**Проявление тревожности в подростковом**

**возрасте в норме и при патологии**

# Содержание.

Введение.

Глава 1

Теоретические основы проблемы тревожности.

§1 Проблема тревожности в зарубежной и отечественной психологии.

§2 Тревожность – как нарушение эмоциональной сферы подростка.

§3 Причины и механизмы проявления тревожности при отклонениях в развитии.

§3.1 Характеристика эмоциональной сферы подростков с ЗПР.

§3.2 Характеристика эмоциональной сферы подростков с нарушением темпа, ритма и плавности речи (заикание).

§4 Методологические основы коррекции и профилактики тревожности в подростковом возрасте.

Глава 2

Специфика проявления тревожности у подростков с ЗПР, заиканием и нормально развивающихся.

§2.1 Методы и методики исследования. Характеристика состава испытуемых.

§2.2 Анализ результатов исследования.

§3 Психолого-педагогические рекомендации для детей с заиканием.

Заключение.

Список литературы.

Приложения.

# *Введение.*

Необходимость активизации интеллектуальных ресурсов нашего общества является одним из важнейших условий преодоления переживаемого в настоящее время кризиса. В частности, оно предполагает решение проблемы развития социального интеллекта, под которым подразумевается устойчивая способность человека понимать других людей и самого себя, свои взаимоотношения с окружающими, а также прогнозировать межличностные отношения.

Современное научное знание демонстрирует возрастающий интерес к проблеме тревожности личности. Этот интерес отражается в научных исследованиях, где данная проблема занимает центральное положение и анализируется в психологическом и во многих других аспектах.

Становление эмоционально – волевой сферы, с которой тесно связано формирование личности – сложный и длительный процесс, характеризующий психическое развитие. Оно протекает под непосредственным воздействием со стороны окружающих, в первую очередь взрослых, воспитывающих ребенка. Без знания особенностей эмоциональной сферы детей, трудно верно реагировать на их поступки, выбирать соответствующие порицание или поощрение, целенаправленно руководить воспитанием.

Тревожность – очень широко распространенный психологический феномен нашего времени. Она является частым симптомом неврозов и функционального психоза, а также входит в сондромологию других заболеваний или является пусковым механизмом расстройства эмоциональной сферы личности. Значение тревоги как социально - обусловленного фактора было отмечено на одном из первых, ежегодных симпозиумов, проводящихся Американской ассоциацией психологов и психопатологов. (В. В. Суворова, 15)

Это послужило основанием для выбора темы исследования и его проведения.

Цель исследования: изучение эмоциональной тревожности в подростковом возрасте в норме и при патологии.

Предмет исследования: проявление тревожности в подростковом возрасте.

Объект исследования: особенности проявления тревожности в подростковом возрасте в норме и при патологии.

Основная гипотеза исследования: предполагается, что тревожность у подростков в норме и патологии имеет качественное и количественное своеобразие.

Частные гипотезы:

1. Вероятнее всего, что у детей с ЗПР, тревожность ниже, чем у детей в норме.
2. У детей темпа, ритма, плавности речи, тревожность выше, чем у детей в норме.

Опираясь на выдвинутые цель и гипотезы исследования, были сформулированы следующие задачи:

1. Анализ литературы по проблеме;
2. Выбор общей концепции исследования;
3. Проведение эмпирического исследования с целью проверки гипотезы;
4. Проведение сравнительно – сопоставительного анализа проявления тревожности у 3 групп испытуемых;

Методологической основой исследования служат: концепция К. Гуарда (теория дифференциации эмоций); психоаналитические теории (З. Фрейда, К. Хорни); теория Ч. Д. Спилбергера; концепции отечественных психологов (Захаров, И. В, Дубровина, В. Р. Кисловская, Л. И. Божовия, К. С. Лебединская, В.В. Суворова, А. М. Прихожан, Н. Д. Левитов, Давыдов).

Методы исследования нами были выбраны следующие: сравнительный, организационный, стандартизированный.

В качестве методик исследования выступили:

1. Тест школьной тревожности Филлипса;
2. Тест на самооценку (Ч. Д. Спилбергера и Ю.Л. Хашена)

В выборочную совокупность вошли всего 54 человека (подростки 11 – 16 лет). 11 подростков - с нарушением речи (нарушение темпа, ритма и правильности речи), 18 - нормальных, 18 - с ЗПР.

База проведения исследования: школа №65, школа №72, школа речевая №72.

Практическая значимость: в плане проведения сравнительного анализа состояния тревожности у детей в норме и при патологии.

Структура работы: работа состоит из введения, 2 глав, психолого-педагогических рекомендаций, списка литературы, заключения, приложения, 9таблиц, 3 гистограмм.

# Глава 1

# Теоретические основы проблемы тревожности.

# §1 *Проблема тревожности в зарубежной и отечественной психологии.*

Эмоции и чувства представляют собой отражение реальной действительности в форме переживаний. По классификации предложенной К. Изардом (14), в его «теории дифференциации эмоций», выделяются эмоции фундаментальные и производные. К фундаментальным относятся:

* интерес – волнение;
* радость;
* горе – страдание;
* удивление;
* гнев;
* отвращение;
* презрение;
* страх;
* стыд;
* вина;

Остальные производные. Из соединения фундаментальных эмоций возникает комплексное, эмоциональное состояние, как тревожность, которая может сочетать в себе и страх, и гнев, и вину, и интерес – возбуждение. Так что – же такое тревожность? Разные авторы дают разные определения этому эмоциональному состоянию. Словарь практического психолога определяет тревожность, как склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги: один из основных параметров индивидуальных реакций.

В. В. Суворова (28), в своей книге «Психофизиология стресса» определяет тревожность, как психическое состояние внутреннего беспокойства, неуравновешенности и в отличие от страха может быть беспредметной и зависеть от чисто субъективных факторов, приобретающих значение в контексте индивидуального опыта. И относит тревожность к отрицательному комплексу эмоций, в которых доминирует физиологический аспект.

А. М. Прихожан (22), определяет тревожность, как устойчивое личностное образование, сохраняющегося на протяжении достаточно длительного периода времени. Она имеет свою

побудительную силу, отмечает А. М. Прихожан (22), и константные формы реализации поведение с преобладанием в последних компенсаторных и защитных проявлениях.

Как и любое комплексное психологическое образование, тревожность характеризуется сложным строением, включающим когнитивный, эмоциональный, и операционный аспекты, при доминировании эмоционального.

 Нужно заметить, что тревожность может возникнуть уже в новорожденном состоянии или точнее сказать, одна из составляющих тревожности – страх.

«Страх – это эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности» (Словарь практического психолога,26).

В целом, тревожность – это субъективное проявление неблагополучия личности, ее дезадаптации. Тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грядущей опасности, является выражением неудовлетворения значимых потребностей человека, актуальность при ситуативном переживании тревоги и устойчиво доминирующих по гипертрофированному телу при постоянной тревожности.

Следовательно, тревожность – это черта личности, готовность к страху. Это состояние целесообразного подготовленного повышения внимания сенсорного и моторного напряжения в ситуации возможной опасности, обеспечивающее соответствующую реакцию на страх.

Так как, страх – самая главная составляющая тревожности, она имеет свои особенности. Функционально страх служит предупреждением о предстоящей опасности, позволяет сосредоточить внимание на ее источнике, побуждает искать пути ее избежания. В случае, когда он достигает силы аффекта, он способен навязать стереотипы поведения – бегство, оцепенения, защитную агрессию. Если источник опасности не определен или неопознан, в этом случае, возникающее состояние называется тревогой. Тревога – это эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий.

Л. И. Божович (5), определила тревогу, как осознаваемую, имевшую место в прошлом опыте, интенсивную болезнь или предвиденье болезни.

В отличие от Л. И. Божович, Н. Д. Левитов (18), дает следующее определение: «Тревога – это психическое состояние, которое вызывается возможными или вероятными неприятностями,

неожиданностью, изменениями в привычной обстановке, деятельности, задержкой приятного, желательного, и выражается в специфических переживаниях (опасения, волнения, нарушения покоя и др.) и реакциях» (В. В. Суворова, 28).

Психодинамический подход рассматривает тревожность следующим образом. Согласно З. Фрейду: «страх – это состояние аффекта, т.е. объединение определенных ощущений ряда «удовольствие – неудовольствие с соответствующими иннервациями разрядки напряжения и их восприятия, а также, вероятно и отражение определенного значимого события» (З. Фрейд, 30). Страх возникает из либидо, согласно З. Фрейду, и служит самосохранению, является сигналом новой, обычно внешней опасности.

З. Фрейд выделил 3 типа тревоги: реалистическую, невротическую и моральную. Он полагал. Что тревога играет роль сигнала, предупреждающего «Эго» о надвигающейся опасности, исходящей от интенсивных импульсов. В ответ «Эго» использует ряд защитных механизмов, включая: вытеснение, проекцию, замещение, рационализацию и др. Защитные механизмы действуют несознательно и искажают восприятие реальности индивидом.

Представительница того – же направления, К. Хорни, утверждает, решающим фактором в развитии личности являются социальные отношения между ребенком и взрослым. В социальной теории личности К. Хорни выделяет две потребности, которые характерны для детства: потребность в удовольствии (в этом она согласна с З. Фрейдом) и потребность в безопасности, которую она считает главной потребностью, мотив которой быть мобильным, желанным и защищенным от опасности или враждебного мира. И в этом ребенок полностью зависит от своих родителей. Возможны 2 пути развития такой личности: если родители обеспечивают эту потребность, результат которой здоровая личность и второй путь, если защиты нет, то формирование личности идет патологическим путем. Однако основным результатом подобного дурного обращения со стороны родителей является развитие у ребенка установки базальной враждебности. Ребенок, с одной стороны, зависит от родителей, а с другой, испытывает по отношению к ним чувство обиды, негодования, что естественно приводит к защитным механизмам. В результате поведение ребенка, не ощущающего безопасность в родительской семье, направляется чувствами безопасности, страха, любви и вины, выполняющими роль психологической защиты, цель которой подавление враждебных чувств по отношению к родителю, чтобы выжить, все это ведет к базальной тревоге.

Что же такое базальная тревога? А, это «интенсивное и всепроникающее ощущение отсутствия безопасности – является одной из основополагающих ощущений К. Хорни» (Л. Хьелл, Д. Зиглер, 31).

