### Глава 1. Теоретический анализ проблемы коррекции тревожности дошкольников с ЗПР с помощью сказкотерапии

### 1.1.Подходы к рассмотрению понятия «тревожность» в психологических исследованиях

Оценивая состояние проблемы тревожности в психологической науке, А. М. Прихожан отмечает две, на первый взгляд, взаимоисключающие тенденции.

С одной стороны, ссылки на неразработанность и неопределенность, многозначность и неясность самого понятия «тревожность» как в нашей стране, так и за рубежом едва ли не обязательны для работ, посвященных проблеме тревожности. Указывается, что под данный термин зачастую подводятся достаточно разнородные явления и что значительные расхождения в изучении тревожности существуют не только между различными школами, но и между разными авторами внутри одного направления, подчеркивается субъективность использования данного термина. С другой стороны, между исследователями существует согласие по ряду основных моментов, позволяющих очертить некоторые «общие контуры» тревожности (рассмотрение ее в соотношении «состояние — свойство», понимание функций состояния тревоги и устойчивой тревожности и др.) и выделить тревожный тип личности.

В литературе имеются различные определения тревожности. Большинство исследователей сходятся в том, что нужно рассматривать это понятие дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом динамики его переходного состояния. А.М. Прихожан пишет, что тревожность – это «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия... Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента». По Н.Н. Обозову, «тревожность - это свойство личности, которое проявляется в частоте, регулярности и пороге возникновения ощущений беспокойства и неуверенности в своих действиях, переживаний реальных или предполагаемых упущений в совершенных поступках, волнений по поводу имевших место или возможных событий, обладающих субъективным или общественным значением». По определению Р.С. Немова, «тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических ситуациях». Л.А. Китаев-Смык отмечает, что «широкое распространение получило... использование в психологических исследованиях дифференцированного определения двух видов тревожности: "тревожности характера" и "ситуативной тревожности"».

Таким образом, необходимо дифференцировать два вида тревожности: свойство личности и состояние в какой-либо определенный момент, связанное с конкретной ситуацией. Первую можно определить как личностную тревожность, а вторую – как ситуативную. Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика – склонность или тенденция воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревожности различного уровня. Как реактивная диспозиция, личностная тревожность «активизируется» при восприятии определенных «угрожающих» стимулов, связанных со специфическими ситуациями: потерей престижа, снижением самооценки, утратой самоуважения индивида и другими. Ситуативная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности, вызванными конкретной ситуацией и сопровождаемыми активизацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию может быть различной интенсивности и достаточно динамично и изменчиво во времени. Тревожность непосредственно связана с риском возникновения неврозов. Она является одним из факторов риска, оказывающих неблагоприятное влияние на адаптационные возможности организма в стрессовых ситуациях.

Исследования многих зарубежных психологов по данной проблеме носят фундаментальный характер. Классик психоанализа З. Фрейд обозначал тревогу как основную проблему в сфере эмоциональных и поведенческих нарушений. В 1890-е годы он предположил, что тревога, испытываемая многими его пациентами-невротиками, являлась следствием неадекватной разрядки энергии либидо. В дальнейшем он заключил, что состояние нарастающего напряжения является результатом не находящей выхода энергии либидо. Однако, пересмотрев свою теорию, Фрейд пришел к выводу, что тревога является функцией эго и назначение ее состоит в том, чтобы предупреждать человека об опасности, которую надо встретить и избежать. В зависимости от того, откуда исходит угроза, он выделил три типа тревоги:

* реалистическая тревога – угроза реальных опасностей внешнего мира;
* невротическая – угроза неприемлемых импульсов из бессознательного;
* моральная тревога – угроза наказания со стороны суперэго.

В отличие от Фрейда, Хорни К. не считала, что тревога является необходимым компонентом в психике человека. Наоборот, она утверждала, что тревога возникает в результате отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях. В общем, по мнению Хорни, все то, что в отношениях с родителями разрушает ощущение безопасности у ребенка, приводит к базальной тревоге. Загадочность невротической тревоги заключается в отсутствии вызывающей ее опасности, или, во всяком случае, в диспропорции между действительной опасностью и интенсивностью тревоги.

Представитель когнитивной психологии Дж. Келли отнес тревожность к эмоциональным состояниям и определил ее как «осознание того, что события, с которыми сталкивается человек, лежат вне диапазона применимости его конструктной системы». Иными словами, по Келли, тревога есть результат осознания того, что конструкты, которыми мы обладаем, не применимы для предвидения событий, с которыми мы сталкиваемся. Это понимание тревоги совсем не похоже на фрейдовскую концепцию невротически тревожного индивида, как жертвы неосознанных конфликтов и сдерживаемой инстинктивной энергии.

