

Житомирський Державний Університет імені Івана Франка
соціально-психологічний факультет кафедра соціальної та практичної
психології.

***ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.***

Курсова робота
студентки 55 групи
соціально-психологічного факультету
Новікової Наталії Іванівни

Науковий керівник:
старший викладач
Г. А. Шмиглюк

Житомир – 2009

Зміст.

Вступ.....	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.	
<i>1.1. Особливості розвитку невротичних порушень.....</i>	<i>6</i>
1.1.1. Виникнення невротичних розладів в процесі розвитку і діяльності особистості.....	6
1.1.2. Проблема вивчення та виховання дітей з нейротичними ускладненнями.....	9
<i>1.2. Невротичні порушення у дітей молодшого шкільного віку.....</i>	<i>15</i>
1.2.1. Проблема формування дитячого неврозу.....	15
1.2.2. Динаміка усунення або зменшення рівня розвитку порушень нервової діяльності у дітей молодшого шкільного віку.....	19
РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ.	
<i>2.1. Методичні підходи до організації досліджень невротичних відхилень.....</i>	<i>23</i>
2.1.1. Розгортання дослідницької і практичної роботи в галузі психопрофілактики невротичних захворювань та страхів.....	23
<i>2.2. Методика і організація дослідження.....</i>	<i>28</i>
2.2.1. Характеристика методу експериментального дослідження страхів у дітей молодшого шкільного віку.....	28
РОЗДІЛ ІІІ. ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТРАХІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.	
<i>3.1. Прийоми використання корекційної програми для зняття страхів у дітей молодшого шкільного віку.....</i>	<i>31</i>
3.1.1. Ефективність застосування корекційної програми.....	31
3.1.2. Корекція страхів методами арт-терапії.....	32
Підсумок.....	37
Список використаних джерел.....	40

Вступ.

Актуальність дослідження. Вчення про невротичні розлади стало ареною невгамовної, і до цього часу, боротьби теоретичних поглядів, котрі є вираженням протилежних методологічних концепцій людини: моністично-матеріалістичного розуміння її суті як нерозривного поєднання соціального і біологічного начала, при ведучій ролі соціального начала, з одного боку, і дуалістичного трактування людини, у котрому домінуюча роль відводиться біологічному началу, котре знаходиться у протиріччі із соціальним, з іншого.

Другий підхід розуміння суті людини в найбільш завершеному вигляді міститься у концепції психоаналізу З.Фрейда, котрий по особливому вплинув на розробку психогенних захворювань, особливо невротичних розладів, у західних країнах. В найбільшому ступені даний вплив виразився у багатьох західних країнах на розвиток вчення про невротичні розлади та психогенні захворювання. Однією із причин цього є популярність сформульованої З.Фрейдом теорії розвитку дитячої сексуальності.

На відміну від Фрейда представники неофрейдизму – К.Хорні, Е.Фромм, Г.Саліван пояснюють виникнення невротичних розладів не патогенним впливом витісненого сексуального потягу, а конфліктом між культурою суспільства, самосвідомістю та імманентними внутрішніми психічними силами.

В останні десятиліття деякі специфічні точки зору на природу невротичних розладів у закордонній психології пов'язані з біхевіоризмом, екзистенціалізмом, гуманістичною психологією та ін. У розповсюдженій в даний час у багатьох західних країнах концепції біхевіор-терапії заперечується існування невротичного розладу в якості самостійної нозологічної одиниці. З погляду біхевіористів реально існують лише окремі невротичні симптоми як результат неправильного процесу навчіння.

Вони стверджують, що немає неврозу, який ховається за симптомом, це просто сам симптом. При цьому ігнорується роль свідомих соціальних факторів особистісного функціонування.

Ще далі йдуть екзистенціалісти, для яких невротичні розлади взагалі не є хворобою, що має свої нейрофізіологічні механізми. Подібно іншим психічним розладам, невроз являє собою тільки особливу форму відчуженого існування хворого. Для К. Роджерса, одного з представників гуманістичної психології, невроз – наслідок незадоволення імманентно властивій кожній людині потреби в самоактуалізації.

Самоактуалізація є одним із найважливіших процесів у шкільному віці. На даному етапі розвитку дітям потрібна емоційна стійкість, врівноваженість, підтримка з боку дорослих і все інше що може допомогти їм опанувати мистецтво дорослого життя.

В даний час у світовій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології невротичних розладів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника, виникають істотні труднощі.

Психотравматизація є однією із провідних причин невротизації, але її патогенне значення визначається найскладнішими взаємостосунками з безліччю інших привертаючих умов (генетично обумовлений “грунт” і “набутий нахил”), які є результатом всього життя людини, історії формування її організму і особистості.

Загалом вчення про невротичні розлади історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і можливої умови виникнення захворювання. Проте сама психотравма при цьому виступає як одна з можливих і рівноцінних екзогеній, що порушують гомеостаз. Друга тенденція у вивченні природи невротичних розладів полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина невротичного розладу може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. Прихильники цього напряму вважають, що інформація соматичного характеру є принципово неістотною для розуміння клініки і терапії невротичних станів.

Об’єкт дослідження : Процес виникнення невротичних розладів та страхів під час розвитку і діяльності дитини.

Предмет дослідження : Особливості розвитку невротичних порушень та страхів у дітей молодшого шкільного віку.

Мета дослідження : Дослідити особливості виникнення та розвитку невротичних порушень та страхів у дітей молодшого шкільного віку.

Гіпотеза дослідження : Використання корекційних впливів дозволяє знизити рівень розвитку або усунення невротичних порушень та страхів у учнів молодших класів.

