит резкое повышение тревожности у девочек. При этом тревога девочек по своему содержанию отличается от тревоги мальчиков: девочек больше волнуют взаимоотношения с другими людьми, мальчиков — насилие во всех его аспектах (Захаров А.И., 1997; Кочубей Б.И., Новикова Е.В., 1988; Макшанцева Л.В, 1998).

В итоге, можно отметить следующее.

\* Детская тревожность на каждом этапе возрастного развития специфична и связана с решением той или иной возрастной задачи развития.

\* Тревожность как устойчивая личностная черта формируется только в подростковом возрасте. До этого она является функцией ситуации.

\* Тревожность может выполнять мобилизующую роль, связанную с повышением эффективности деятельности, начиная с подросткового возраста. На деятельность дошкольников и младших школьников она оказывает только дезорганизующее влияние, снижая ее продуктивность.

\* В школьном возрасте уровень тревожности в среднем выше у девочек (по сравнению с мальчиками).

## 2.3 Особенности проявления тревожности в дошкольном возрасте

Согласно работам представителей динамического подхода и отечественных психологов, истоки тревожности, как устойчивого свойства личности, лежат в детстве индивида. Именно поэтому так важно рассмотреть эту проблему.

Решающим периодом, по мнению Л.И. Божович, А.В. Захарова, М. И. Лисиной А.М. Прихожана, является дошкольный возраст. Поступление ребенка в школу становится причиной повышения его ответственности, изменения социального статуса, представлений о себе, что, по мнению А.М. Прихожана, в ряде случаев приводит к повышению уровня тревожности. Так же, авторы выделяют, что большое значение в развитии детской тревожности имеет адекватность развития личности ребенка. Известно, что при этом среда играет предопределяющую роль, способствуя образованию системы отношений, центром которых является самооценка, ценностные ориентации и направленность интересов и предпочтений, а именно в дошкольном возрасте происходит зарождение начал самооценки.

При исследовании связи самооценки и уровня тревожности Э.В. Шлязовой было выявлено « …в связи, с чем у них возникает ожидание неблагополучия со стороны окружающих…» [2 ,c.75]. Тревожные дети очень чувствительны к своим неудачам, остро реагируют на них, склонны отказываться от той деятельности, в которой испытывают затруднения.

Так же известно, что предпосылкой возникновения тревожности является повышенная чувствительность (сензитивность). Однако не каждый ребенок с повышенной чувствительностью становиться тревожным. Многое зависит от способов общения родителей с ребенком. Иногда они могут способствовать развитию тревожной личности. Например, высока вероятность воспитания тревожного ребенка родителями, осуществляющими воспитание по типу гиперпротекции (чрезмерная забота, мелочный контроль, большое количество ограничений и запретов, постоянное одергивание). В этом случае общение взрослого с ребенком носит авторитарный характер, ребенок теряет уверенность в себе и в своих собственных силах, он постоянно боится отрицательной оценки, начинает беспокоиться, что он делает, что – то не так, т.е. испытывает чувство тревоги, которое может закрепиться и перерасти в стабильное личностное образование – тревожность [2,c.79].

Воспитание по типу гиперопеки, может сочетаться с симбиотическим, т.е. крайне близкими отношениями ребенка с одним из родителей, обычно с матерью. В этом случае общение взрослого с ребенком может быть как авторитарным, так и демократичным (взрослый не диктует ребенку свои требования, а советуется с ним, интересуется его мнением). К установлению подобных отношений с ребенком склонны родители с определенными характерологическими особенностями – тревожные, мнительные, неуверенные в себе. Установив тесный эмоциональный контакт с ребенком, такой родитель заражает своими страхами сына или дочь, т.е. способствует формированию тревожности (Т. В. Лаврентьева 1996). Например, существует зависимость между количеством страхов у детей и родителей, особенно матерей. В большинстве случаев страхи, испытываемые детьми, были присущи матерям в детстве или проявляются сейчас. Мать, находящаяся в состоянии тревоги, непроизвольно старается оберегать психику ребенка от событий, так или иначе напоминающих о ее страхах. Также каналом передачи беспокойства служит забота матери о ребенке, состоящая из одних предчувствий, опасений и тревог. (А.И. Захаров 1997)Усилению в ребенке тревожности могут способствовать такие факторы, как завышенные требования со стороны родителей и воспитателей, так как они вызывают ситуацию хронической не успешности. Сталкиваясь с постоянными расхождениями между своими реальными возможностями и тем высоким уровнем достижений, которого ждут от него взрослые, ребенок испытывает беспокойство, которое легко перерастает в тревожность. Еще один фактор, способствующий формированию тревожности, - частые упреки, вызывающие чувство вины (“Ты так плохо вел себя, что у мамы заболела голова”, “Из-за твоего поведения мы с мамой часто ссоримся”). В этом случае ребенок постоянно боится оказаться виноватым перед родителями. Часто причиной большого числа страхов у детей является и сдержанность родителей в выражении чувств при наличии многочисленных предостережений, опасностей и тревог. Излишняя строгость родителей также способствует появлению страхов. Однако это происходит только в отношении родителей того же пола, что и ребенок. Часто, не задумываясь, родители внушают детям страхи своими никогда не реализуемыми угрозами вроде: “Заберет тебя дядя в мешок”, “Уеду от тебя” и т. д.[14,c.6].

Если у ребенка усиливается тревожность, появляются страхи – непременный спутник тревожности, то могут развиться невротические черты. Неуверенность в себе, как черта характера - это самоуничтожительная установка на себя, на свои силы и возможности. Тревожность как черта характера — это пессимистическая установка на жизнь, когда она представляется как преисполненная угроз и опасностей[11,c.57].