Согласно К. Хорни, чтобы преодолеть базальную тревогу, ребенок вынужден прибегать к защитным стратегиям, которые К. Хорни, назвала «невротическими потребностями». Всего выделила 10 таких стратегий. Все эти стратегии она подразделила на 3 основных категории: ориентация на людей, от людей и против людей. Иначе говоря, каждая из этих категорий направлена на снижение тревоги.

Согласно, Ч. Д. Спилбергеру, различают тревогу - как состояние и тревожность – как свойство личности. Концепция Ч. Д. Спилбергера находится под влиянием психоанализа, переоценивая влияние родителей в детстве на возникновение тревожности, недооценивая роль социального фактора. Различия в оценке, равных практических ситуаций у людей с разной тревожностью, приписывают, прежде всего, влиянию опыта и детства и отношением родителей к ребенку.

Сходную точку зрения имеет функциональный подход в изучении состояния тревоги. В. М. Астапов (1), утверждает, что для развития общей теории тревоги, как приходящего состояния и личностного свойства, необходимо выделить и проанализировать функции тревоги.

Функциональный подход позволяет рассматривать состояние тревоги, не только как ряд реакций, характеризующих состояние, но и как субъективный фактор, влияющий на динамику протекания деятельности.

Вопрос о психологических функциях часто затрагивает обсуждение таких традиционных проблем, как генетические корни тревоги, условия и ситуации ее возникновения, влияние тревоги на деятельность и др. Исходно функциональная характеристика тревоги выделяется в большинстве направлений интерпретации этого состояния. Речь идет, по мнению В. М. Астапова (1), об утверждении, что состояние тревоги предвосхищает тот или иной вид опасности, предсказывает нечто неприятное, угрожающее и сигнализирует индивиду об этом. З. Фрейд, усматривает в характере предвосхищаемой опасности признак для дифференциации страха, вызываемого конкретной угрозой и тревоги, как реакции на предоставленную угрозу. Поэтому, тревогу иногда определяют, как инерализированный, неопределенный, беспредметный страх или как состояние, вызываемое не наличием опасности, а отсутствием возможности ее избежать, в том случае, если она вдруг появиться. Действие тревоги часто распространяется далеко за рамки реальной ситуации, перенося субъекта, как в будущее, так и в прошлое время. Исход из этого можно увидеть существование особой, частично неадекватной тенденции во влиянии тревоги, навязывающей субъекту «свое» видение ситуации. Форма реализации функции поиска и обнаружения может появиться в этом случае в виде так называемой «надситуативной активности». Субъект по собственной инициативе выходит за рамки предложенного ему задания, сам организует процесс постановки новых целей и способов их достижения, нередко вступая в противоречия с ведущими целями и мотивами осуществляемой деятельности. Отвлечения внимания на поиск угрозы может влиять на характер деятельности. Именно активно – поисковая направленность тревоги, как говорит В. М. Астахов, характеризуется с содержательной стороны, фиксацией внимания на «стрессовых элементах» среды, а с динамической – длительностью и устойчивостью: может быть положено в основу «беспорядочного поведения» дезорганизирующего влияния тревоги на деятельность, которой известно как характеризуется ее особенность. Осуществляемое тревогой побуждение к поиску опасности имеет, по – видимому, непосредственное отношение и к патологическим нарушениям, при которых наблюдается постоянный поиск опасности и нахождение угрозы в других людях (бред ущерба), в собственном теле (ипохондрия), в результате собственных действий (психастения) и др. Активность появляется в поисковой деятельности навстречу угрожающему объекту, есть путь уменьшения тревоги – условного определения опасности.

К. Гольдштейн отличал, что свобода здорового индивида означает фактически то, что он может выбрать между альтернативами, добиться возможности для преодоления трудностей в новой окружающей среде.

Также В. М. Астапов (1), выделяет еще одну функцию тревоги, функция оценки склонившейся ситуации. При этом первостепенное значение имеет то, какой смысл ей придается. На эту особенность указывает Н. И. Наенко (19): «…психофизиологическая специфика состояния напряженности … зависит не от внешних воздействий, но от личностного смысла цели деятельности, оценки ситуации, в которой он находится». Традиционно выделяются три формы поведенческой реакции на опасную ситуацию: бегство, оцепенение, агрессия. Каждая из них по своему модифицирует направленность поведения субъекта: бегство – через устранение самой возможности столкновения с угрожающим объектом; агрессия – через уничтожение источника опасности; оцепенение – через полное свертывание какой – либо активности. Следует подчеркнуть, что отрицательно окрашенные переживания тревоги возникают тогда, когда индивид оценивает ситуацию как опасную и не располагает готовыми и достаточно надежными, на его взгляд, способами ее разрешения. Таким образом, на основании функционального подхода к изучению тревоги можно определить это состояние как результат сложного процесса, включающего количественные, аффективные и поведенческие реакции на уровне ценностей личности.

Тревожность имеет ярко выраженную специфику, обнаруживающуюся в ее источниках, содержании, формах проявления, компенсации и защиты. Для каждого возрастного периода существуют определенные области, объекты действительности, которые вызывают повышенную тревогу большинства детей вне зависимости от наличия реальной угрозы или тревожности как устойчивого образования.

Эти возрастные пики тревожности являются следствием наиболее значимых социальных потребностей.

В. Р. Кисловская, изучавшая с помощью проективных тестов возрастную динамику тревожности, обнаружила наибольшую тревожность у дошкольников в общении с воспитанниками детского сада и наименьшую тревожность с родителями. Младшие школьники наибольшую тревожность испытывают в отношениях с взрослыми людьми и наименьшую со сверстниками.

Подростки наиболее тревожны в отношениях с одноклассниками и родителями и наименее тревожны – с посторонними взрослыми и учителями. Старшие школьники обнаруживают самый высокий уровень тревоги во всех сферах общения, но особенно резко у них возрастает тревожность в общении с родителями и теми взрослыми, от которых они в какой – то степени зависят.

И. В. Дубровина (9), по данным ланштюдного исследования выявила, что у девятиклассников уровень тревожности резко снижается по сравнению с 7 – 8 классами, но в 10 классе снова повышается, за счет роста самооценочной тревожности. Рост самооценочной в 8 – 10 классах обуславливается по - видимому тем, что эти классы – выпускные.

У юношей выражены половые и индивидуальные различия в степени тревожности и в характере вызываемых факторов (успеваемость, положение среди сверстников, особенности самооценки, тревожность связанная с типом ВНД), чем у подростков. Это подтверждает теорию В. С. Мерлина об интегральной индивидуальности.

Рассмотренные теории тревожности и само определение понятий «тревога» и «тревожность», позволяет сделать вывод о том. Что эти состояния обнаруживают связь с историческим периодом жизни общества, что отражается в содержании страхов, характере возрастных пиков тревоги, частоте распределения и интенсивности переживания тревоги, значительном росте тревожности детей и подростков в нашей стране в последнее десятилетие.

Можно кратко разделить все теории на зарубежные (З. Фрейд, К. Хорни, К. Изард, Ч. Д. Спилбергер), которые рассматривают тревожность с точки зрения динамического подхода, делая упор на бессознательные импульсы которые не осознаются, и отечественные (В. В. Суворова, В. Н. Астапов, И. В. Дубровина, Л. И. Бонович, И. В. Имедадзе, Н. Д. Левитов, В. Р. Кисловская и др.), которые рассматривают тревожность с точки зрения ее функций Выделяя тревожность 2 типов: реактивную и личностную, что впрочем, совпадает с теорией Ч. Д. Спилбергера, который различает состояние тревоги и тревожность, как свойство личности. Тревожность в функциональном подходе рассматривается, как субъективный фактор, организующий деятельность личности в целом. Также теория К. Изарда, о том, что тревожность – это комплексное сплетение фундаментальных эмоций.

Несмотря на большое количество экспериментальных, эмпирических и теоретических исследований состояния тревоги, концептуальная разработка этого понятия в современной литературе до сих пор остается недостаточно разработанной. (Н. В. Имедадзе, 13).

# §2 Тревожность – как нарушение эмоциональной сферы подростка.

 ШКОЛА РЕБЕНОК ВНУТРЕННИЙ

 (эмоциональная КОНФЛИКТ

психотравмирующая сфера)

 ситуация

 дом дом агрессия аутизм

 улица семья

 тревожность страхи

схема №1. Возникновение эмоционального конфликта.

Подростковым принято считать период от 11 до 16 лет. Этот период обусловлен не только качественными навыками и полезным изменениями в организме подростка и в его окружении, но связан с возникновением специфических состояний, которые играют важную роль в период наибольшего развития, но и опасным звеном. Пубертатный период знаменуется бурным психофунологическим развитием и перестройкой социальной активности ребенка. Мощные сдвиги происходят во всех отраслях жизнедеятельности ребенка, делают этот возраст «переходным» от детства к взрослости.

Подростковый возраст богат переживаниями, трудностями и кризисами. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования; это пора достижений, стремительно наращивания знаний, умений; становление «Я», обретение новой социальной позиции. Вместе с тем, это потерь детского мироощущения, появление чувства тревожности и психологического дискомфорта.

Подростковый возраст часто называют периодом диспропорции в развитии. В этом возрасте увеличивается внимание к себе, к своим физическим особенностям; обостряется реакция на мнение окружающих, повышается чувство собственного достоинства и обидчивость. Физические недостатки часто преувеличиваются. Прежде всего, по сравнению с детским возрастом, возрастающее внимание к своему телу обусловлено не только физическими изменениями, но и новой социальной ролью подростка. Окружающие ожидают, что благодаря физический зрелости он уже должен справляться с определенными проблемами развития.

У подростков развивается тревога по поводу и нормы развития, это связано, прежде всего, с диспропорциями в развитии, с преждевременным развитием, и его задержкой.

Осознание соматических изменений и их включение в схему тело – одно из важнейших проблем периода полового созревания. Подростки отмечают также социальную реакцию на изменение их физического облика (одобрение, восхищение или отвращение, насмешку, презрение) и включают ее в представление о себе. Это формирует у подростка низкую самооценку, не уверенность в себе, скованность в общении и снижение чувства собственной значимости. К тому же сексуальное развитие очень тесно связано с формированием чувства достоинства и гордости, личностной идентичности.