В феноменологической теории К. Роджерса тревога является эмоциональной реакцией на угрозу, которая сигнализирует, что организованная Я-структура испытывает опасность дезорганизации, если несоответствие между ней и угрожающим переживанием достигнет осознания. Тревожный человек — это человек, который смутно сознает, что признание или символизация определенных переживаний приведет к радикальному, изменению его теперешнего образа «Я».

Как указывает Ж. Годфруа, тревога представляет собой преходящее состояние. Она ослабевает, как только человек действительно сталкивается с ожидаемой ситуацией. Бывает, однако, и так, что ожидание, порождающее тревогу, затягивается, и организм вынужден тогда затрачивать много энергии для поддержания своей «дееспособности».

В отечественной психологии исследования поданной проблеме достаточно редки и носят разрозненный и фрагментар­ный характер. В значительной степени это связано, по-види­мому, с хорошо известными всем социальными причинами — условиями, не поощрявшими анализа явлений, отражающих восприятие человеком окружающей его действительности как угрожающей и нестабильной. В последнее десятилетие инте­рес российских психологов к изучению тревожности существенно усилился в связи с резкими изменениями в жизни обще­ства, порождающими неопределенность и непредсказуемость будущего и, как следствие, переживания эмоциональной на­пряженности, тревогу и тревожность. Вместе с тем необходимо отметить, что и в настоящее время в нашей стране тревожность исследуется преимущественно в узких рамках конкретных, прикладных проблем.

Н. Д. Левитов рассматривал тревогу как психи­ческое состояние, выражающееся в переживаниях опасения и нарушения покоя, вызываемых возможными и вероятными не­приятностями или задержкой приятного и желательного.

По Ю. Л. Ханину личностная тревожность как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях  в подверженности действию различных стрессоров. Следовательно, здесь речь идет об относительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозу своему «Я»  в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением ситуативной тревожности.

Согласно теории В.Ф. Березина., при любом нарушении сбалансированности системы человек— среда недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей, рассогласование самой системы потребностей, опасения, свя­занные с вероятной неспособностью реализовать значимые ус­тремления в будущем, а также с тем, что новые требования сре­ды могут обнаружить несостоятельность, являются источником тревоги. Тревогу Березин обозначил как ощущение неопределенной угрозы, характер и (или) время возникновения которой не под­даются предсказыванию, как чувство диффузного опасения и тревожного ожидания, как неопределенное беспокойство. Таким образом, тревога представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и единое психофизиологическое явление.

Тревогу иногда рассматривают как форму адаптации орга­низма в условиях острого или хронического стресса, однако тревога, по-видимому, представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, сви­детельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы. Таким образом, тревога может играть охранитель­ную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли.

Тревога, по интенсивности и длительности неадекватная си­туации, препятствует формированию адаптивного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции, к возникно­вению вторичных (осознанных или неосознаваемых) проявле­ний, которые наряду с тревогой определяют психическое состо­яние субъекта, а в случае развития клинически выраженных нарушений психической адаптации — картину этих наруше­ний. Таким образом, тревога лежит в основе любых (адаптив­ных и неадаптивных) изменений психического состояния и по­ведения, обусловленных психическим стрессом.

Однако необходимо разграничение тревоги и страха, которое обычно базируется на кри­терии, введенном в психиатрию К. Ясперсом, в соответствии с которым тревога ощущается вне связи с каким-нибудь стимулом («свободно плавающая тревога»), тогда как страх соотносится с определенным стимулом и объектом. Так же нужно дифференцировать нормальную и патологическую тревоги, так как принципиальное разделе­ние нормальной и патологической тревоги приводит к выделе­нию многочисленных разновидностей: нормальной, ситуационной, невротической, психотической и т. п.

Анализ литературы показал, что тревожность как целостная эмоциональная характеристика личности характеризуется многозначностью факторов детерминации, многообразием и неоднозначностью внутренних связей. Обобщая результаты исследований различных авторов, личностную тревожность можно определить как свойство личности, устойчивую индивидуальную характеристику, которая отражает предрасположенность субъекта к тревоге (В.М. Астапов; Ч.Д. Спилбергер); возникает в результате фрустрации значимых потребностей (в первую очередь – социальных) (А.М. Прихожан; И.А. Фурманов и др.); развивается в результате воздействия часто повторяющихся ситуаций тревоги (С.В. Кривцова; Д.И. Фельдштейн); складывается как базальная тревожность на ранних этапах онтогенеза (Г. Салливен; К. Хорни; Э. Эриксон); становление тревожности как свойства личности происходит в подростковом возрасте (Н.Д. Левитов; А.М. Прихожан).

Далее остановимся подробнее на характеристике тревоги и проявлениях тревожных расстройств.

Тревога - это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случав адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение.

Как отмечают многие исследователи, тревожность тесно связана с физиологическими процессами.