Рассмотрев данные положения можно сделать вывод, что ранний отрыв ребенка от матери, инфантильное поведение родителей являются главными причинами формирования у него тревожности как черты характера. Проявления тревожности бывают разными: она может проявляться как трусость, мнительность, робость, осторожность, боязнь ответственности. Так же отмечается, что беспокойные воспитатели, погруженные в свой собственный мир, сами того не подозревая, сказывают на ребенка самые разнообразные негативные влияния: тревожащие, потакающие, потворствующие и др. Ребенок оказывается обреченным на общение с теми взрослыми, с которыми он живет, воспитывается и к которым ему необходимо как-то приспосабливаться. При этом далеко не каждый родитель является зрелым воспитателем, способным понять потребности ребенка, правильно расшифровать его поведение. Родители нередко начинают дергать ребенка из стороны в сторону, то проявлять к нему отстраненное бесчувствие, то беспокоиться за малейшее проявление инициативы с его стороны. Это никак не способствует развитию у ребенка крайне необходимого ему чувства слитности со своим окружением. При этом формирующиеся у него социальные чувства подвергаются социальной деформации, порождая повышенную тревожность, что в свою очередь ведет к заниженной самооценке, которая делает проблемной социальную адаптацию ребенка [11,c.57].

Ребенок переживает тревогу как тягостное, дискомфортное состояние; она подавляет психическое функционирование. Чтобы снизить для себя чувство тревоги, ребенок ищет и находит разные способы поведения. Он может сильно привязаться к кому-то из взрослых или к одному из своих активных сверстников, который сам пробивает путь в своем окружении и является авторитетом в детском саду. Тревожный ребенок рассуждает так: «У меня есть хороший друг, сильный мальчик, который всегда защищает меня». Даже мысленное подражание поведению такого товарища снижает у ребенка уровень тревожности, но стоит потерять это прикрытие, тревожность возвращается снова[14,c.4].

Ребенок, испытывающий тревогу, может протестовать, быть агрессивным, отвергать все требования, предъявляемые к нему. Такое поведение снимает у него тревогу; так он отстаивает себя, свои прихоти, боясь остаться один на один со своей тревогой, закрепляет свой способ социальной защиты. Такой стереотип поведения может сформироваться в раннем детстве, затем он уклоняется, и мы видим подростка, который проявляет себя подобным образом: он ершится, хамит, наглеет, делает из подтишка другим пакости, безумно боится ответственности [14,c.5].

В дошкольном возрасте ситуация в семье, отношения с близкими взрослыми провоцируют переживание ребенком постоянных психологических микротравм и порождают состояние аффективной напряженности и беспокойства, носящее реактивный характер. Ребенок постоянно чувствует незащищенность, отсутствие опоры в близком окружении и потому беспомощность. Все это, а также то, что они запоминают преимущественно негативные события, ведет к накоплению отрицательного эмоционального опыта, который постоянно увеличивается и находит свое выражение в относительно устойчивом переживании тревожности[14,c.5].

Таким образом, у дошкольников тревожность возникает вследствие фрустрации потребности в надежности, защищенности со стороны ближайшего окружения и отражает неудовлетворенность именно этой потребности, которая является ведущей[14,c.5].

Отрицательные последствия тревожности выражаются в том, что не влияя в целом на интеллектуальное развитие, высокая степень тревожности может отрицательно сказаться на формировании дивергентного (т.е. креативного, творческого) мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым, неизвестным (Т.В. Лаврентьева, 1996).

Тем не менее, у детей старшего дошкольного возраста тревожность еще не является устойчивой чертой характера и относительно обратима при проведении соответствующих психолого-педагогических мероприятий (А.И. Захаров, 1997).

# Глава 3. Эмпирическое исследование влияния родительского отношения на уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста

## 

## 3.1 Описание экспериментальной выборки и методики исследования

Наш эксперимент проводился на базе МДОУ «Золотой ключик» г. Абакана.

Цель экспериментальной работы: выявить уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста, а так же определить особенности родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста.

Задачи исследования:

* выявление особенностей родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста ;
* выявление особенностей родительского отношения в семьях со здоровым ребенком;
* выявить уровень проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста;
* выявить уровень проявления тревожности у здоровых детей дошкольного возраста;
* сравнительный анализ родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком и здоровым ребенком дошкольного возраста;
* сравнительный анализ уровня проявления тревожности у часто болеющих и здоровых детей.

При формировании экспериментальной выборки, мы подчинялись ряду правил:

1. содержательный критерий (критерий операциональной валидности). Подбор экспериментальной группы должен определяться предметом и гипотезой исследования;
2. критерий эквивалентности испытуемых (критерий внутренней валидности). Результаты, полученные при исследовании экспериментальной выборки, должны распространяться на каждого ее члена;
3. критерий репрезентативности (критерий внешней валидности). Группа лиц, участвующих в эксперименте должна представлять всю часть популяции, по отношению к которой мы можем применять данные, полученные в эксперименте.

Экспериментальная выборка была сформирована с помощью стратометрического отбора. Основными стратами были – здоровье детей (здоровые и часто болеющие дети); возраст детей (дошкольный возраст).

Часто болеющие дети – дети болеющие более 6 раз в год.

Таким образом, экспериментальная выборка составила 60 родителей, 30 из которых имеют здоровых детей, из них 24 мамы и 6 папы, и 30 часто болеющих из них 27 мам и 3 папы; 60 детей, 30 из которых здоровые дети, из них 17 девочек и 13 мальчиков, и 30 часто болеющих детей из них 16 девочек и 14 мальчиков.

В ходе проведения эмпирического исследования для достижения поставленных задач мы использовали следующие методики:

1. Опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.);
2. Опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (ВРР) (Марковская);
3. Проективный тест «Определение уровня тревожности» (Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена);
4. Анкета по выявлению тревожного ребенка. (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко).

В начале исследования мы выявляли особенности родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста и в семьях со здоровым ребенком. С этой целью был проведен опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.) (приложение А).

Цель методики: выявление родительского отношения, как системы разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Опросник состоит из 61 утверждения, с каждым из которых следует согласиться (ответив «да»), либо опровергнуть (ответив «нет»).