Актуальным становиться, как отмечает Х. Ремшидт (25), в своей работе «Подростковый и юношеский возраст», сравнение себя со сверстниками, поскольку диапазон нормальной изменчивости остается неизвестным, продолжает Х. Ремшидт, это может вызвать тревожность и привести к острым конфликтам или депрессивному состоянию и даже к хроническим неврозам.

Суда входят такие функциологические изменения организма, как преждевременное половое созревание, задержка развития, также к причинам вызывающим тревожность у подростков, можно отнести юношеские угри, избыточный и недостающий вес, задержка роста.

Следующей причиной можно выделить сексуальное развитие подростков. В этом процессе решающую роль играет ЦНС, место интеграции нервных и психических феноменов.

Таким образом, развиваются сексуальные потребности и влечения, которые под влиянием психосоциальных и социальнокультурных факторов (половое воспитание, нормы, индивидуальная психическая зрелость, примеры взрослых) по разному выражается в поведении: психоаффективно, т. е. как движимое чувством любви и склонности отношений к определенному партнеру, или психофункциологически, как в значительной степени независимая от этого, несвязанное с определенным партнером сексуальное удовлетворение. Но здесь могут возникать половые нарушения: по каким либо причинам созревания нет, то не возникает ни сексуального влечения, не соответствующих переживаний. Ели отсутствуют необходимые психосоциальные (социальнокультурные) факторы или среди них преобладают наказания и ограничения, сексуальные потребности могут также исчезнуть или недоразвитья. Это может привести к рассогласованности между нормальным развитием и психическим переживанием и поведением, вызывая неуверенность в себе, снижение самооценки и т.д.

Нужно заметить, что проявление тревожности может протекать в 2 вариантах: это страх – гнев и страх – страдание, которые по-разному проявляются, но одинаково дезадаптируют личность.

Необходимо обратить внимание на значимость семьи и школы в период взросления. Так как подростковый возраст это противоречие между стремлением казаться и неумением «быть взрослым». Это противоречие между стремлением к независимости и необходимостью подчиняться указаниям –взрослых.

Трудности подросткового возраста связаны с повышенной возбудимостью, с ипохондрическими реакциями, с аффективностью, с острой реакцией на обиду, с повышенной критичностью по отношению к старшим.

Если эти особенности не учитывать, то у подростков могут сформироваться устойчивые отклонения в нравственном развитии и поведении. И здесь не маловажно отношения между родителями и ребенком. Так как подростковый возраст – это переходный возраст, переходный период, от детства к взрослости, возникают многочисленные конфликты, которые отрицательно влияют на формирование эмоциональной и когнитивной сферы.

Возрастает роль референтной группы, что способствует разрыву с родителями, как образцу для подражания. Со стороны родителей возрастают ограничения и запреты; в связи с новыми изменениями в семье возрастает число конфликтов. Экономические условия могут стать причиной для тревожности: так как подросток постоянно чувствует себя зависимым, несамостоятельным. Молодые люди долго зависят от родителей в финансовом отношении, из – за большой продолжительности школьного обучения. Неуспеваемость в школе может быть причиной конфликтов. Напряженные отношения между родителями и детьми обусловлены не столько конфликтом между поколениями, сколько изменившимися экономическими условиями и технологическим прогрессом, перед лицом которых родители, как и дети, чувствуют себя неуверенными и беспокойными, что порождает тревожность и нерешительность, а они в свою очередь формируют собственный характер. Наряду с родительским домом, школа – важнейшая инстанция социализации. Формирование юношества как фаза возрастного развития тесно связанно с возникновением системы всеобщего школьного образования. Школьные конфликты связанны в основном с успеваемостью, адаптацией, авторитетом и автономией. В связи с требованиями предъявляемыми к успеваемости, возникают конфликты, как с учителями, так и со сверстниками. По отношению к учителям могут возникнуть протест, отказ заниматься и добиваться успехов. Такое поведение встречается и у способных и у критически настроенных молодых людей. Чье выраженное стремление к успеху сталкивается с неблагоприятными перспективами на будущее. В отношениях с ровесниками могут возникать конфликты на почве соперничества. Это влияет на психосоциальную адаптацию школьников и сохранение класса как единого общества. Конфликты в области автономии и авторитета обусловлены стеснениями свободы школьными правилами. Молодые люди требуют, обосновать их чувствуют над собой нежелательную опеку.

Тревожность – это субъективное проявление неблагополучия личности. Подростки младшие и старшие имеют свои отличительные особенности, и они велики, но можно говорить о типичных, характерных чертах этого периода, по уровню и характеру психического развития, подростничество – типичная эпоха детства, которая имеет ряд стадий, которые имеют свои особенности, с одной стороны, а с другой стороны подросток – растущий человек, стоящий на пороге взрослой жизни.

Достигнутый уровень психического развития, возросшие возможности подростка, вызывают у него потребность в самостоятельности, самоутверждении, признания со стороны взрослых его прав, его потенциальных возможностей, в том числе, участие в общественно значимых делах. Между тем, взрослые, подчеркивают, что подросток уже не маленький ребенок и предъявляя к нему повышенные требования, продолжают порой отказывать ему в праве на самостоятельность, возможностях на самоутверждение. Отсюда и возникают большинство конфликтных ситуаций, обиды и разнообразные формы протеста.

Основным новообразованием подросткового возраста является самосознание, как результат расширения общения, усложнившихся отношений подростка с обществом, с взрослыми, со сверстниками.

Состояние тревожности это следствие подросткового кризиса, который протекает, по-разному и дезорганирует личность подростка, влияет на все стороны его жизни. Эти кризисы могут стать причиной разных форм отклоняющегося поведения и личностных нарушений, в том числе и тревожности, на которой мы остановимся по подробней.

Оскорбление взрослыми чувства собственного достоинства подростка, воспринимается им очень чувствительно. Из-за незнания взрослыми периодизации возрастного развития, личность подростка будет развиваться аномально, то есть «кризис подросткового возраста» будет протекать с осложнениями. Для кризиса идентичности характерно переживание подростком чувства неполноценности, депрессивное состояние и сексуальные намерения. Кризис идентичности, по мнению Х. Решмидта (25), можно рассматривать как реакцию на утрату статуса ребенка, на несоответствие биологический возможностей социальным, на неуверенность в своей компетенции, в своем статусе, на резкие биологические изменения, происходящие в организме взрослеющего человека.

Неуверенность и страхи могут достигать такой степени, что возникает боязнь утратить телесное и душевное единство, по этому «часто подростки создают поведенческие ритуалы» (Х. Ремшмидт,25).

Д. И. Фельдштейн (29), выделял дифференциальный анализ кардинально – нового психического состояния подростка, определяемого потребностью растущего человека утвердить себя в окружающем мире, реализовать себя в общении. Все это позволяет установить и содержательно охарактеризовать психически – разные условия, своего рода три стадии кризиса развития подростка. Первый уровень, назвал Д. И. Фельдштейн (29), «локально – капризный». Он характеризуется тем, что стремление 10 – 11 летнего подростка проявляется в потребности признания со стороны взрослых его важности и значения, через решение частных задач, по этому он называется локальный, а капризный, по тому что, преобладают в нем ситуативно – обусловленные эмоции. Причем эмоционально окрашенное стремление к самостоятельности проявляется у разных детей по разному, что отражается в мотивационных структурах. Характерно то, что 10 – 11 летние дети стараются получить признание самого факта их взросления.

Оценку поведения и отношения детей в специально организованных ситуациях показывают, что возрастающее стремление подростков к самостоятельности не сводиться просто к желанию добиться от взрослых понимания определенных прав, а основываться на понимании ими важности выражения конкретных задач, социально – одобренных дел, хотя они порой не осознают их значимость.

Второй уровень, Д. И. Фельдштейн (29), назвал «право – значимый». 12 – 13 летный подросток не удовлетворяется, уже своим участием в определенной совокупности дел, решений; у него раскрывается потребность в общественном признании; происходит освоение не только обязанностей, но и главное, прав в семье, обществе, формируется стремление к взрослости не на уровне «я хочу», а на уровне «я могу» и «я должен».

На третьем уровне, «утверждающе – действительном», у 14 – 15 летнего подростка развивается готовность к функционированию во взрослом мире, что порождает стремление применить свои возможности, проявить себя, которое ведет к созданию своей социальной приобщенности, обостряя потребность в самоопределении, самореализации.

Таким образом, изучение подросткового уровня на основе изменения одного из главных показателей их психического состояния – потребности в самостоятельности, самоутверждении, дает возможность рассматривать не просто младших и старших подростков, но и раскрыть сложную динамику их поуровнего развития.

Важнейший момент в характеристике подростка, его новой социальной позиции – осознание им своего «Я». Это осознание осуществляется и в самооценке и в отношениях со сверстниками, взрослыми. Повышенный интерес к своей личности, потребность в осознании и оценке своих личностных качеств были односторонне истолкованы рядом зарубежных психологов, утверждающих, что этот отход от действительности якобы неизбежно сопровождается ярко выраженным эгоизмом, эгоцентризмом и аутизмом. Между тем потребность подростка в самонаблюдении, самооценки, самоутверждении и самоусовершенствовании возникает не из пустого любопытства и поверхностного влечения к самоуглублению и не выступает, как бесцельное самокопание, а появляется из моральной потребности проанализировать свои достоинства и недостатки, из стремления понять, что в собственных поступках и целях является правильным и неправильным, чего следует добиваться и от чего воздерживаться. То есть интерес к себе возникает из потребности жизни и деятельности, в которых раскрываются качества личности. Что касается наблюдаемой в подростковом возрасте потребности побыть одному, то они ни в коей мере не равноценна так называемому стремлению к одиночеству, а представляет собой при правильно организованной деятельности лишь потребности в условиях, благоприятных для сосредоточения и размышления. Усложняются в этот период отношения со сверстниками.

Подросток испытывает особую потребность в дружеских отношениях, где только и возможна система реального равенства. Но возможны конфликты на почве соперничества. Часто подростки занимают агрессивную роль по отношению к тем людям, от которых исходит угроза: их престижу, самооценки. На самом деле, срабатывает механизм психической защиты и часто он выражается в агрессии. В действительности у таких подростков часто низкая самооценка, повышенная тревожность, неуверенность, мнительность.