Выделяют следующие общие симптомы тревожных расстройств:

* вегетативные симптомы (усиленное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту);
* симптомы, относящиеся к груди и животу (затруднение в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный стресс);
* симптомы, относящиеся к психическому состоянию (чувство головокружения, неустойчивости или обморочности; чувство, что предметы нереальны или что собственное Я отдалилось или «по-настоящему находится не здесь»; страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти);
* общие симптомы (приливы жара или озноб);
* симптомы напряжения (мышечное напряжение при боли; беспокойство и неспособность к релаксации; чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения; ощущения комкав горле или затруднения при глотании).

К прочим неспецифическим симптомам относят:

* усиленное реагирование на неожиданности или испуг;
* затруднение в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;
* постоянная раздражительность;
* затрудненное засыпание из-за беспокойства.

Сформулировано пред­ставление о существовании тревожного ряда, который представляет собой существенный элемент про­цесса психической адаптации. Этот ряд включает в себя следующие аффективные феномены.

Ощущение внутренней напряженности. Создавая напряженность, настороженность, этот уровень тревоги имеет наиболее адаптивное значение, поскольку включает механизмы адаптации, модифицирует активность личности и не сопровождается нарушениями интеграции поведения.

Гиперестезические реакции. При нарастании тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, им придается отрицательная эмоциональная окраска, утрачивается дифференциация значимых и незначимых стимулов, в результате чего множество событий внешней среды становятся значимыми для субъекта, а это, в свою очередь, еще больше усиливает тревогу).

Собственно тревога характеризуется появлением ощущения неопределенной угрозы, неясной опасности. Признаком тревоги является невозможность определить характер угрозы и предсказать время ее возникновения. Неосознаваемость причин, вызвавших тревогу, может быть связана с отсутствием или бедностью информации, с неадекватностью ее логической переработки или неосознаванием факторов, вызывающих тревогу.

Страх. Неосознаваемость причин тревоги, отсутствие ее связи с объектом делают невозможным организацию деятельности по устранению или предотвращению угрозы. В результате неопределенная угроза начинает конкретизироваться, происходит смещение тревоги к конкретным объектам, которые начинают расцениваться как угрожающие, хотя это может и не соответствовать действительности. Такая конкретизированная тревога представляет собой страх.

Ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы, нарастание интенсивности тревоги приводит субъекта к представлению о невозможности избежать угрозы. А это вызывает потребность в двигательной разрядке, которая проявляется в следующем шестом феномене - тревожно-боязливом возбуждении, на этой стадии дезорганизация поведения достигает максимума, возможность целенаправленной деятельности исчезает.

От выраженности тревоги и интенсивности ее нарастания зависит полнота представленности элементов тревожного ряда. Тесная зависимость между симптомами тревоги, вегетативны­ми, гуморальными и моторными сдвигами давала основание считать эти сдвиги компо­нентами единого синдрома тревоги.

Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Тревожность, кроме того, является одним из основных параметров индивидуальных различий, который в целом проявляется в субъективном неблагополучии личности. Обычно повышена:

* при нервно-психических заболеваниях и тяжелых соматических;
* у здоровых людей, переживших последствия психологической травмы;
* у многих групп людей с отклоняющимся поведением.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций.

### 1.2. Тревожность у детей с ЗПР

На фоне изучения детей, которые испытывают трудности в социальном, ителлектуальном, межличностом развитиии выделяются группы детей, у которых причины личностных и ителлектуальных проблем вызываются депривационными условиями воспитания и развития.

Термин «депривация» сегодня широко используется в психологии, дефектологии и медицине. В обиходной речи термин означает лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей. К факторам, влияющим на возникновение ряда психологических проблем у детей относятся лишения и потери.

Лишение — отсутствие необходимых средств для достижения цели или удовлетворение потребностей. Различают внешние и внутренние лишения. Мир маленького ребенка- это мама, папа, то есть близкий человек, который удовлетворяет все его биологические и психологические потребности. Только через общение и отношение со взрослым ребенок приобретает свои собственный, субъективный мир. Нежность, чуткость, заботливость матери рождают в младенце чувство базового доверия к миру, которое становится основой дальнейшего развития. Отсутствие этих необходимых для младенца отношений порождает чувство недоверия, которое накладывает отпечаток на следующие этапы развития.

В последнее время в американской и европейской психологии появляется все больше исследований, в которых показываются и доказывается решающее влияние привязанности ребенка к матери, возникающее в раннем детстве на самые разные аспекты его дальнейшей жизни: успехи в школе, решение социальных и познавательных проблем, отношения с ровесникам, успешность адаптации к социальной среде и прочее.

К социальным факторам формирования депривации относятся социально - стрессовые условия (жесткая атмосфера в семье, негармоничная семья, утрата близкого человека, резкое снижение материального состояния в семье).

Психические факторы формирования депривации – это условия микросоциальной среды, тип воспитания, хронические психогении, школьные проблемы с проявлением школьной дезаптации.

Таким образом, дети лишенные нормального родительского внимания и заботы, как правило, имеют массу проблем, которые и формируют депривационное развитие.