Тест может проводится как в индивидуальном, так и групповом характере. Испытуемому предоставляется текстовая часть методики и бланк ответов к ней.

Инструкция испытуемому: «Прочтите внимательно данные утверждения и поставьте в бланке ответов согласие или несогласие с данным утверждением. Постарайтесь отвечать искренне».

После того как испытуемый ответил на все вопросы теста, мы приступаем к обработке полученных данных. Вопросы по шкалам распределяются следующим образом:

Принятие-отвержение: 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56,60.

Образ социальной желательности поведения: 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 4, 7, 28, 32, 41, 58.

Авторитарная гиперсоциализация: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

"Маленький неудачник": 9, 11, 13, 17, 22, 54, 61.

Порядок подсчета тестовых баллов.

При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитывается ответ "верно".

Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется как:

* отвержение,
* социальная желательность,
* симбиоз,
* гиперсоциализация,
* инфантилизация (инвалидизация).

Тестовые нормы приводятся в виде таблиц процентильных рангов тестовых баллов по соответствующим шкалам.

За каждый ответ типа «Да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ типа «Нет» – 0 баллов. Если перед номером ответа стоит знак “-”, значит за ответ “Нет” на этот вопрос начисляется 0 баллов, а за ответ “Да ” - 1 балл.

После этого мы перешли к проведению Опросника «Взаимодействие родитель-ребенок» (ВРР) (И.М. Марковская). (приложение Б).

Цель методики: выявление родительского отношения к ребенку.

Опросник состоит из 60 утверждений. Тест может проводится как в индивидуальном, так и групповом характере. Испытуемому предоставляется текстовая часть методики и бланк ответов к ней.

Инструкция испытуемому: «Отметьте степень согласия со следующими утверждениями по 5 – бальной системе.

5 – несомненно, да;

4 – в общем, да;

3 – и да, и нет;

2 – скорее нет, чем да;

1 – нет (абсолютно не согласен).

Обработка и интерпретация результатов:

Подсчитывается общее количество баллов по каждой шкале, при этом учитывается прямые это или обратные утверждения. Обратные утверждения переводятся в баллы таким образом:

Ответы 1 2 3 4 5

Баллы 5 4 3 2 1

В бланках ключах обратные вопросы обозначены звездочками. Суммарная оценка проставляется в последнем столбце регистрационного бланка. Каждая строка бланка для ответов принадлежит одной шкале.

Шкалы опросника ВРР: 1. Нетребовательность – требовательность; 2. Мягкость – строгость; 3. Автономность – контроль; 4. Эмоциональная дистанция - близость; 5. Отвержение - принятие; 6. Отсутствие сотрудничества - сотрудничество; 7. Тревожность за ребенка; 8. Непоследовательность - последовательность; 9. Воспитательная конфронтация в семье; 10. Удовлетворенность отношениями с ребенком.

Таким образом, с помощью сформированной выборки и данных методик нам необходимо определить особенности родительского отношения в семьях с часто болеющими и здоровыми детьми дошкольного возраста.

Следующая часть нашей работы связана с выявлением уровня тревожности у здоровых и часто болеющих детей. Для этих целей были использованы следующие методики: Проективный тест «Определение уровня тревожности» (Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена); Анкета по выявлению тревожного ребенка. (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко). (приложение В).

Проективный тест (Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена).

Цель: определить тревожность по отношению к ряду типичных для ребенка жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени.

Психодиагностический изобразительный материал представлен серией рисунков размером 8,5х11 см, каждый из которых демонстрирует для дошкольника типичную жизненную ситуацию. Все рисунки выполнены в двух вариантах: для мальчиков и для девочек. Рисунок снабжен двумя дополнительными изображениями детской головы: улыбающийся и печальное лицо ребенка. Двусмысленность рисунков в методики имеет основную «проективную» нагрузку. То, какой смысл придает ребенок именно этим рисункам, указывает на типичное для него эмоциональное состояние в подобных жизненных ситуациях.

В процессе психодиагностики рисунки предъявляют ребенку в определенной последовательности и дают инструкцию. Например: рисунок – игра с младшими детьми: «Как ты думаешь, какое у ребенка будет лицо: веселое или печальное. Он (она) играет с малышами». Всего рассматривается 14 ситуаций.

Тест проводится индивидуально с каждым ребенком, результаты заносятся в протокол.

На основе полученных данных проводится количественный и качественный анализ. В ходе количественного анализа вычисляется индекс тревожности (ИТ) ребенка, который равен выраженному в процентах отношению числа эмоционально негативных выборов к общему числу рисунков:

|  |  |
| --- | --- |
| количество эмоционально негативных выборов | х100% = ИТ |
| 14 |

Обработка и интерпретация результатов:

Высокий уровень тревожности – ИТ более 50%

Средний уровень тревожности – ИТ находится в пределах от 20 до 50%

Низкий уровень тревожности – ИТ находится в пределах от 0 до 20%.

Особым проективным значением обладают рисунки с ситуациями «Одевание», «Укладывание в постель в одиночестве», «Еда в одиночестве», «Ребенок и мать с младенцем», «Умывание», «Игнорирывание». Присутствие в данных ситуациях отрицательных эмоциональных выборов указывает на высокую степень вероятности присутствия у ребенка высокого уровня тревожности.

Так же для определения уровня тревожности ребенка дошкольного возраста была использована анкета Анкета (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко).(приложение Г). Проводился опрос воспитателей. Цель: выявить уровень тревожности у детей дошкольного возраста

Анкета состоит из 20 вопросов.

Инструкция: «Внимательно прослушайте утверждение. Если вы с ним согласны , поставьте «+», или «Да», если не согласны – «-», или «Нет».

При обработке результатов подсчитывается количество ответов со знаком «+», или «Да». Полученная сумма определяет общий балл тревожности.

Высокий уровень тревожности – 15 – 20 баллов

Средний уровень тревожности – 7 – 14 баллов

Низкий уровень тревожности – 1 – 6 баллов.