Подростки чутко улавливают отношение к ним взрослых, оценка которых оказывает большое влияние, активно формируя самооценку растущего человека. Она может быть как положительная, так и отрицательная.

Конфликты в школе могут приводить к требующим коррекции поведенческим нарушениям, на пример, к «школофобии», в основе часто лежит страх перед школой; боязнь издевательств и оскорблений к прогулам. Вместе с тем родительский дом служит положительным фактором, является причиной дезадаптации подростка. Сюда входит ряд причин: отягощенные психические условия (дисгармония в семье, частые ссоры, конфликты и т. д.), экономическое положение родителей, образование. Причиной дезадаптации подростка может служить как следствие уход из школы. У таких подростков обнаруживаются личностные нарушения и отклонения социального поведения. Их исходным пунктом часто служат нарушения формирования личности, склонность к сниженному настроению, заниженная самооценка, и, следовательно, неуверенность в себе, высокая тревожность.

Ш. Бюллер выделила в юношеском периоде 2 фазы: позитивную и негативную. Подростковый этап относиться к негативной фазе. Ее характерные черты: тревожность, раздражительность, агрессивность, бесцельный бунт, стремление к самосостоятельности, не подкрепляемой соответствующими физическими и психическими возможностями. Эта фаза начинается, по мнению Ш. Бюллер в 11 – 13 лет, у мальчиков в 14 – 16 лет.

# §3 Причины и механизмы проявления тревожности при отклонениях в развитии.

В предыдущем параграфе, мы рассмотрели причины и механизмы проявления тревожности у подростков в норме.

Многочисленными авторами отмечено, что подростковый возраст – это возраст нормальной патологии, но все же когда он действительно осложниться нервно – психическими заболеваниями картина проявления эмоциональной тревожности выглядит иначе, чем у нормального подростка.

Проблема отклоняющегося развития является очень сложной, он затрагивает не только психологию, а так же имеет социальные, педагогические, философские и медицинские аспекты.

Детей с отклоняющимся развитием, мы будем рассматривать в контексте изучения эмоциональной стороны психики.

Определим и проанализируем основные понятия: задержка психического развития; нарушение темпа, ритма и плавности речи, чем они характеризуются, и перейдем к рассмотрению эмоциональной сферы подростков с этими состояниями.

# §3.1 Характеристика эмоциональной сферы подростков с ЗПР.

Комплексное изучение ЗПР, как специфической аномалии детского развития развернулось в советской дефектологии в 60-е годы (Т. А. Власова, В. М. Астапов, Н. С. Певзнер, В. М. Лубовский и др.).

Острейшая необходимость в разработке теоретического аспекта проблем особенностей психического развития детей с ЗПР в сравнении с другими аномалиями развития, а так же в сравнении с полноценно развивающимися детьми обусловлено, по нашему мнению, главным образом нуждами психической и педагогической практики.

Первые обобщения клинических данных о детях с ЗПР и общие рекомендации по организации коррекционной работы с ними в помощь учителю были даны в книге Т. А. Власовой и Н. С. Певзнер «О детях с отклонениями в развитии».

Интенсивное и многоплановое изучение ЗПР в последующие годы способствовало получению ценных научных данных, и результаты этих исследований показали, что неуспевающие учащиеся младших, средних и старших классов, по своему составу разнородны. У них разные причины возникновения неуспеваемости, различны психологические особенности ее проявления, так же возможность компенсации негативных тенденций психического развития. И при изучении детей 6 – 8 лет, эти возможности необходимо учитывать, прежде всего, для профилактики и коррекции.

Дети с ЗПР, несмотря на значительные варианты, характеризуются рядом признаков, позволяющих ограничить это состояние, как от педагогической запущенности, так и от олигофрении: они не имеют нарушений отдельных анализаторов, не являются умственно отсталыми, но в тоже время стойко не успевают в массовой школе вследствии полиморфной клинической симптоматике – незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушения работоспособности. Патологической основой этих симптомов, как показывают исследования советских ученых, клиницистов и психологов, являются перенесенное органическое заболевание ЦНС. (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский и др.). Перенесенное ребенком органическое заболевание ЦНС и оставшиеся его знаки (резидуальная органическая недостаточность ЦНС) служат патологической основой нарушения созревания тех или иных систем мозга, в первую очередь, лобных отделов.

Впервые эту точку зрения высказала Н. С. Певзнер (Дети с отклонениями …, 1966). В более поздних исследованиях советских специалистов она получила подтверждение развитие. Недостаточность корковых функций приводит к парциальному нарушению психического развития, нарушению формирования познавательной деятельности. При парциальной дефективности деятельности мозга, однако, потенциальные возможности психического развития, абстрагирующей и обобщающей функций мышления, могут быть более значимыми, нежели, на пример, у детей олигофренов, Но нас в большей степени интересует эмоционально – волевая сфера, ее проявления у детей с ЗПР. Наряду с затрудненным развитием познавательной деятельности могут проявляться энцефалопатические синдромы – гиперактивность, импульсивность, а так же тревога, агрессия и т. п., что так же свидетельствует об органической недостаточности ЦНС. Исследования, проводимые М. С. Певзнер, показали, одним из определяющих симптомов у детей с ЗПР является недоразвитие эмоционально – волевой сферы, инфантилизма. Соотношение этого симптома с другими дает основание для выделения отдельных клинических вариантов задержек развития.

Первая форма задержки развития характеризуется лишь недоразвитием эмоционально – волевой сферы в сочетании

с достаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции. При второй форме имеется сочетание недоразвития познавательной деятельности.

При третьей форме психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложняется еще и нейродинамическими нарушениями. Четвертая форма характеризуется сочетанием недоразвития эмоционально – волевой сфера и познавательной деятельности с недоразвитием речевой функции, такую классификацию представляет У. В. Ульянова. Другие авторы полагают, что в ЗПР определяющим симптомом может быть только эмоционально – волевая сфера и том случае интеллект частично сохранен. Т. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, Т. А. Власова, Е. С. Иванов и другие авторы считают, что церебральные астении, аффективная расположенность, психоподобные расстройства могут не только снижать работоспособность, углубляя дефект познавательной деятельности при ЗПР, но и играть роль первопричины в возникновении ЗПР.

Итак, стойкая задержка психического развития имеет органическую природу. Многими авторами выделяются существенные причины возникновения этой патологии, сюда относят: патологию беременности, врожденные болезни, травмы, недоношенность, асфиксию, ранние постнатальные заболевания. Ряд авторов (К. С. Лебединская, И. Ф. Марковская, Т. И. Самодумская и др.) предполагают, что у детей с ЗПР в первую очередь нарушаются интеллектуальные функции, ущербность эмоциональной сферы, а также и физическую незрелость, что в свою очередь осложняет тяжесть состояния ребенка.

Располагая определенными научными сведениями о клинический особенностей детей с ЗПР, исследователи выделяют ряд вариантов этого состояния. Психический инфантилизм (эмоционально – незрелые дети), астенические состояния (длительно текущие) представляют собой наиболее легкие формы. Дети с ЗПР этих форм, могут иметь первичное нарушение (или снижение в ранние сроки постнатального развития) прежде всего темпа формирования, эмоционально – волевой реакции, а на этой основе малую работоспособность, быструю истощаемость, аритмию памяти, внимания, не критичность. Эти особенности психики не могут не влиять негативным образом на обучаемость детей. Такие дети обучаемы в массовых школах, но при индивидуальной педагогической помощи.

ЗПР, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, связанным с дефицитностью отдельных корковых функций (эти дети, как правило, имеют дефектную основу для развития и интеллектуальной, и эмоционально – волевой сферы, а также для нейрофизиологического и часто соматического развития), представляет наиболее тяжелую форму ее форму. Обучаются в специальных школах для детей с ЗПР.

Педагогически запущенных детей к категории ЗПР отечественные дифектологи не относят, хотя признают, что длительный дефицит информации, отсутствие психической стимуляции в сенситивные периоды может привести ребенка к снижению потенциальных возможностей развития. Такие дети также обучаются в массовых школах. Г. Е. Сухарева (10), выделяет термин «психическая неустойчивость», под которым понимает проявление безвольности, слабоволия, повышенно – внушаемости, подростков с неустойчивым поведением и т.д. И характеризует детей с ЗПР, главным образом, недостаточной зрелостью аффективно – волевой сферы. Анализируя динамику развития неустойчивых личностей, Г. Е. Сухарева (10), подчеркивает, что их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих. С одной стороны – они повышенно – внушаемы и импульсивны, а с другой – полюс незрелости высших форм волевой деятельности, неспособность к выработке устойчивого социально – одобряемого жизненного стереотипа к преодолению трудностей, склонность идти по пути наименьшего сопротивления, невыработонность собственный запретов, подверженность отрицательным внешним влияниям. Все эти критерии характеризуют низкий уровень критичности, незрелость, неспособность адекватно оценить ситуацию, а вследствие этого у детей с ЗПР не возникает тревожности.

Также Г. Е. Сухарева (10), использует термин «психическая неустойчивость» применительно к нарушениям поведения у подростков, понимая под этим отсутствие сформированности собственной линии поведения из-за повышенной внушаемости, склонности руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособности к волевому усилию, систематической трудовой деятельности, стойким привязанностям и вторично, в связи с перечисленными особенностями – сексуальную не зрелость личности, проявляется в слабости и неустойчивости морально нравственных установок. Проведенное Г. Е. Сухаревой (10), исследование подростков с нарушениями аффективной сферы по типу психическая неустойчивость, позволило сделать следующие выводы: такие подростки характеризуются моральной незрелостью, отсутствием чувства долга, ответственности, неспособности тормозить свои желания, подчиняться школьной

 дисциплине и повышенной внушаемостью и неправильным формам поведения окружающих.

Подводя итог можно сделать следующие выводы. Подростки с ЗПР характеризуются нарушениями поведения по типу психической неустойчивости расторможенности влечений.

Подростков с такими видами нарушений поведения отличают черты эмоционально - волевой незрелости, недостаточное чувств долга, ответственности, волевых установок, выраженных интеллектуальных интересов, отсутствие чувства дистанции, инфантильная бравада исправленным поведением.