В. Брутман, В. Каган, Г.Скобло рассматривали следующие варианты депривации: 1)Эмоционально-социальная депривация – результат недостатка общения, эмоционального тепла, социальной изолированности. 2)Материнская и семейная депривация – недостаток материнского тепла и эмоционального резонанса в общении с ребенком, отсутствие семьи при живых родителях (социальное сиротство), длительный отрыв от семьи.

Дети, пережившие депривацию в раннем возрасте, приспосабливаются к жизни в особых условиях , так как у них интенсивно формируются некоторые принципиально иные механизмы, которые заменяют ему личность.Несоответствие этих механизмов социальным нормам, предъявляемые реальным обществом, часто приводят к отклонениям в поведении детей.

Таким образом, неудовлетворение потребностей детей, которое происходит в результате отделения ребенка от необходимых источников их удовлетворения имеет пагубные последствия Симптоматика психической депривации может охватывать весь спектр возможных нарушений: от легких странностей, не выходящих за рамки нормальной эмоциальной картины, до очень грубых поражений развития интеллекта и личности.

Необходимо отметить, что при инертности внешних воздействий, их отсутствии или недостаточности (качественной или количественной) наблюдается искажение и торможение психогонеза в разных вариантах, влекущие за собой вторичные функциональные деформации на уровне мозга. Доказано, что на ранних этапах онтогенеза социальная депривация приводит к дистрофии мозга на нейронном уровне. Причем, в первой половине первого года жизни (по сравнению с благополучными детьми) имеет место когнитивное отставание, а во второй на первый план выступает искажение и недоразвитие аффективных систем.

Итак, задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, близнецовостью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями. Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. Прежде всего, это ранняя социальная депривация и влияние длительных психотравмирующих ситуаций.

В клиническом аспекте, понятие «задержка психического развития» употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы - органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

Большинство экспериментально-психологических исследований детей с задержкой психического развития направлены в большей степени на рассмотрение особенностей их познавательной деятельности, тогда как данные об особенностях эмоциональной сферы данной категории детей вообще, и о специфики проявления у них тревожности, в частности, в литературе немногочисленны.

Так как тревожность многие исследователи относят к эмоциональным явлениям, следует рассмотреть особенности эмоциональной сферы детей с ЗПР.

При [задержке психического развития конституционального генеза](http://www.superinf.ru/) эмоциональная сфера детей во многом напоминает нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста, хотя при этом отмечается качественное своеобразие эмоциональных черт личности: преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровые интересы, повышенный фон настроения, непосредственность, поверхностность, нестойкость переживаний, внушаемость, недостаточная самостоятельность. Эти особенности эмоциональной сферы в условиях школьного обучения затрудняют социальную адаптацию, и, как указывает ряд исследователей (Т.Е. Сухарева, 1974; В.В. Ковалев, 1979; К.С. Лебединская, 1980), неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу. Исходя из вышеперечисленных особенностей, можно предположить, что [дети с ЗПР](http://www.superinf.ru/) конституционального генеза не склонны к проявлению тревожности, или, точнее говоря, у данной группы детей нет обусловленных структурой дефекта предпосылок для формирования тревожности как личностного качества.

При соматической задержке, обусловленной длительной астенией, возникшей вследствие хронических заболеваний или пороков развития, тормозится развитие активных форм деятельности и появляется целый ряд невротических наслоений: робость, боязливость, капризность, неуверенность в своих силах, а эти личностные особенности могут способствовать становлению тревожности.

При психогенной задержке раннее возникновение и длительное воздействие психотравмирующего фактора вызывает стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обусловливает патологическое развитие личности. В условиях безнадзорности она может начать формироваться по неустойчивому типу: неумение тормозить свои желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности; жестокость, либо грубая авторитарность обусловливает невротическое формирование личности, которое проявляется в отсутствии самостоятельности, робости, боязливости, а, следовательно, и тревожности.

При ЗПР церебрально-органического генеза механизм недоразвития связан, прежде всего, с поражением нервной системы, дефицитарностью корковых систем, незрелостью регуляторных функций. Для этого вида инфантилизма характерно отсутствие типичной для здорового ребенка живости и яркости эмоций, наблюдается слабая заинтересованность в оценке. При исследовании клинико-психологической картины органического инфантилизма было отмечено, что дети чаще всего испытывают и нарушения настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, которые могут маскироваться под детскую непосредственность и жизнерадостность. Для детей с пониженным фоном настроения характерна склонность к робости, боязливости, наличие страхов, что может послужить базой для формирования личностной тревожности.

Большинство исследователей, занимающихся проблемами детей с ЗПР, отмечает, что адекватность условий обучения и воспитания - один из наиболее важных социальных факторов, влияющих на адаптацию детей данной категории. По данным И.Ф. Марковская (1993), в жизни детей с задержанным темпом развития взрослый играет ведущую роль. Люди, окружающие этих детей и дающие им эмоциональную поддержку, принимаются ими полностью и безоговорочно как значимые. Открытое непосредственное одобрение и поддержка снимают тревожность, уменьшают страхи ребенка, укрепляют в нем чувство безопасности и уверенность в себе.