Таким образом, с помощью сформированной выборки и данных методик нам необходимо выявить уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста, а так же определить особенности родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста.

С помощью вторичных методов статистической обработки экспериментальных данных доказываются или опровергаются гипотезы. Коэффициент корреляции обозначается буквой R в математической статистике и может принимать значения от -1 до +1. Если значение по модулю находится ближе к 1, то это означает наличие сильной связи, а ближе к 0 – слабая или вообще отсутствует. Для метрических величин применяется коэффициент корреляции Пирсона. Пусть X,Y –две случайные величины, определенные на одном пространстве. Тогда коэффициент корреляции задается формулой



где М - математическое ожидание. ( Приложение 1)

Так же мы использовали регрессионное исчисление, позволяющий свести частные разрозненные данные к некоторому линейному графику, приблизительно отражающему их внутреннюю взаимосвязь, и получить возможность по значению одной из переменных приблизительно оценивать вероятное значение другой переменной. Задача заключается в том, чтобы через скопление точек, имеющихся на этом графике, провести прямую линию, пользуясь которой по значению одной из переменных, х или у, можно приблизительно судить о значении другой переменной. Для того чтобы решить эту задачу, необходимо правильно найти коэффициенты а и b в уравнении искомой прямой:



Это уравнение представляет прямую на графике и называется уравнением прямой регрессии. Формулы для подсчета a и b являются следующими:



Где – частые значения переменных X и Y, которым соответствуют точки на графике;



- среднее значение тех же самых переменных;



n – число первичных значений или точек на графике.

## 3.2 Анализ эмпирических результатов исследования

Исследование типа родительского отношения проводилось с помощью опросника Варги А.Я., Столина В.В. Полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Типы родительского отношения в семьях с часто болеющим и здоровым ребенком (по методике Варга А.Я., Столин В.В.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Принятие - отвержение | Кооперация | Симбиоз | Контроль | Инфантилизация (инвалидизация) |
| Здоровые дети | 20% | 35% | 20% | 15% | 10% |
| Часто болеющие дети | 20% | 10% | 35% | 10% | 25% |

В результате проведения опросника родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.), нами были получены данные о том, что для семей, в которых воспитывается часто болеющий ребенок дошкольного возраста, наиболее распространенным являются такой стиль отношения как симбиоз (35%) и инфантилизация (25%) (Приложение 3), в то время как наименее применяемым стилем отношения является кооперация (35%) (Приложение 4). Так же эти результаты мы отразили в рисунке 1.

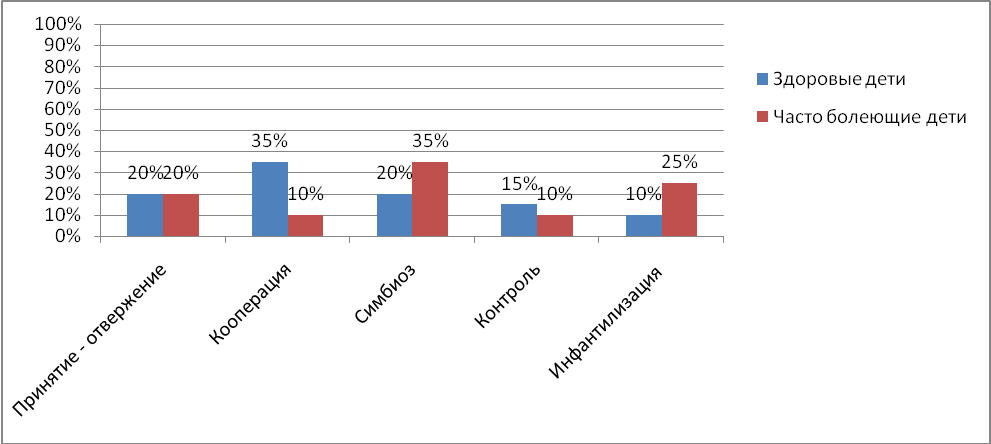


Рисунок 1. Тип родительского отношения в семьях с часто болеющим и здоровым ребенком (по методике Варга А.Я., Столин В.В.)

Полученные данные говорят о том, что в семьях, где воспитывается часто болеющий ребенок дошкольного возраста, родители стремятся к симбиотическому отношению с ребенком. Родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, он кажется ему маленьким и беззащитным.

Высокие показатели по шкале инфантилизация, говорит о высоком авторитаризме. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он пытается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка и требует социального успеха.

Также возможны проявления в родительском отношении стремления приписать ребенку личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Напротив, в семьях со здоровым ребенком родители проявляют стремление к кооперации с ребенком, что выражается в заинтересованности в делах и планах ребенка, старании во всем помочь ребенку, сочувствии ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения в спорных вопросах.

Для подтверждения результатов полученных в первой методики мы использовали опросник «Взаимодействие родитель ребенок» (Марковская). Полученные данные представлены в таблице 2 и на рисунке 2.

Таблица 2 – Тип родительского отношения в семьях с часто болеющим и здоровым ребенком (по методике «взаимодействие родитель ребенок»)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тип родительского отношения (шкалы) | | | | | | | | | |
| нетребовательность - требовательность | мягкость - строгость | автономность - контроль | эмоциональная дистанция - близость | отвержение - принятие | отсутствие сотрудничества - сотрудничество | тревожность за ребенка | непоследовательность - последовательность | воспитательная конфронтация | удовлетворенность отношениями с ребенком |
| Родители здоровых детей | 2% | 8% | 8% | 13% | 13% | 15% | 9% | 9% | 9% | 14% |
| Родители часто болеющих детей | 6% | 13% | 13% | 11% | 11% | 7% | 14% | 6% | 13% | 6% |