Эмоциональная поверхность легко приводит к конфликтным ситуациям, в разрешении которых недостает самоконтроля и самоанализа. Наблюдается беспечность в отношениях, вследствие отрицательных поступков, недооценка драматичности, сложности ситуации. Подростки могут легко давать обещания и легко забывать о них. У них отсутствуют переживания при неудачах в учебе. А слабость учебных интересов выливается в дворовые игры, потребность в движении и физической разрядке. Мальчики часто склонны к раздражительности, девочки - к слезам. И те, и другие склонны ко лжи, которая опережает незрелые формы самоутверждения. Инфантильность, присущая этой группе подростков часто окрашена чертами церебро – органической недостаточности, двигательной расторможенностью, назойливостью, эйфорическим оттенком повышенного настроения, аффективными вспышками, сопровождающимися ярким вегетативным компонентом, с нередко последующей головной болью, низкой работоспособностью, выраженной утомленностью.

Также таких подростков отличает завышенная самооценка, при низком уровне тревожности, неадекватный уровень притязаний - слабость реакции на неуспехи, преувеличение удачности.

Таким образом, для этой группы подростков характерно отсутствие учебной мотивации, а непризнание авторитетов взрослых сочетается с односторонней житейской зрелостью, соответственной переориентации интересов на образ жизни, адекватной старшему возрасту.

# §3.2 Характеристика эмоциональной сферы подростков с нарушением темпа, ритма и плавности речи (заикание).

В настоящее время благодаря многочисленным исследованиям, сложились определенные взгляды на природу речевых нарушений и источники возникновения заикания. Однако, несмотря на существование значительного числа экспериментальных работ, определенных теоретических обобщений и разнообразных гипотез, до сих пор еще нет целостного представления о данном дефекте и законченности теории, которая могла бы объяснить его причины и центральные механизмы.

Проблемами нарушения речи занимались А. Р. Лурия, Н. И. Жинкин, отмечал, что при заикании нарушается саморегулировка системы речи. Позднее это подтвердили В. М. Васильев, Шкловский, А. Г. Воронин, Ю. Б. Некрасова и др.

«Заикание – симптом разных в клиническом и этиопатолитическом отношении заболеваний, проявляющихся в судорожном нарушении плавности речи» (Л. З. Арутюнян, 3).

Существуют ситуации, когда у заикающихся не возникает спазматической задержки, многие из них практически исчезают, когда говорят в одиночестве, вне акта коммуникации. Речевые судороги появляются обычно на фоне определенного эмоционального состояния – личностной и ситуационной тревоги. Это объясняется нарушением в слуховом канале обратной связи. Возникновение речевых судорог при заикании является нарушением внутренней синхронизации естественного речевого цикла, которое может быть вызвано искажением в передаче или обработке сигналов обратной связи.

Рассмотрим начальную стадию заикания, возникновение и фиксация первых речевых судорог. «Заикание – детское заболевание», - так утверждает Л. З. Арутюнян (3). По данным М. Е. Вингейта более чем в 84% случаев оно начинается у детей до 6 лет. Это подтверждает Г. А. Волкова, считая, что заикание у детей развивается в тесном взаимодействии с личностными и поведенческими нарушениями и во многом зависит от нервно – психического состояния ребенка, что обуславливает сложную симптоматику и собственно речевые нарушения. В этом возрасте морфо – функциональная речевая система только формируется, еще не закончена рациональная минимизация мозговых структур и не произошел переход к качественно новому уровню системной деятельности, характерной для зрелого возраста.

Говоря об этиологии заикания, О. Бледстейн выделяет 3 основных подхода к этой проблеме: первый настаивает на психогенной основе данного нарушения, считает его обычным неврозом; согласно второму – заикание является обученным или закрепленным поведением; третий опирается на концепцию физиологического дефекта или дефицита.

На наш взгляд, говорит Л. З. Арутюнян (3), следует рассматривать три возможности происхождения заикания. Первая – это когда оно появляется на фоне отстающего речевого онтогенеза. Как правило, в этом случае у детей в сильной степени нарушена общая и мелкая моторика, ослаблен сенсомоторный контроль. Обычно в анализе этих детей нет указаний на психотравмирующие ситуации. Другая группа – это дети, у которых снижение степени латерализации мозга в целом и вербальной функции не позволяет левому полушарию в полной мере осуществлять ведущую роль по отношению к процессам в правом полушарии. При этом мозг ребенка как бы «готов» к заиканию. Известно, что уже «изначальная степень эмоциональной напряженности ведет к снижению полиустойчивости» (Л. З. Арутюнян, 3).

Возможно, проявление заикания на почве воздействия стресса на первоначально здоровый мозг ребенка. Во всех рассматриваемых кратко случаях речевые судороги являются результатом временного рассогласовывания, нарушения саморегулировки речи.

Когда возникает фиксация на дефекте, эмоциональным становиться сам акт речи. Со временем у каждого заикающегося складывается своя иерархия коммуникативных трудностей, а так как в подростковом возрасте главным, ведущим типом деятельности является общение, то заикание является своеобразным ступором в удовлетворении этой потребности. Любая деятельность, в том числе речевая, проходит на фоне функционального состояния, определяющего фоновую активность ЦНС. Функциональное состояние определяется рядом факторов, таких как мотивация конкретной деятельности, состояние нервной системы, тип личности. Эмоциональное напряжение, возникающее с теми или иными обстоятельствами, изменяет функциональное состояние и тем самым оказывает влияние на деятельность.

Однако в тех случаях, когда сама деятельность становиться эмоциональным фактом, она за счет положительной обратной связи может существенно повысить эмоциональную напряженность и соответствующий ей уровень функционального состояния.

Э. Л. Ноенко (19), выделяет 3 группы реакций, характерных для состояния эмоциональной напряженности:

1. возникновение тревожности (беспокойства, подавленности, страха, отчаянья).
2. Изменение моторно – поведенческих реакций (появление тремора рук, мускульного напряжения).
3. Изменение в характере протекания мыслительных процессов и в организации интеллектуальной деятельности.

Л. З. Арутюнян (3), рассматривает заикание, как одну из форм устойчивого патологического состояния, которое состоит из 3 компонентов:

1. речевые судороги.
2. постоянное состояние тревожности.
3. Желание скрыть дефект.

М. И. Буянов (12), считает, что заикание – это признак в разных клинический отношениях расстройств, в основном двух: логоневроза и неврозоподобного логосиндрома. Выделяет две формы заикания: неврозоподобную и невротическую.

В подростковом возрасте чаще всего встречается неврозоподобный логосиндром. Такие подростки повышенно и легко ранимы, для них важно то, как о них думают окружающие люди, они нерешительны, неуверенны, впечатлительны, самооценка у таких подростков занижена; следствием заикания может быть эмоциональная неустойчивость. Эти наслоения усиливают у подростков чувство своей неполноценности и желание выздороветь.

Таким образом, рассматривая заикание, как часть сложного медико - психологического образования, включающего не только речевую патологию, но и личностные нарушения, можно понять взаимосвязь заикания с другими симптомами.

Также, существуют трудности и в учебной деятельности, одна из ее особенностей – неустойчивость. Внешние проявления неустойчивости деятельности могут быть обусловлены различными моментами. Это может быть импульсивность и слабая организованность работы, вследствие неумения анализировать образец, инструкцию, предварительно обдумывать свою деятельность, планировать последовательное выполнение всех ее этапов. Это может быть отвлекаемость и неумение проявить волевое усилие для преодоления встречающихся в процессе деятельности трудностей. Наконец, может иметь место сбой деятельности вследствие низкого эмоциональной устойчивости и действием истощающих и побочных отвлекающих раздражителей, а также явление нерешительности, растерянности из-за неполного восприятия образца, инструкции.

Все эти характеристики служат основанием для развития тревоги и тревожности, которая еще более осложняет заболевание.

Нужно отметить недостаточность источников по проблеме эмоциональных нарушений и заикающихся подростков, в результате чего объясняется неполнота анализируемой литературы.

Таким образом, заикающиеся подростки испытывают эмоциональное напряжение или тревожность в таких видах деятельности, как общение и учеба, которая также предполагает коммуникативную активность.

Тревожность – как свойство личности возникает у таких подростков вследствие, во – первых знания о своем дефекте, во – вторых из-за страха речи (логофобия), в – третьих, из-за того, что они знают, что они не такие как все, что сам дефект служит основанием отделять их от нормальных детей. Из-за неуверенности, низкой самооценки, высокой впечатлительности и ранимости, тревога переходит в тревожность, и становиться неотъемлемой частью личности.

# §4 Методологические основы коррекции и профилактики тревожности в подростковом возрасте.

Коррекция эмоциональной тревожности должна иметь комплексный подход и специфический характер для каждого нарушения личности (заикание, ЗПР и др.).

Комплексная коррекция складывается из следующих направлений:

1. Медицинская реабилитация.
2. Социально – педагогическая, это предполагает реконструкцию социальной значимости личности и улучшение адаптации к школьным условиям.
3. Психологическая – это ликвидация признаков девиации личности.

Совместная работа медицинских работников, педагогов в школах, психологов и т.д. способствует снижению у подростков тревожности, создает предпосылки для адаптации подростков в обычных жизненных условиях (социальная адаптация), а, следовательно, создает благоприятные условия для развития личности.

Кратко охарактеризуем эти направления:

Медицинская коррекция – это фундамент, на котором строятся другие реабилитационные мероприятия. Врач является организатором, координатором психологической и социальной реабилитации. Тревожность может являться составляющим компонентом разных заболеваний, по этому лечить нужно не только само заболевание, но и сопутствующие этому заболеванию нарушения. Помимо психофармакологических средств, лечебной физкультуры, физиотерапии, музыкальных занятий, трудотерапии, применяются различные виды психотерапии, стимулирующих к постепенному преодолению трудностей.

Педагогическая коррекция осуществляется в ходе обучения в школе. Необходимым элементом социальной реабилитации является оказание помощи подросткам в организации досуга. Это способствует повышению эмоционального тонуса, воспитанию волевых качеств, навыков общения, стабилизации психики в целом.