Е.Г. Дзугкоева (1999) отмечает, что организованные коррекционно-психологические условия обучения и воспитания, комфортная эмоциональная среда способствуют развитию у детей с ЗПР навыков общения, умений строить отношения в коллективе, снижают тревожность, что приводит к повышению школьной и социальной адаптации и коррекции личности в целом.

Обратившись к конкретным, непосредственно связанным с проблемой тревожности исследованиям в специальной психологии, можно отметить работу Л.Н. Костиной (1992), которая изучала особенности эмоциональной сферы в учебном процессе детей младшего школьного возраста с нормальным и задержанным психическим развитием. По результатам исследования ею был сделан вывод, что дети с ЗПР проявляют большую тревожность по отношению к школе и учению, чем их нормально развивающиеся сверстники. Данный исследователь полагает, что дети с ЗПР, обладая неустойчивой эмоциональной сферой, менее развитыми компенсаторными и психозащитными возможностями по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками, меньше защищены от воздействия неприятных ситуаций, в результате чего появляются страх, боязнь, тревожность.

Д.Н. Исаев и П.Г. Елисеев (1999) указывают, что тревожность у старших дошкольников с ЗПР является в значительной степени ситуативной и не обладает сформировавшимся, выраженным «личностным ядром». Кроме того, по их мнению, в какой-то степени низкие коэффициенты использованных методик можно объяснить известной дефектностью интеллектуальной сферы, в силу которой нервно-психические проблемы недостаточно осознаются детьми с ЗПР, а поэтому не выявляются при психодиагностических обследованиях.

Согласно данным И.Ю. Кулагиной (1987), изучавшей эмоциональные реакции старших дошкольников и младших школьников с ЗПР в оценочной ситуации, ситуативная тревожность, сопровождающаяся понижением результативности деятельности, была наиболее характерна для девочек. Мальчиков было значительно больше, чем девочек среди тех, у кого тревожность не появилась или приводила к повышению продуктивности деятельности. По мнению исследователя, низкая самооценка крайне редко фиксируется в дошкольном учреждении и специальной школе. В целом между ситуативной тревожностью и характером самооценки старших дошкольников с ЗПР не обнаружено четкой корреляции. Как известно, мотив избегания неудачи продуцирует эмоциональное состояние тревожности в противоположность мотиву достижения успеха, не вызывающего тревожности. Далее, в начальных классах специальной школы для детей с ЗПР, согласно точке зрения исследователя, доминируют в основном мотив достижения успеха и учебные интересы.

М.Ч. Расщевской (1986) было осуществлено исследование структуры базальных эмоций детей с разным уровнем интеллектуального развития 6, 8 и 10 лет, которое показало, что у детей с ЗПР наблюдается недостаточность положительных переживаний, они менее жизнерадостны. У них чаще проявляются эмоции страха и гнева. По сравнению с нормально развивающимися детьми, дети с ЗПР являются более пугливыми, так как у них менее развита сила процессов возбуждения и подвижность нервных процессов, от которых зависит выносливость и быстрота реакции в тревожных ситуациях. По параметру «страх» оценки детей с ЗПР были ближе к оценкам нормально развивающихся детей, а по параметру «радость» дети с ЗПР находятся ближе к олигофренам. Авторы делают вывод: несмотря на то, что дети с ЗПР не отличаются особой боязливостью, все-таки они менее часто испытывают состояние эмоционального благополучия.

Е.Л. Винникова и Е.С. Слепович (1999) говорят о том, что детей с ЗПР беспокоит и негативное отношение к себе со стороны учителей, и их особое положение в школе. У них обнаруживается переживание безысходности своего положения, отсутствия позитивных перспектив, появляется установка на аддиктивные формы поведения как способ ухода от переживания своей неполноценности. Исследователи отмечает, что детей с ЗПР тяжело переживают низкое их принятие ближайшим окружением, что приводит к внутриличностному конфликту в процессе самовосприятия, к негативным установкам по отношению к себе. А данные личностные особенности детей с ЗПР будут сопровождаться повышенной личностной тревожностью.

Л.В. Кузнецова и Б.И. Айзенберг (1990) указывают, что у детей с ЗПР, продолжающих обучение в специальной школе-интернате, т.е. у тех, кто в силу разных причин не перешел после начальных классов в массовую общеобразовательную школу, рост личностного самосознания может вызвать новый всплеск социальной дезадаптировапности: в начале обучения в V классе у детей с ЗПР наблюдается крайне неблагоприятное сочетание черт неустойчивости психических процессов с высокой тревожностью и агрессивностью.