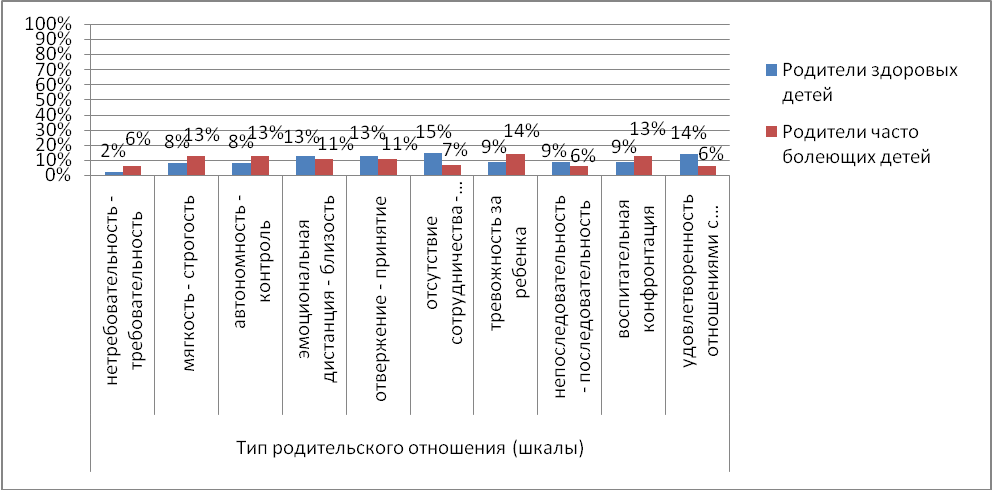


Рисунок 2 – Тип родительского отношения в семьях с часто болеющим и здоровым ребенком (по методике «взаимодействие родитель ребенок»)

В семьях с часто болеющим ребенком родители показали высокий балл по шкалам автономность – контроль (13%), мягкость – строгость (13%), тревожность за ребенка (14%) и воспитательная конфронтация (13%) (Приложение 3). Все это говорит о излишней тревожности в отношении ребенка, низкой сплоченности и разногласиях членов семьи по вопросам воспитания. Высокий контроль может проявляться в мелочной опеке, навязчивости, ограничительности. Строгость родителя проявляется в суровости, строгости мер, применяемых к ребенку. Все эти показатели отражают такой тип родительского отношения к часто болеющему ребенку как симбиоз и авторитарную гиперсоциализацию, которые мы выявили в первой методики.

Что касается родительского отношения в семьях со здоровым ребенком, то здесь выявляются высокие баллы по таким показателям как отсутствие сотрудничества – сотрудничество (15), удовлетворенность отношениями с ребенком (14)(Приложение 4).

Выявленное сотрудничество является следствием включенности ребенка во взаимодействие, признанием его прав и достоинств. Оно отражает равенство и партнерство в отношениях родителей и детей. Так же можно говорить об удовлетворенности отношениями родителей к детям, и высокой эмоциональной близости. Принятие родителем ребенка отражает базовое отношение родителя к ребенку, принятие его личностных качеств и поведенческих проявлений. Проанализировав полученные данные можно говорить о кооперации как типе родительского отношения у родителей здоровых детей дошкольного возраста.

Результаты данной методики показали практически аналогичные особенности, что и в первой методики (Варга А.Я., Столин В.В.), что говорит о значимости полученных результатов.

Таким образом проведя две методики на выявление родительского отношения к часто болеющим и здоровым детям дошкольного возраста, мы выявили следующую особенность. В родительском отношении к часто болеющему ребенку проявляется такой тип отношения как симбиоз и инфантилизация. У родителя здорового ребенка проявляется такой тип родительского отношения как кооперация.

Диагностика уровня тревожности часто болеющих и здоровых детей дошкольного возраста проводилась с помощью проективного тест «Определение уровня тревожности» (Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена). В исследовании приняло участие 60 детей дошкольного возраста. Полученные результаты отражены в таблице № 3 и в рисунке № 3.

В результате проведения проективного теста «Определение уровня тревожности» (Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена), нами были получены данные о том, что часто болеющим детям дошкольного возраста характерен высокий уровень тревожности.

Таблица 3. Уровень тревожности у здоровых и часто болеющих детей дошкольного возраста (проективный тест «Определение уровня тревожности»)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Уровень тревожности |
| Здоровые дети | 26% |
| Часто болеющие дети | 42% |

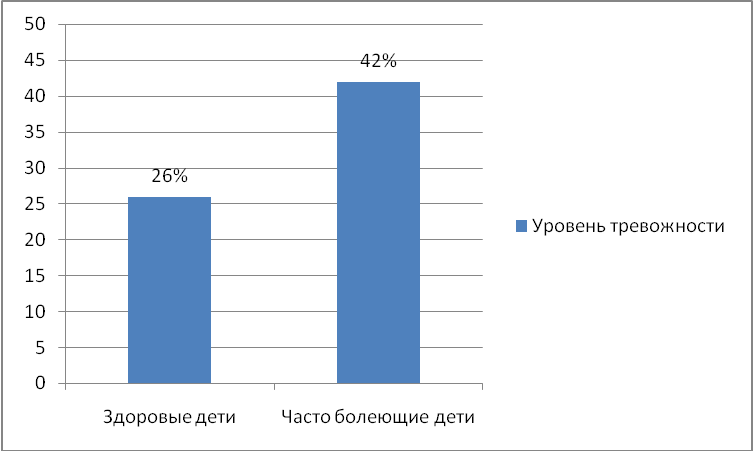


Рисунок 3. Уровень тревожности у здоровых и часто болеющих детей дошкольного возраста (проективный тест «Определение уровня тревожности»)

По полученным данным видно, что общий показатель по уровню тревожности у часто болеющих детей составляет 42%, что говорит о высоком уровне тревожности (Приложение 5). Общий показатель уровня тревожности здоровых детей составляет 26%, что свидетельствует о низком уровне тревожности ( Приложение 6).

Для подтверждения результатов полученных в первой методики мы использовали анкету на выявление уровня тревожности (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко). Данные по этой методики отражены в таблице 4 и рисунке 4.