Психологическая коррекция - это деятельность по оказанию (корректировки) тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют « оптимальной модели». Суда же можно отнести и психотерапию, как метод лечения, а психокоррекция – как метод профилактики. Психологическая коррекция, как особая форма психологического воздействия теоретически базируется на фундаментальных положениях отечественной психологии, главными из которых являются следующие:

1. Положение, разработанное в теоретической концепции В. И. Мясищева, согласно которому личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому эффективная психотерапия и психокоррекция немыслимы без включения в коррекционный процесс и самого подростка, и его семьи.
2. Положение теории деятельности А. Н. Леонтьева, состоящее в том, что позитивно влиять на процесс развития, – значит, управлять ведущей развитие деятельностью, в данном случае воздействовать на деятельность по воспитанию детей и на ведущую деятельность ребенка.
3. Положение, разработанное Д. Б. Элькониным о том, что коррекционный потенциал игры заключается в практике новых социальных отношений, в которые включается человек в процессе социально – организованных игровых занятий.
4. Положение теоретической концепции личности С. Л. Рубинштейна о формах психологических контактов между людьми.

Методы психологической коррекции многообразны. Их можно достаточно условно классифицировать соответственно особенностям основных подходов, среди которых выделяются:

1. Поведенческий подход.
2. Деятельностный подход.
3. Когнитивистский подход.
4. Психоаналитический подход.
5. Экзистенционально – гуманистический подход.
6. Гешталь – терапия.
7. Психодрамма.
8. Телестно – ориентированный.
9. Психосинтез.
10. Трансперсональный.

Для оздоровления нервно – психической сферы детей необходимо ознакомление родителей, медико -п едагогического персонала детских учреждений, широких масс населения с профилактикой невротических состояний и с психотерапией при них.

Таким образом, задача психотерапии детей и подростков заключается не только в ликвидации тех или иных болезненных симптомов, но и в создании благоприятных условий среды, реадаптации и ресоциализации.

Кроме методов коррекции существуют психогигиена и психопрофилактика.

Психогигиена – это наука об укреплении и сохранении нервно – психического здоровья человека, предупреждении психических заболеваний.

Психопрофилактика – это раздел общей профилактики, включающий сложную систему различных мероприятий для предупреждения психических заболевания. Психогигиена и псипрофилактика, тесно связаны между собой, и разграничить их можно лишь условно.

В частности, различают первичную, вторичную и третичную профилактику. А. П. Слободянник в книге «Психотерапия» относит к первичной:

* Провизорная (оздоровление окружающей среды, социальных условий, семьи, трудовых процессов).
* Генетическая (генетические консультации).
* Эмбриологическая (оздоровление женщин, гигиена брака, беременности и пр.)
* Постнатальная (выявление пороков развития).

Целью вторичной профилактики является купирование начавшегося психического заболевания. Суда входит:

1. Ранняя диагностика.
2. Лечение вплоть до выздоровления.
3. Длительное поддерживающее лечение.

К третичной психопрофилактике относятся мероприятия по предупреждению хронических заболеваний. С этой целью применяют:

* Лекарственную терапию.
* Оздоровление среды, быта больного.
* Урегулирование межличностных отношений.
* Трудоустройство больных.

Вообще, задача коррекции и профилактики рассматривается как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, и на воссоздание гармоничных отношений ребенка.

Диагностика – это начальный этап психокоррекции, требует соблюдения принципа активности самих испытуемых.

Таким образом, основным содержанием психокоррекционного воздействия становиться создание концентрированного, эмоционально насыщенного опыта новых социальных отношений в семье, как между супругами, так и между детьми и родителями.

Подводя итог, можно обратить внимание на то, что главным в психокоррекционном процессе является комплексность психологического и системного воздействия. Поэтому, психологическая коррекция – это перестройка, реконструкция психологических факторов риска у ребенка, как воссоздание гармоничных отношений в семье.

# Глава 2

# Специфика проявления тревожности у подростков с ЗПР, заиканием и нормально развивающихся.

# §2.1 Методы и методики исследования. Характеристика состава испытуемых.

В качестве методов исследования были выбраны следующие:

* Организационный
* Стандартизированный
* Сравнительный

Нами был использован метод математической обработки ϕ критерий Фишера, который имеет следующую формулу:

 N1 \* N2

 ϕ = (ϕ1- ϕ2) . ---------------

 N1 + N2

В качестве методик выступили:

1. Тест на самооценку (Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина).
2. Тест школьной тревожности Филипса.

Школа тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера – это группа личностных опросников, разработанная автором в 1966 – 1973.

Согласно концепции Ч. Д. Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности.

Тревога - это реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы, в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определенную опасность.

Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и тех объективные характеристики, которых к этому не предрасполагают. С точки зрения автора, существует возможность измерения различий между двумя упомянутыми видами психических проявлений, которые обозначаются A-state (тревога-состояние) и

A-trait (тревога-черта), то есть между временными, преходящими особенностями и относительно постоянным предрасположением. Опросник допускает групповое и индивидуальное тестирование.

В 1976-78 г.г. был Ю. Л. Ханиным (32) адаптирован, модифицирован и стандартизирован русскоязычный вариант STAI, который известен как шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

Шкала состоит 2 частей по 20 заданий в каждой. Первая шкала (STAI: x1) предназначена для определения того, как человек чувствует себя сейчас, в данный момент, то есть для диагностики актуального состояния, а задание второй шкалы(STAI: x2) направлена на выяснение того, как субъект диагностирует тревожность как свойство личности.

Каждая их частей шкалы снабжена собственной инструкцией, заполнение бланка ответов не сложно, продолжительность обследования составляет примерно 5 – 8 минут. Каждое высказывание, включенное в опросник, оценивается респондентами по четырех бальной шкале. Вербальная интерпретация позиций оценочной шкалы в первой и во второй частях различна. Для STAI: x1: «нет» – 1 балл, «скорее нет» – 2 балла, «скорее да» – 3 балла, «да» – 4 балла. Для STAI: x2: «почти никогда» – 1 балл, «иногда» - 2 балла, «часто» – 3 балла, «почти всегда» – 4балла.

Ю. Л. Ханин получил нормативы поуровневой выраженности тревожности: от 20 –34 баллов – низкий уровень,

 от 35 – 44 баллов – средний уровень

 выше 46 баллов – высокий уровень

Этот опросник широко распространен в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики и высоко оценивается за достоверные диагностические данные (бланк теста в приложении 1).

*Тест школьной тревожности Филипса.*

Цель этого теста: изучить уровень и характер тревожности, связанный со школой у детей младшего, среднего и стершего школьного возраста.

Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться или предлагаться в письменной форме. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «да» или «нет». На листе для ответов вверху записывается имя, фамилия, класс (тест опросника смотри в приложении 2).

При обработке интерпретации подсчитывается общее число несовпадений по тесту. Если он больше 50 % , то можно говорить о повышенной тревожности, если больше 75% от общего числа вопросов, то о высоком уровне тревожности. Подсчитывается число несовпадений по каждому из 8 факторов. Анализируется общее внутреннее, эмоциональное состояние школьника, во многом определяющееся наличием тех или иных тревожных синдромов и их количеством.

*Содержательная характеристика каждого из синдромов (факторов).*

1. Общая тревожность в школе – общее эмоциональное состояние ребенка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы.
2. Переживание социального стресса – эмоциональное состояние ребенка, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего со сверстниками).
3. Фрустрация потребности в достижении успеха – неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать потребности в успехе, в достижение высокого результата.
4. Страх самовыражения – негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявляя себя другим, демонстрация свои возможностей.
5. Страх ситуации проверки знаний – негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной), достижений, возможностей.
6. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих – ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок.
7. Низкая психологическая сопротивляемость стрессу – особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающие вероятность неадекватного деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.
8. Проблемы стрехи в отношениях с учителями – общий негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка.

Методика позволяет выявить тревожность, связанную со школьным обучением и получить достоверные результаты.

*Характеристика состава испытуемых.*

В выборку вошли всего 54 человека. Это подростки 11 – 16 лет. Были исследованы 3 группы испытуемых:

* С задержкой психического развития.
* С нарушением ритма, темпа и плавности речи.
* Нормально развивающиеся.

В каждой группе по 18 человек.

База проведения исследования: школа №65 – 18 подростков с нормальным развитием, школа №72 – 18 человек с ЗПР, речевая школа №72 – 18 подростков с заиканием.

В группу с ЗПР вошли: 7 девочек и 11 мальчиков.

В группу с речевой патологией вошли: 6 девочек и 12 мальчиков.

В группу с нормальным развитием вошли: 10 девочек и 8 мальчиков.

# §2.2 Анализ результатов исследования.

Так как целью исследования было изучение особенности проявления тревожности у подростков с ЗПР, с заиканием и нормально развивающихся и проведение сравнительного анализа, были получены следующие данные:

По тесту на самооценку (Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина).

* 1. Подростки с ЗПР (18 человек)

С высоким уровнем ЛТ – 3 чел. – 13%

 Со средним уровнем ЛТ – 15 чел. – 87%

* 1. С высоким уровнем СТ. – 8 чел. – 40%

Со средним уровнем СТ. – 10 чел. - 60%

Результаты графически представлены на рис. 1

Полученные данные, говорят о том, что у этих детей высокой тревожности не наблюдается, только несколько человек имеют высокий уровень. Таким образом, низкая тревожность требует повышенного внимания к мотивам деятельности и повешения чувства ответственности. Такие подростки характеризуются высоким уровнем самооценки, завышенным уровнем притязания, они повышенно внушаемы, с неустойчивым поведением, с недостаточной зрелостью аффективно – волевой сферы, они не способны адекватно оценить ситуацию, склонны идти по пути наименьшего сопротивления, они эмоционально поверхностны, слабость реакции на неуспехи и т.д.

* 1. Подростки с заиканием.

С высоким уровнем ЛТ – 12 чел. – 63%

Со средним уровнем ЛТ - 6 чел. – 37%

* 1. С высоким уровнем СТ. - 12 чел. – 63%

Со средним уровнем СТ. – 6 чел. – 37%

Результаты графически представлены на рис. 2

Как видно из результатов исследования у данной группы детей тревожность выше, чем у предыдущей, что обусловлено наличием у них низкой самооценки, а, следовательно, высокой тревожности, повышенной чувствительности, в связи с дефектом речи, неуверенностью в себе, в своих силах, в успехе. Они склонны воспринимать угрозу своей самооценки и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженным состояние тревожности. Количественная тревожность предрасполагает высокотревожного индивида к восприятию и оценке многих, объективно безопасных ситуаций как таких, которые несут в себе угрозу.