Г.В. Грибанова (1986) проводила сравнительное исследование личностных особенностей подростков 13-16 лет с ЗПР, обучающихся в специальной и массовой школах. Автор исследования указывает, что обследование подростков с ЗПР, обучающихся в массовой школе, показало существенное отличие этой группы как от нормы, так и от учащихся специальной школы для детей с ЗПР. В усредненном профиле структуры личности подростков, полученном при помощи методики MMPI, тревожность занимает далеко не последнее место: у подростков с ЗПР, обучающихся в массовой школе - пятое, в специальной - третье (всего осуществлялась оценка по 12 позициям). Исследователь объясняет высокий показатель тревожности подростков из специальной школы более выраженной тенденцией к пониженной самооценке, более развитым самоанализом.

В результате экспериментального исследования Б.Н. Никишина (1999) выявила большую склонность к формированию тревожной акцентуации характера у подростков с ЗПР, обучающихся в классах коррекционно-развивающего обучения общеобразовательной школы, по сравнению с нормально развивающимися и умственно отсталыми сверстниками. По мнению исследователя, подобная тенденция может быть обусловлена спецификой формирования личности детей с ЗПР, в частности характерной для них нестабильностью эмоционально-волевой сферы и некоторым негативным влиянием социальных факторов, складывающихся на фоне низких учебных возможностей.

Таким образом, на основе приведенного анализа, можно констатировать, что отдельные исследователи в рамках специальной психологии, рассматривая проблему тревожности у детей с ЗПР, чаще всего указывают на повышенную тревожность данной категории детей. Кроме того, выявлено, что у детей с задержкой психического развития конституционального генеза нет обусловленных структурой дефекта предпосылок для формирования тревожности как личностного качества. При соматической задержке, психогенной задержке и ЗПР церебрально-органического генеза существуют личностные особенности, которые могут послужить базой для формирования тревожности.

### 1.3.Возможности сказкотерапии в коррекции тревожности у детей

Эффективной формой символического отреагирования в детс­ком возрасте является сказка, на терапевтическое значение ко­торой указывал ряд исследователей.

Сказкотерапия - это процесс образования связи между ска­зочными событиями и поведением в реальной жизни, это про­цесс переноса сказочных смыслов в реальность.

Психокоррекционные сказки создаются для мягкого влияния на поведение ребенка. Под коррекцией здесь понимается «за­мещение» неэффективного стиля поведения на более продуктив­ный, а также объяснение ребенку смысла происходящего. При­менение психокоррекционных сказок ограничено по возрасту (примерно до 11-13 лет) и проблематике (неадекватное, неэф­фективное поведение).

Одно из объяснений возможности сказки в коррекции тревожности ребенка заключается в том, что смысл сказки воспринимается сразу на двух уровнях, сознательном и подсознательном. Сознание ребенка принимает буквальное содержание сказки как вымышленное: ребенок сочувствует сказочному герою, отождествляет себя с ним и даже, когда узнает свою проблему, он все равно думает, это не про меня, это понарошку. Подсознание же «верит» услышанному и задает нужную программу изменений в поведении, переструктурировании ценностей, взглядов и позиций.

Сознательная и бессознательная психика — этометафорическое обозначение функций левого и правого полушарий мозга. Левое полушарие мозга или то, что мы называем сознательной психикой, отвечает за язык, логику и т. д. Правое полушарие мозга не имеет присущего ему языка в лингвистическом смысле. Его функции — это использование сигналов, приходящих от органов чувств, например зрительные образы, и оно оказывает значительное влияние на поведение человека. Метафорически мы называем его бессознательной частью психики. Известно, что примерно до 10-12лету детей преобладает «правополушарный» тип мышления. Следовательно, наиболее важная для их развития и социализации информация должна быть передана с помощью ярких образов, метафор и сказок.

Для того чтобы сказка или история обрела силу и оказала помощь в коррекции тревожности ребенка, необходимо придерживаться определенных правил ее создания:

1. Сказка должна быть в чем-то идентичной проблеме ребенка, но ни в коем случае не иметь с ней прямого сходства. Она должна соприкасаться с проблемой ребенка, как бы по касательной.

2. Сказка должна предлагать замещающий опыт, услышав который и проведя его сквозь фильтры своих проблем ребенок смог бы «увидеть» возможности нового выбора. Если ребенок не в состоянии сделать выбор самостоятельно, родители (или психолог) предлагают ему свои варианты решения сходных проблем.

3. Сказочный сюжет должен разворачиваться в определенной последовательности (Таблица 1).