Таблица 4. Уровень тревожности у здоровых и часто болеющих детей дошкольного возраста (Анкета на выявление уровня тревожности)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Уровень тревожности |
| Здоровые дети | 24 |
| Часто болеющие дети | 45 |

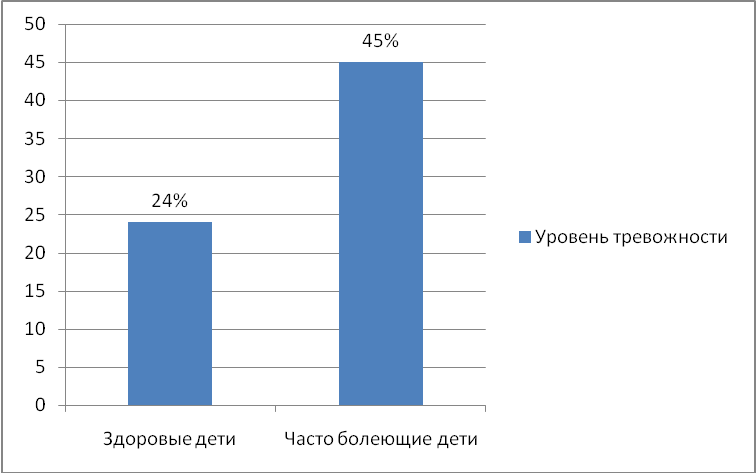


Рисунок 4. Уровень тревожности у здоровых и часто болеющих детей дошкольного возраста (Анкета на выявление уровня тревожности)

По данным анкеты видно, что уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста составляет 45% и является высоким(Приложение 5). Уровень тревожности здоровых детей составляет 24% , что говорит о наличии низкого уровня тревожности (Приложение 6). Полученные результаты подтверждают данные по первой методики на определение уровня тревожности.

Для установления влияния типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющих детей мы использовали коэффициент корреляции Пирсона. Коэффициент корреляции обозначается буквой R в математической статистике и может принимать значения от -1 до +1. Если значение по модулю находится ближе к 1, то это означает наличие сильной связи, а ближе к 0 – слабая или вообще отсутствует. Для метрических величин применяется коэффициент корреляции Пирсона. Пусть X,Y –две случайные величины, определенные на одном пространстве. Тогда коэффициент корреляции задается формулой



где М - математическое ожидание.

Полученные нами вычисления показывают наличие сильной связи (Приложение 1). Следовательно тип родительского отношения влияет на уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста, что подтверждает нашу гипотезу.

Таким образом, в ходе нашей работы по выявлению типа родительского отношения к часто болеющим и здоровым детям дошкольного возраста, и определению уровня тревожности у часто болеющих и здоровых детей дошкольного возраста мы пришли к следующим выводам:

* У родителей часто болеющих детей дошкольного возраста преобладают такие типы родительского отношения как симбиоз и инфантилизация.
* У родителей здоровых детей дошкольного возраста отмечен такой социально желательный тип родительского отношения как кооперация.
* У часто болеющих детей дошкольного возраста отмечается высокий уровень тревожности.
* У здоровых детей дошкольного возраста низкий уровень тревожности.

## 3.3 Программа, направленная на оптимизацию детско-родительских отношений

Пояснительная записка.

Детско-родительские отношения имеют для психического здоровья детей первостепенное значение. Механизмы интеграции семьи, в частности взаимоотношения между ее членами, играют огромную роль в воспитательном процессе. Их нарушение влечет за собой значительные неблагоприятные последствия. Анализ результатов психодиагностических исследований семей позволяет сделать вывод о том, что в психологической коррекции нуждаются не только дети, но и их родители: им нужно помочь овладеть навыками, которые способствовали бы развитию позитивных детско-родительских отношений.

Предположение о том, что большинству родителей известны и сами эти навыки, и способы их использования, ошибочно, поскольку в нашем обществе не принято обучать родителей эффективному взаимодействию со своими детьми. Детско-родительская терапия выстроена таким образом, чтобы укрепить отношения между родителями и ребенком. В процессе занятий родители становятся более сензитивными к своим детям и научаются относиться к ним безоценочно, с пониманием, создавая атмосферу принятия, в которой ребенок может чувствовать себя в достаточной безопасности.

Формирование групп происходит на добровольной основе. Комплектование проводится с учетом проблем, имеющихся у детей. Как правило, в группу входят дети близкого возраста; наиболее целесообразны следующие возрастные границы: 4 – 5 лет, 6—7 лет, 8—9 лет, 10—11 лет.

Вместе с ребенком занятия посещает один из родителей, либо лицо, заменяющее родителя, но обязательно тот, кто непосредственно занимается его воспитанием. В особых случаях, когда конфликт отношений связан с одним из родителей, рекомендуется посещение группы именно этим родителем.

Количественный состав группы 5—6 пар (10—12 человек). Предпочтительны разнополые группы.

Цикл включает 10 занятий, продолжительность каждого 2 часа. Занятия проводятся не реже одного раза в неделю.

Возникающее чувство группы и групповой сплоченности — важные характеристики процесса родительско-детской психокоррекции, поэтому после второго занятия группа «закрывается» и новые участники к ней не присоединяются, даже если из первоначального состава кто-то выбыл.

Для проведения занятий требуется игровой зал большой площади, с ковровым покрытием.

Противопоказаниями для посещения групп являются:

— у детей — умственная отсталость, тяжелые формы заикания, психотические состояния;

— у родителей — наличие собственных глубинных личностных проблем (это может препятствовать концентрации на нуждах ребенка), интеллектуальная неспособность к овладению необходимыми навыками, наличие эндогенного заболевания.

Цели и задачи

1. Коррекция отношений родителей и детей:

— установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителя с ребенком;

— улучшение понимания родителями собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития;

— достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга;

— выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;

— устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях.

2. Коррекция отношения к «я» (к себе):

— формирование наиболее адекватной самооценки;

— приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я»;

— укрепление уверенности родителей в собственных воспитательных возможностях;

— обучение приемам саморегуляции психического состояния.