1. .
	1. Подростки в норме.

С высоким уровнем ЛТ – 7 чел. – 39%

Со средним уровнем ЛТ – 11 чел. – 61%

* 1. С высоким уровнем СТ. – 7 чел. – 39%

Со средним уровнем СТ. – 11 чел. – 61%

Результаты графически на рис. 3

У нормально развивающихся подростков уровень тревожности распределен равномерно. Это объясняется тем, что определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности подростков. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожность – это так называемая полезная тревожность (Рогов Е. И., 24). Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Подсчитаем уровень значимости наших гипотез. В качестве математической обработки, мы будем использовать критерий Фишера.

С помощью этого критерия мы будем сравнивать значения двух выборок.

Сформулируем гипотезы:

H0 У подростков с ЗПР тревожность не больше, чем у нормы.

H1 У подростков с ЗПР тревожность больше, чем у нормы.

Начертим таблицу:

Таблица 1

Четырехзначная таблица для распределения критерия Фишера, для сопоставления группы тревожных и не тревожных подростков.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | Есть эффект | Нет эффекта | Количество испытуемых |
| Количество испытуемых | Количество испытуемых |
| Норма | 7 человек | 39% | 11 человек | 61% | 18 |
| ЗПР | 3 человека | 13% | 15 человек | 87% | 18 |
| ∑ | 10 человек | 52% | 26 человек | 148% | 36 |

Ф1 (39%) = 1, 349

Ф2 (13%) = 0,738

 N1• N2

Ф. = (Ф1 – Ф2) \* N1 + N2 = 0, 611 \* 3 = 1,833

Фкр = 1,64 (р.≤0,05)

 2,31 (р.≤0,01)

р = 0,03

Фэмп > Фкр (1,833>1,64)

Следовательно, у подростков с ЗПР тревожность не больше, чем у нормы. Гипотеза доказана на 3% уровне значимости.

Гипотеза Н0 принимается.

Сформулируем следующую гипотезу:

Н0 У подростков с заиканием, тревожность не больше чем у нормы.

Н1 У подростков с заиканием тревожность больше, чем у нормы.

Таблица 2

Четырехзначная таблица для распределения критерия Фишера, для сопоставления группы тревожных и не тревожных подростков.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | Есть эффект | Нет эффекта | Количество испытуемых |
| Количество испытуемых | Количество испытуемых |
| Заикающиеся | 12 человек | 63% | 6 человек | 37% | 18 |
| Норма | 6 человек | 34% | 12 человек | 66% | 18 |
| ∑ | 18 человек | 97% | 18 человек | 103% | 36 |

Ф1 (63%) = 1, 834

Ф2 (34%) = 1,254

 N1• N2

Ф = (Ф1 – Ф2) \* N1 + N2 = 0, 589 \* 3 = 1,767

Фкр = 1,64 (р≤0,05)

 2,31 (р≤0,01)

р = 0,03

Фэмп > Фкр (1,767>1,64)

Н0 отвергается. Следовательно, гипотеза доказана на 3% уровне значимости. У подростков с заиканием тревожность больше чем у нормы.

*По тесту школьной тревожности Филипса получились следующие результаты:*

Так как, учебная деятельность, наряду с общением, остается в подростковом возрасте ведущей, некоторые подростки могут испытывать тревогу в связи со школой – как главным фактором патологического воздействия.

*Обще число несовпадений по тесту.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень ------

Средний уровень – 13 чел. – 64%

Низкий уровень – 5 чел. – 26%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 9 чел. – 50%

Средний уровень – 5 чел. – 26%

Низкий уровень – 4 чел. – 24%

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 5 чел. – 27%

Средний уровень – 8 чел. – 46%

Низкий уровень – 5 чел. – 27%

Как мы видим, теоретическое обоснование подтверждается практикой. Подростки с заиканием испытывают высокую тревожность в учебной деятельности, так как она предполагает коммуникативную активность, в чем заикающиеся подростки испытывают наибольшие трудности.

1. *Общая тревожность в школе.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень – 3 чел. – 15 %

Средний уровень – 8 чел. – 46%

Низкий уровень – 7 чел. – 39%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 10 чел. – 55%

Средний уровень – 8 чел. – 45%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 5 чел. - 28%

Средний уровень – 10 чел. – 55%

Низкий уровень – 3 чел. – 17%

Таблица 3

Средние показатели по фактору общая тревожность в школе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 8,3 | 10,5 | 13,6 |

Наибольшую тревожность испытывают подростки с заиканием, связанную с различными формами ее включения в жизнь школы.

2. *Переживание социального стресса.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень – 3 чел. – 17 %

Средний уровень – 6 чел. – 33%

Низкий уровень – 9 чел. – 50%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 10 чел. – 55%

Средний уровень – 8 чел. – 45%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 3 чел. - 17%

Средний уровень – 6 чел. – 33%

Низкий уровень – 9 чел. – 50%

Таблица 4

Средние показатели по фактору переживание социального стресса.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 3,7 | 5,3 | 7,4 |

У подростков с ЗПР и нормальных нет особых трудностей в установлении социального контакта со сверстниками, в отличие от заикающихся, так как заикание является своеобразным тормозом в осуществлении и удовлетворении потребности в общении.

3.*Фрустрация потребности в достижении успеха.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень – 3 чел. – 17 %

Средний уровень – 6 чел. – 33%

Низкий уровень – 9 чел. – 50%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 13 чел. – 72%

Средний уровень – 5 чел. – 28%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 3 чел. - 17%

Средний уровень – 8 чел. – 44%

Низкий уровень – 7 чел. – 39%

Таблица 5

Средние показатели по фактору фрустрация потребностей в достижении успеха.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 4,7 | 4 | 5,7 |

Заикающиеся подростки испытывают неблагоприятный психический фон, по сравнению с двумя другими группами, не позволяющий им развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата.

4.*Страх самовыражения.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень – 1 чел. – 6 %

Средний уровень – 7 чел. – 39%

Низкий уровень – 10 чел. – 55%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 15 чел. – 83%

Средний уровень – 3 чел. – 17%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 2 чел. - 11%

Средний уровень – 10 чел. – 55%

Низкий уровень – 6 чел. – 33%

Таблица 6

Средние показатели по фактору страх самовыражения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 4,3 | 4,6 | 4,9 |

Негативные, эмоциональные переживания испытывают подростки с заиканием, обусловленные с необходимостью самораскрытия, предъявляя себя другим, демонстрация своих возможностей.

5.*Страх ситуации проверки знаний.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень – 1 чел. – 6 %

Средний уровень – 7 чел. – 39%

Низкий уровень – 10 чел. – 55%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 12 чел. – 66%

Средний уровень – 6 чел. – 34%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 3 чел. - 17%

Средний уровень – 11 чел. – 61%

Низкий уровень – 4 чел. – 22%

Таблица 6

Средние показатели по фактору страх ситуации проверки знаний.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 3,2 | 3,8 | 4,3 |

Как и в предыдущих результатах, наиболее показательными являются результаты у подростков с заиканием. Они испытывают негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной, достижений, возможностей).

6.*Страх не соответствовать ожиданиям окружающих.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень –---

Средний уровень – 5 чел. – 28%

Низкий уровень – 13 чел. – 72%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 14 чел. – 77%

Средний уровень – 4 чел. – 23%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 5 чел. - 28%

Средний уровень – 10 чел. – 55%

Низкий уровень – 3 чел. – 17%

Таблица 7

Средние показатели по фактору страх не соответствовать ожиданиям окружающих.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 2,2 | 2,6 | 3 |

Наблюдается ориентация на значимость других в оценке своих результатов у подростков с высокой тревожностью, а также поступков и мыслей, наиболее тревожны по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок, учитывая низкую самооценку, это вполне понятно.

7. *Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень –----

Средний уровень – 3 чел. – 17%

Низкий уровень – 15 чел. – 83%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 10 чел. – 55%

Средний уровень – 5 чел. – 28%

Низкий уровень - 3чел. – 17%

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 5 чел. - 28%

Средний уровень – 10 чел. – 55%

Низкий уровень – 3 чел. – 17%

Таблица 8

Средние показатели по фактору низкая физиологическая сопротивляемость стрессу.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 1,2 | 1,7 | 2,2 |

Особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающая вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

8. *Проблемы и страхи в отношениях с учителями.*

1. Подростки с ЗПР.

Высокий уровень –---

Средний уровень – 5 чел. – 27%

Низкий уровень – 13 чел. – 73%

1. Подростки с заиканием.

Высокий уровень – 16 чел. – 88%

Средний уровень – 2 чел. – 12%

Низкий уровень –-----

1. Подростки в норме.

Высокий уровень – 4 чел. - 22%

Средний уровень – 9 чел. – 50%

Низкий уровень – 5 чел. – 28%

Таблица 9

Средние показатели по фактору проблемы и страхи в отношениях с учителями.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы подростков | Подростки с ЗПР | Подростки в норме | Подростки с заиканием |
| Среднее значение | 3 | 3,2 | 3,5 |

Более всего тревожные подростки испытывают негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе, снижающий успешность обучения подростка, так как они зависят от учителя и это может быть учитель с авторитарным стилем руководства, что еще больше осложняет поведение и внутреннее состояние таких детей.

# §3 Психолого-педагогические рекомендации для детей с заиканием.

Для того чтобы существенно снизить тревожность необходимо вести многонаправленную работу: с подростками, учителями и родителями.

Работа будет проходить в следующем направлении:

Первая стадия – это диагностика личностных особенностей, семейных отношений и взаимоотношений с одноклассниками.

Вторая стадия – это индивидуальная консультация с подростками, родителями, учителями.

Третья стадия – это индивидуальная или групповая коррекционная работа с подростками.

Четвертая стадия – это повторная диагностика, отслеживающая динамику развития.

С учителями: проведение семинаров, занятий с целью просвещения индивидуально-психологических особенностей подросткового возраста.

С родителями: проведение родительских собраний, занятий посвященных теме подросткового возраста и его особенностей.