Таблица 1. Последовательность сказочного сюжета сказки, предназначенной для коррекции тревожности ребенка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Жили-были | Статус-кво, начало сказки, встреча с ее героями (узнаваемыми и понятными ребенку персонажами). Психологи рекомендуют для детей 3-4 лет делать главными героями сказок игрушки, маленьких человечков и животных; начиная с 5 лет — фей, волшебников, принцесс, принцев, солдатов и пр. Примерно с 5-6 лет ребенок предпочитает волшебные сказки. В подростковом возрасте могут быть интересны сказки-притчи и бытовые сказки |
| 2 | И вдруг однажды… | Герой сталкивается с какой-то проблемой, конфликтом (дискомфортом, вызовом), совпадающим по характеру с проблемой ребенка |
| 3 | Из-за этого… | Сказка меняет направление, чтобы показать, в чем состоит решение проблемы и как это делают герои сказки |
| 4 | Кульминация | Герои сказки справляются с трудностями |
| 5 | Развязка | Результат действий героев сказки: «-» — герой, совершивший плохой поступок, наказан; «+» — герой, который проходит через все испытания, проявляет свои лучшие качества, вознагражден. Развязка терапевтической сказки должна быть позитивной |
| 6 | Мораль сей сказки такова… | Герои сказки извлекают уроки из своих действий, их жизнь радикально изменяется |

Источником, откуда можно черпать материал для терапевтических сказок, могут быть знакомые сказочные мотивы, притчи, воображение ребенка, случаи из жизни родителей или практики психолога и специально придуманные темы.

Наряду с использованием известных сказочных образов и сю­жетов в качестве основного приема используется совместное с ребенком создание индивидуальной сказки, символически отра­жающей проблематику ребенка, характер которой выявляется в ходе предварительной диагностики. Такая индивидуальная сказ­ка предварительно разрабатывается психологом, и сюжет ее в последовательном развитии отражает основные аспекты внутрен­него конфликта ребенка. Важно, однако, что психолог создает лишь предварительный «эскиз» сказки; содержание варьируется по ходу работы в зависимости от того, какой способ построения сюжета и какой способ разрешения проблемных ситуаций предложит ребе­нок, выступающий как центральная фигура процесса. Вместе с тем задача психолога - провести ребенка в символической форме через ситуации, отражающие реальные детские проблемы.

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева пишет о том, что создавая психокоррекционную сказку, важно знать скрытую причину неконструктивного поведения. При выраженной тревоге и страхе ребенка герои коррекционной сказки оказывают главному герою поддержку и предлагают способы преодоления страха.

В целом схема работы с тревожными детьми посредством сказкотерапии, по предложению Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой, такова:

1. Предварительное сочинение сказки взрослым (ребенку о ней не сообщается). Это должна быть сказка, следующая класси­ческим канонам, с завязкой, кульминацией и развязкой; продол­жительность ее зависит от характера проблем ребенка. Возмож­но - и чаще всего так и делается - предварительное разбиение сказки на фрагменты, каждый из которых отрабатывается на отдельном занятии.
2. Ребенку предлагается завязка сказки, в которой обозначаются основные участвующие в ней персонажи и исходный конфликт. Ре­бенок должен сам предложить продолжение, ввести, если считает нужным, новых персонажей и т.п. Следует иметь в виду, что дети этого возраста еще не умеют сочинять длинные связные истории, и здесь необходима бывает «наводящая» роль взрослого.
3. Ребенок рисует исходную ситуацию, причем время рисова­ния не ограничивается - это своеобразное освоение «простран­ства» дальнейшей работы.
4. После рисунка осуществляется драматизация. Ребенок вы­бирает себе и взрослому роль, совместно с ним организуется обстановка, обозначается «география» действия и т.д. В качестве вспомогательных средств используется мебель, одежда, игрушки и т.п. Важно иметь в виду, что по ходу драматизации ребенок может изменить сюжет, им же предложенный, в частности, возможны попытки избегания в проигрывании критических ситу­аций. Настаивать на жестком следовании сюжету не следует, однако, если ребенок старается избежать тех моментов, кото­рые принципиальны с точки зрения отреагирования конфликта, взрослый должен через некоторое время вновь вернуться к ним - в несколько иной форме, введя дополнительную мотивацию поступков героя или предложив новые условия.
5. После отреагирования фрагмента ребенок рисует кульмина­ционный и итоговый моменты сказочного сюжета и намечает дальнейшие события, которые реализуются в зависимости от затраченного времени либо на этом же занятии, либо на следую­щем. В среднем на занятие уходит около часа; важно, чтобы каж­дое завершалось так, чтобы у ребенка не оставалось чувства неудовлетворенности.

На протяжении цикла занятия чрезвычайно важно, чтобы роль ведущего, инициатора событий постепенно переходила от взрос­лого к ребенку; переход к самостоятельному развитию сюжета, фрагментов его построения выступает как один из показателей эффективности работы - ребенок обретает возможность творчески отреагировать собственные проблемы, а не быть их пленником.