3. Коррекция отношения к реальности (к жизни):

— приобретение навыков выбора и принятия решений, укрепление волевых качеств;

— формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру.

Общая структура занятия включает в себя следующие элементы: ритуал приветствия, разминку, основное содержание занятия, рефлексию прошедшего занятия, ритуал прощания.

Программа оптимизации детско-родительских отношений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Занятие | Цель. | Элементы занятия |
| 1. «Знакомство» | Знакомство участников друг с другом и с групповой формой работы. | «Связующая нить»  «Какая рука у соседа»  «Знакомство»  «Молекулы»  «Молекулы»  Сказка  «Баржа»  «Презентация»  «Игра без правил»  Упражнение на принятие себя «Я — Ты»  Домашнее задание  Рефлексия «Связующая нить...»  «Колокол» |
| 2. «Мир детский и мир взрослый» | Осознание разницы между «миром» ребенка и взрослого, что выражается в особенностях восприятия, эмоциональных переживаниях, мотивации; приобретение навыков анализа причин поведения ребенка исходя из позиции самого ребенка. | «Связующая нить»  «Подари улыбку»  Танец «Цветок»  Обсуждение домашнего задания  «Зеркало»  «Клеевой дождик»  Сказка  «Баржа»  Презентация  «Игра без правил»  Упражнение на принятие себя «Да — нет»  Домашнее задание  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол» |
| 3. «Все мы чем-то похожи» | Развитие взаимодействия между членами группы, умения почувствовать друг друга, осознание своих индивидуальных качеств. | «Связующая нить»  «Имя»  Танец на сплочение группы  Обсуждение домашнего задания  «Тень»  «Белые медведи»  «Упрямый»  Сказка  «Баржа»  Презентация  «Игра без правил»  «Машины»  Домашнее задание  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол» |
| 4. «Почувствуй себя любимым» | Укрепление уверенности родителей и детей в том, что они любимы, желанны; активизация сил, развитие навыков и умений выражать свои чувства. | «Связующая нить»  «Ласковое имя»  Игра-танец  «Аплодисменты по кругу»  «Паровозик»  «Мы тебя любим»  Сказка  «Баржа»  «Игра без правил»  «Налаживание взаимоотношений»  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол»  Домашнее задание |
| 5.«Путь доверия» | Формирование чувства близости между родителями и детьми, умения сопереживать, понимать чувства другого, доверять друг другу. | «Связующая нить»  «Передай сигнал»  Танец «Цветок»  «Слепой и поводырь»  «Разведчики»  «Кошки-мышки»  «Баржа»  «Игра без правил»  «Ежик»  Домашнее задание  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол» |
| 6. «Агрессия и гнев» | Работа с агрессией и гневом; осознание этих состояний, отработка навыков конструктивного общения, самоконтроля, адекватных способов выражения агрессии и гнева; проигрывание различных эмоций и состояний. | «Связующая нить»  «Представь себя...»  Танец свободы и победы «Святой Георгий»  Обсуждение домашнего задания  «Толкалки»  «Дракон кусает свой хвост»  «Ворвись в круг»  «Игра без правил»  «Только вместе!»  «Колокол»  Домашнее задание  Рефлексия |
| 7. «Душевная погода» | Раскрепощение живой души, снятие страхов, преодоление неуверенности в себе; повышение самооценки, принятие себя, установление доверия к миру и окружению, душевного равновесия. | «Связующая нить»  «Передай по кругу»  «Слепой танец»  «Пятнашки»  «Кораблик»  Сказка  «Баржа»  Презентация  «Игра без правил»  «Живые руки»  Домашнее задание  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол» |
| 8. «Жизнь Земли» | Формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру; расширение представлений о мире; развитие наблюдательности, навыков невербального общения, эмоциональной экспрессии. | «Связующая нить»  «Доброе животное»  Танец «Противоположности»  «Найди свою пару  Обсуждение домашнего задания, представление рисунков  «Белые медведи»  «Играем в животное»  Сказка  «Зверь, птица, небылица»  Презентация  «Игра без правил»  «Сиамские близнецы»  «Колокол»  Рефлексия «Связующая нить»  Домашнее задание |
| 9. «Сделай себя счастливей!» | Развитие партнерства и сотрудничества родителя с ребенком, умения отстаивать свои права, высказывать свое мнение, приобретение навыков равноправного общения, сознание чувства полноты жизни, ощущения счастья. | «Связующая нить»  «Комплимент»  Танец «Распускающийся бутон»  Обсуждение домашнего задания  Театр»  Путаница  «Цвет-предмет»  Презентация  «Игра без правил»  «Скульптор и глина»  Рефлексия «Связующая нить»  «Колокол»  Домашнее задание |
| 10. «Все вместе!» | Подведение итогов. | Связующая нить  Обсуждение домашнего задания  Рисунок-подарок»  «Общий рисунок»  Подведение итогов  Чаепитие  «Колокол» |

# Заключение

В нашем исследовании мы рассмотрели проблему тревожности у часто болеющих детей. Особую категорию таких детей составляют часто болеющие дети дошкольного возраста. В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик, а также по специфике семейного воспитания. Так, для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих, что может перерасти в стойкие черты личности. Известно, что семья является главным инструментом социализации ребенка, где в отношениях со взрослыми происходит формирование личности. По этому рассмотрение данной проблемы велось в контексте родительского отношения к часто болеющему ребенку Целью нашего исследования было изучение влияния родительского отношения на уровень тревожности у часто болеющего ребенка дошкольного возраста.

Как показал анализ литературных источников, вопросами родительского отношения занимаются многие ученые, как зарубежные, так и отечественные (С. Броди, А. Болдуин, А.Я. Варга, Е.О. Смирнова). Среди ученых, занимающихся проблемами родительского отношения, известна своими исследованиями А.Я. Варга. Она определяет родительское отношение как целостную систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ребенком, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков. В изучении проблем тревожности можно выделить таких ученых как К. Хорни, С. Салливан, А.М. Прихожан, Т.В. Драгунова и др. в нашем исследовании мы отметили взгляды А.М. Прихожан, которая определила тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности.