Чтобы существенно снизить тревожность у подростков, необходимо педагогам и родителям, обеспечить реальный успех в какой либо деятельности. Нужно подростка меньше ругать, унижать, недооценивать его возможности, больше хвалить, причем не сравнивать его с другими, а только с ним самим, оценивая улучшение его собственных результатов (сегодня ты сделал домашнее задание лучше, чем вчера). Необходим щадящий режим в той области, в которой успехи подростка не велики. Ненужно на неудачах фокусировать внимание, а при улучшении обязательно хвалить. Больше доверять подростку. Искренне интересоваться его делами, верить в его успех. Больше обращать внимание на обстановку дома и в школе. Теплое эмоциональное отношение, доверительный контакт с взрослыми тоже могут способствовать снижению общей тревожности ребенка. Необходимо изучить систему личных отношений подростка в классе, для того, чтобы целенаправленно формировать эти отношения, чтобы создать для каждого подростка в классе благоприятный эмоциональный климат. Нельзя оставлять без внимания непопулярных подростков, так называемых белых ворон, следует выявить и развивать у них положительные качества, поднять заниженную самооценку, уровень притязаний, чтобы улучшить их положение в системе межличностных отношений. Также необходимо педагогам и учителям пересмотреть свое личное отношение к этим подросткам. При необходимости, следует обратиться за консультацией к психологу.

Данные рекомендации будут полезны родителям, учителям и психологам.

# Заключение.

В последнее десятилетие, как за рубежом, так и у нас в стране, значительно повысился интерес к проблемам тревоги, эмоциональной и психической напряженности и стресса. Состояние тревоги является первой эмоциональной ситуативной реакцией на самые различные стрессоры, и поэтому являются неотъемлемой частью эмоциональных переживаний участников любой значимой деятельности, особенно в естественных условий.

Тревожность, как комплексное эмоциональное состояние состоит из фундаментальных эмоций, так утверждает К. Изард (14). И каждая из этих эмоций оказывает свою побудительную силу на общее состояние личности.

Тревожность - это субъективное проявление неблагополучия личности, ее дезадаптации. Эта черта личности, готовность к страху.

Различают, тревогу – как ситуативное проявления и тревожность – как свойство личности. Это подтверждают Ч. Д. Спилбергер и функционалистцы, которые полагают, что тревогу нужно рассматривать с точки зрения тех функций, которые она выполняет.

Психоаналитики, считают, что тревога – это сигнал, предупреждающий Эго о надвигающейся опасности, исходящей от инстинктивных импульсов. И, что тревога возникает тогда, когда не удовлетворяются базовые потребности индивида, например, в безопасности. (Холл. К., Линдсей Г.,31).

Также, тревожность имеет возрастную специфику. Для каждого возрастного периода существуют определенные области, объекты действительности, которые вызывают повышенную тревогу большинства детей вне зависимости от наличия реальной угрозы или тревожности, как устойчивого образования. Эти возрастные пики тревожности являются следствием наиболее значимых, социогенных потребностей.

Так, в подростковом возрасте, который является, по мнению многих авторов, переходным, кризисным, сенситивным и т.п. наиболее значимыми являются отношения со сверстниками, нарушение сексуального развития, кризисы идентичности, авторитетов, синдром деперсонализации, конфликты самооценки, нарцистические кризисы и суицидальные попытки, ассоцальность и делинквентность. Тревожность – как личностное образование может выполнять в поведении и развитии личности подростка мотивирующую функцию, подменяя собой действия по другим мотивам и потребностям. Влияние тревожности на развитие личности, поведение и деятельность может носить как негативный, так и позитивный характер, хотя в последнем случае оно имеет житейские ограничения, обусловленные выраженной адаптивной природой этого образования.

Рассматривая детей с отклонениями в развитии, нужно заметить, что у подростков с ЗПР наблюдается недоразвитие эмоционально-волевой сферы, что предполагает незрелость эмоций, не критичность, завышенную самооценку, такие подростки инфантильны, у них снижена концентрация активного внимания, а также учебная мотивация носит поверхностный характер, то есть они имеют малую работоспособность, аритмию памяти, внимания, они не способны адекватно оценить ситуацию. Все это, конечно, осложняется органическими поражениями головного мозга.

Другая группа детей, напротив, характеризуется повышенной чувствительностью, ранимостью, повышенной тревожностью, неуверенностью в своих силах – это дети с заиканием. А, как известно, заикание – это комплексное заболевание, которое состоит из триады: речевых судорог, постоянного состояния тревоги и желания скрыть дефект.

Рассмотренные группы детей имеют свои особенности в развитии и комплекс коррекционных мероприятий должен носить специфический для каждой группы детей характер.

Но существует основной, общий подход в коррекции эмоционального состояния и он носит комплексный характер. Это, прежде всего медицинская реабилитация, педагогическая и психологическая, которая направлена на адаптацию подростков в обычных жизненных условиях и снижения тревожности.

В процессе проведенного исследования, можно сказать, что наши гипотезы нашли свое подтверждение, так как, по полученным результатам мы видим, что у подростков с заиканием тревожность выше, чем у нормально развивающихся, и у подростков с ЗПР тревожность ниже, чем у подростков в норме. Также мы доказали гипотезу о том что эмоциональная тревожность имеет свое качественное и количественное своеобразие у подростков с заиканием, с ЗПР и у подростков в норме.

Гипотезы были доказаны на 3% уровне значимости. Таким образом, цель и задачи, поставленные в результате проведения исследования были, выполнены.

Были выделены 3 группы детей, у которых показатели тревожности колеблются от максимума к минимуму.

Детям с преобладанием низкой тревожности следует уделить особое внимание к мотивам деятельности и повысить чувство ответственности.

Детям с преобладанием высокой тревожности следует снизить субъективную значимость ситуаций и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формировании чувства уверенности в успехе. Повышенная тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетенции.

Тревожность, как черта характера – это пессимистическая установка на жизнь, когда она представляется как преисполненная угроз и опасностей. Если у таких подростков усиливается тревожность, появляются страхи – непременный спутник тревожности, то могут развиваться невротические черты.

Неуверенность в себе, как черта характера – это самоуничтожительная установка на себя, на свои силы и возможности. Неуверенность порождает тревожность и нерешительность, а они в свою очередь формируют соответствующий характер.

Таким образом, неуверенный в себе, склонный к сомнениям и колебаниям, робкий, тревожный подросток нерешителен, несамостоятелен, не редко инфантилен, повышенно внушаем. Неуверенный, тревожный подросток всегда мнителен, а мнительность порождает недоверие к другим. Такой подросток опасается других, ждет насмешки, обиды. Это способствует образованию реакции психологической защиты в виде агрессии, направленной на других. Так, один из самых известных способов, который часто выбирают подростки,основан, на простом умозаключении: «Чтобы ни чего не бояться, нужно сделать так, чтобы боялись меня». Маска агрессии тщательно скрывает тревогу не только от окружающих, но и от самого подростка. Тем не менее, в глубине души у них все та же тревожность, растерянность и неуверенность, отсутствие твердой опоры.

Отрицательное последствие тревожности отражается в том, что, не влияя в целом на интеллектуальное развитие, высокая степень тревожности может отрицательно сказаться на формировании дивергентного (творческого) мышления, для которого свойственны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым, неизвестным.

Таким образом, личности, относимые к категории высоко-тревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценки и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженно выраженным состоянием тревожности.

Наше исследование имеет практическую значимость и будет продолжено в плане диагностики и коррекции высоко-тревожных подростков.

# Список литературы.

1. **Астапов В. Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. // Психологический журнал, 1992г. т. 13 №5.**
2. **Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию. – М.: изд. - во «Академия», 1996г., С. 224.**
3. **Арутюнян Л. З. Как лечить заикание. – М., 1993г.**
4. **Блюм Г. Психоаналитические теории личности, 1996г.**
5. **Божович Л. И. Проблемы формирования личности. Под ред. Д. И. Фельдштейна. – М.: изд-во «Институт практической психологии», - Воронеж, 1995г. С. 352.**
6. **Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. – М., 1990г.**
7. **Баярд Р. Баярд Д. Волнение беспокойного подростка. – М., 1978г.**
8. **Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. – М., 1976г.**
9. **Дубровина И. В. Школьная психологическая служба. – М., 1997г.**
10. **Дети с нарушениями развития /сост. В. М. Астапов. – М., 1995г.**
11. **Захаров А. И. Как преодолеть страхи у детей. – М., 1986г.**
12. **Заикание у подростков /сост. Н. И. Буянов. – М., 1990г.**
13. **Имедадзе И. В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте // психологическое исследование, Тбилиси, 1966г.**
14. **Изорд К. Эмоции человека. – М., изд-во МГУ, 1980г.**
15. **Кочубей Б. Детские тревоги: что, откуда, почему?// семья и школа, 1988г., №7.**
16. **Кочубей Б., Новикова Е. Как лечить тревожность. // Семья и школа, 1988г, №8.**
17. **Кочубей Б, Новикова Е. Ярлыки для тревоги. // семья и школа, 1988г, №8.**
18. **Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги. // Вопросы психологии, 1969г., №1.**
19. **Немов. Р. С. Психология. Кн. №2, - М., Просвещение Владос., 1995г.**
20. **Обухова Л. Ф. Детская психология: теории, факты проблемы, - М., 1995г.**
21. **Наенко. Н. И. Психическая напряженность. – М., 1975г.**
22. **Прихожан А. Н. Причины и профилактика и преодоление тревожности. // Психологическая наука и образования, 1998г., №2.**
23. **Психологический словарь. / Общ. Ред. А. В. Петровского. М. Г. Ярошевского, - М., 1990г.**
24. **Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996г.**
25. **Ремшмидт. Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М. 1994г.**
26. **Словарь практического психолога. / Под общ. Ред. С. Ю. Головин. – Минск: Харвест., 1997г.**
27. **Спиваковская. А. С. Профилактика детских неврозов. – М., 1997г.**
28. **Суворова В. В. Психофизиология стресса. – М., 1975г.**
29. **Фельдштейн. Д. И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. – М., 1995г.**
30. **Холл К., Линдсей. Г. Теории личности. – М., 1997г.**
31. **Ханин Ю. Л. Исследование тревоги в спорте. // Вопросы психологии, 1997г., №3.**
32. **Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы. – С-Пб.., 1997г.**
33. **Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. / Лебединский В. В. – М., 1990г.**
34. **Ястребова. А. Б. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. – М., 1980г.**