Р.М. Ткач описыает особенности рассказывания сказок, призванных скоррегировать тревожность ребенка. Успех терапевтического воздействия сказок и историй во многом зависит от эффективной организации процесса рассказывания. К основным правилам их изложения можно отнести:

* Создание для ребенка «зоны безопасности». В сюжете сказки могут сочетаться реальные и вымышленные события, персонажами могут быть лица, взятые из жизни, и герои любимых книг, мультфильмов, а также придуманные вами несуществующие животные, говорящие предметы и другие фантастические объекты. Такое соседство помогает ребенку сохранять ощущение, что это понарошку. Находясь в «зоне безопасности», ребенок не чувствует себя виноватым, не испытывает страха или смущения. Он просто слушает сказку, узнает что-то новое, что-то сопоставляет, сравнивает без всяких неприятных психологических последствий. А это означает, что ребенок может поразмышлять над услышанным в психологически комфортной обстановке.
* 2. Сказку (историю) следует рассказывать непреднамеренно, будто бы случайно. В ходе психологической консультации в виде отступления от беседы (перед началом консультации или после ее окончания, а также во время случайного перерыва), когда защиты ребенка естественным образом ослабевают, вы и пускаетесь в болтовню. В эти моменты ребенок в полном смысле открыт — и сознательно, и бессознательно — для того, что вы хотите ему сказать.
* Для сказки должно быть какое-то разумное основание. Можно начинать сказку словами: «У одной моей знакомой девочки на подоконнике стоял точно такой же цветок...», «У меня есть знакомый сказочник, который придумал продолжение сказки (например, «Кот в сапогах»)...» или «Сегодня утром я видела по телевизору передачу...». Затем рассказывается история или содержание передачи, которую вы якобы смотрели утром. Если сказка рассказана доверительно, непринужденно и для нее имелись разумные основания, ребенок будет слушать внимательно.
* Не следует анализировать и обсуждать терапевтическую сказку сразу после ее окончания. Необходимо дать ребенку время погрузиться в метафорический мир и отождествить себя с персонажами и событиями придуманного мира. Позже, например на следующей встрече, можно обсудить, нарисовать и продолжить сказку.

Важно не перегружать ребенка терапевтическими сказками и историями, чтобы он не утратил к ним чувствительность. Кроме того, как подчеркивает Л.А Нисневич, дети с «особыми нуждами» (к числу которых относятся дети с задержкой психического развития) - это достаточно сложный, своеобразный контингент. Их отличает ряд особенностей, главная из которых заключается в том, что результаты их обучения воспитания, и коррекции психологи и педагоги ждут достаточно долго, дети не дают «обратной связи», как их нормально развивающиеся сверстники.

Есть ряд методических особенностей сказкотерапии тревожности детей с ЗПР. Авторы подчеркивают, что от первого знакомства «особых» детей со сказкой зависит их дальнейшее эмоциональное отношение к ней. Вот почему необходимо пра­вильно, осторожно подойти к первому занятию, на котором психолог откроет для ребенка мир сказки.

В процесс работы со сказкой необходимо включить вторичное рассказывание сказки. Цель данного этапа - обратить внимание ребенка с задержкой психического развития на персонажей сказки, и последовательность появления каждого. После данного этапа возможно включить этап анализа, на котором психолог задаст ребенку вопросы по содержанию сказки, выяснит отношение ребенка к каждому персонажу.

Могут быть использованы этапы «стимулирование детских «подсказок» (повторное рассказывание сказки психологом), - здесь предполагается, что ребенок знаком с содержанием сказки, поэтому, рассказывая сказку вновь, педагог стимулирует и поощряет помощь ребенка, а также совместного рассказывания сказки: педагог и ребенок. Можно использовать фланеллеграф с плоскостными изображениями персонажей, настольный театр, кукольный театр.

О.И. Логинова отмечает, что все этапы работы над сказкой психолог «про­ходит» сначала только на индивидуальных занятиях, а затем на подгрупповых. Опыт показывает, что данная последовательность знакомства со сказкой наиболее эффективна в работе с детьми с задержкой психического развития. Ибо она включает большую подготовительную работу перед первичным знакомством со сказкой, что позволяет ребенку сформировать определенный круг представлений о персонажах сказки. А это, в свою очередь, играет существенную роль в процессе усвоения им содержания сказки и причинно-следственных связей, актуализированных в ней.

По мнению ряда авторов: Савченко С.Ф., Ивановской О.Г., Барабохиной В. А. и др., от психолога требуется выполнение следующих условий:

* При чтении или рассказывании должны передаваться подлинные эмоции и чувства;
* Во время чтения или рассказывания следует расположиться перед ребенком так, чтобы он мог видеть лицо психолога и наблюдать за жестами, мимикой, выражением его глаз, обмениваться с ним взглядами;
* Нельзя допускать затянувшихся пауз.

Таким образом, на основании работ сказкотерапевтов Вачкова И.В., Зинкевич-Евстигнеевой Т. Д., Ефимкина Р. П., Сакович Н.А., Ткач Р.М. и др., рассмотрено терапевтическое значение сказки в коррекции тревожности детей с задержкой психического развития.