В своем исследовании мы выдвинули 2 гипотезы, что

1. существуют особенности родительского отношения к часто болеющему ребенку;
2. не существует особенностей родительского отношения к часто болеющему ребенку.

Для подтверждения гипотезы мы использовали четыре методики, две из которых направлены на выявление типа родительского отношения, а две другие на определение уровня тревожности у детей дошкольного возраста. В результате эмпирического исследования нами было выявлены некоторые особенности родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста. Т.о., была подтверждена первая гипотеза о наличие особенностей родительского отношения к часто болеющему ребенку.

Действительно, существуют некоторые отличия в родительском отношении в семьях с часто болеющим ребенком дошкольного возраста, нежели, чем в семьях со здоровым ребенком.

Если большинство родителей здорового ребенка выбирают кооперацию как наиболее предпочитаемый тип родительского отношения, что выражается в заинтересованности в делах и планах ребенка, старании во всем помочь ребенку, сочувствии ему. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения в спорных вопросах.

Тогда как родители часто болеющего ребенка во взаимоотношении с ним применяют такие типы родительского отношения как симбиоз и инфантилизацию, что выражается в стремления все знать о ребенке, ограждать его от жизненных трудностей, от забот, которые могли бы утомить ребенка. Родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и беззащитным, а тревога родителя в свою очередь передается ребенку. Также возможны проявления в родительском отношении стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность.

Видимо, такие особенности связаны со стремлением облегчить жизнь, оградить жизнь ребенка от трудностей, стремлением сделать «как лучше» для ребенка на взгляд родителей. Но такой тип родительского отношения провоцирует развитие тревожности у часто болеющего ребенка, что вызывает трудности в его межличностных отношениях, в его деятельности и в полноценном развитии личности.

# Библиографический список литературы

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование — М.: Независимая фирма "Класс", 1999. — 208с.
2. Астапов В.М. Тревожность у детей – СПб: Питер Пресс, 2004. – 224с.
3. Бодалев А.А. О взаимосвязи общения и отношения // Вопросы психологии. – 1996. - №6. – С.122 – 127.
4. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии – СПб.: СОЮЗ, 1997. – 224с.
5. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? – М.: «ЧеРо», 2000. – 240с.
6. Дружинин В.Е. Психическое здоровье детей – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 64с.
7. Дружинин В.Н. Структура и логика психологического исследования – М.: Издательство институт психологии РАН, 1994. – 64с.
8. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия – СПб.: СОЮЗ, 1998. –336с.
9. Изард К.Е. Эмоции человека – М.: Издательство Московского ун.-та, 1980
10. Квалификационные работы по психологии: учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности 031000 – педагогика и психология, 031900 – Специальная психология / сост. С.Т. Дмитриева. – Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2007. – 80с.
11. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности – СПб.: Речь, 2002. – 198с.
12. Крэйг Г. Психология развития: перевод с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 992с.
13. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: Искусство отношений – М., 1998. – 368с.
14. Марцинковская Т.Д. Ваш тревожный ребенок – М.: Издательский центр Вентана-Граф, 2005. – 32с.
15. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет – М.: Школа – пресс, 1997 – 256с.
16. Микляева А.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция – СПб.: Речь, 2006. – 128с.
17. Минияров В.М Психология семейного воспитания (Текст): учебно-методическое пособие – М.: МПСИ, 2000. – 248с.
18. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. Кн. 3. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – 640с.
19. Немов Р.С. Психология: Словарь справочник: В 2 ч. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 352с.
20. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы – М.: Тривола, 1995. – 371с.
21. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учебное пособие / сост. Е.А. Калягина. – Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н. Ф. Катанова, 2006. – 200с.
22. Петровский А.В. Дети и тактика семейного воспитания – М.: Знание, 1981. – 95с.
23. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии: учебное пособие для вузов – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.
24. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика – М.: МПСИ, 2000. – 304 с.
25. Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: хрестоматия / авторы – составители И.В. Добряков, О.В. Защиринская - СПб.: Речь, 2007 – 400с.
26. Психология. Словарь / под общ. ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. М.: Политиздат, 1990.
27. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 96с.
28. Смирнов М.В. Продуктивная метафора в тренинге // Вестник. – № 1 – 1996 – 53-55с.
29. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия – М.: Эксмо-пресс, 2001 – 224с.
30. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций — М.: Просвещение, 1981. — 115 с.
31. Степанов С. Родные и очень близкие. // Семья и школа - № 5 – 2005 –10-11 с.
32. Теория личности в западноевропейской и американской психологии./ под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: 1996. – 480с.
33. Филипповская О. Сказка — врачевание души // Школьный психолог – № 02 – 1997 – 17-19с.
34. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие (пер. с немецкого, в 4-х т.) М.: Генезис, 1999 – 640с.
35. Шмаков С.А. Игры-шутки, игры-минутки – М.: Новая школа, 1997. – 112с.
36. Шмаков С.А., Безбородова Н.Я. От игры к самовоспитанию: Сборник игр-коррекций – М.: Новая школа, 1993 – 76с.
37. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебное пособие для вузов. 2 – с изд.– М.: Деловая книга, 2006 – 768с.
38. Холл К., Линдсей Г. Теория личности. Пер с англ. – М.: изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 592с.
39. Хорни К. Невротическая личность нашего времени: перевод с англ. – М.: Айрис - пресс, 2004. – 480с.
40. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи – СПб.: Питер, 1999 – 656с.
41. Яковлева А.А. Развитие категории отношений в психологических концепциях А.Ф.Лазурского // conf2001.dem.ru: VIII Международная конференция студентов и аc.пирантов по фундаментальным наукам "Ломоносов - 2001". URL: http://conf2001.dem.ru/yakovl.html(дата обращения: 15.10.2009).