Завдання дослідження : 1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми виникнення невротичних розладів та страхів в процесі розвитку і діяльності дитини. 2. Вивчити особливості розвитку

невротичних порушень та страхів у дітей молодшого шкільного віку.
3. Дослідити ефективність застосування корекційних впливів для зниження рівня розвитку або усунення невротичних відхилень та страхів у дітей молодшого шкільного віку.

Методи та організація дослідження. Дослідження зниження рівня розвитку або усунення невротичних порушень та страхів у дітей проводилося за допомогою розробленої корекційної програми.

Надійність та вірогідність дослідження. Надійність та вірогідність дослідження забезпечувалися репрезентативністю вибірки, застосуванням методів і вправ, релевантних меті і завданням дослідження, поєднанням кількісного і якісного аналізу.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження. Вперше на базі Навчально-Виховного комплексу №12, м. Коростень було проведено дослідження можливості зняття невротичних порушень та страхів у дітей молодшого шкільного віку.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ ВІДХИЛЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.

1.1. Особливості розвитку невротичних порушень.

1.1.1. Виникнення невротичних розладів в процесі розвитку і діяльності особистості.

Фундаментальним у розумінні невротичних розладів є поняття невроз (neuro-нерв, osis - захворювання) – це функціональне оборотне захворювання в основі якого лежить порушення, зрив вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням основних кіркових процесів (гальмування або збудження) або перенапруженням їх рухомості в результаті впливу психічної травми або тривалої перевтоми.

Утворене таким чином порушення психічної діяльності може тривати протягом різних термінів – від тижнів до декількох місяців і навіть років, набуваючи того чи іншого клінічного вираження. Термін „невроз” запропонував у 1776р. шотландський лікар Cullen, під яким він розумів нервовий розлад (порушення відчуттів і моторики), котрий не супроводжується лихоманкою і не пов’язаний із місцевими ураженнями одного із органів, а обумовлений „загальним стражданням, від якого спеціально залежать рухи і дії”.

Патофізіологічні механізми розвитку невротичних розладів були відкриті експериментальними дослідженнями на тваринах І.П.Павловим і його учнями.

Було визначено роль у механізмі виникнення невротичних розладів гіпноідно-фазових станів у корі головного мозку, на фоні яких під впливом психогенних подразників можуть утворюватися “хворі пункти” – вогнища патологічного застійного збудження і гальмування. При вивченні сили і рухливості основних нервових процесів – збудження і гальмування, вияснили, що патофізіологічною основою є “зрив” вищої нервової діяльності, який виникає або у випадку перенапруження одного з цих процесів, або в результаті “зіткнення” їх.

Причини виникнення невротичних розладів складні і різноманітні. І.П.Павлов характеризував їх як “сутичку нервової діяльності, що настає при зіткненні організму з надзвичайними умовами зовнішнього середовища”.

Часто поштовхом до невротизації бувають різні психотравмуючі ситуації, при яких відбувається зрив компенсації: надмірне хвилювання, негативні емоції, гострі конфлікти, погані звички, перевтома.

Захворюванню сприяють обставини, які послаблюють організм: нерегулярне і неповноцінне харчування, хвороби внутрішніх органів, травми мозку, інфекційні захворювання, інтоксикації тощо. Соматичні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, пухлини мозку) можуть спричинити до невротоподібних станів.

Факторами розвитку невротичного розладу можуть бути події, які ведуть до виникнення невирішеного конфлікту для цієї людини між обов'язком і бажанням, захопленням і ситуацією, і потребує боротьби протиріччя почуттів (любові і ненависті і т.д.).

Причиною розвитку невротичного розладу може бути відсутність інформації, яка має особливе значення для цієї людини (немає повідомлення про близьких, рідних, любимох людей). Чекання неприємної події викликає нервові напруження, більше ніж сама подія. Щоб привести до невротичного розвитку психогенний фактор повинен бути великої сили і\чи тривалої дії.

Сила дії на психіку не визначається фізичною інтенсивністю, а значенням інформації для цієї людини.

Невротичні розлади за своїм характером можуть бути ендогенними або представляти собою реакцію на зовнішні подразники, можуть викликатися сьогоdnішнім стресом або переживаннями глибокого дитинства. Захворювання може бути гострим або хронічним. Важливими факторами формування невротичного розладу є темперамент і характер. Шлях у невротичний розлад може розпочинатись з пригнічення темпераменту. Згідно природі людина повинна прожити своє життя у відповідності із темпераментом. Виховання в сім'ї формує характер і це може проходити у відповідності із темпераментом і без неї. Останній процес веде до формування передневротичного характеру. Можна виділити три види передневротичного характеру:

Скигля. Характерні полохливість, пасивність, схильність до капітуляції перед труднощами. За прогнозами може розвинути – неврастенія.

Перестраховальник. Характерні страхи, надумливість, сумніви, педантичність, замкнутість. За прогнозом може перейти у obsесивно-компульсивний розлад.

Егоїст. Характерні несаможітність, егоїзм, невдоволення, капризність, вимогливість, протест, підвищенна сугестія. За прогнозом можуть розвинути дисоціативні (дисоціативні (конверсійні) розлади).

Як відомо у кожного хворого невротична ситуація складається по іншому і зробити певні узагальнення досить важко. На практиці найчастіше застосовується метод детального вивчення скарг хворого,

а згодом проводиться детальний аналіз ситуації хворого в сім'ї та на роботі. В одній із цих сфер життєдіяльності людини можна знайти джерело невротичного конфлікту, адже саме в цих двох середовищах існує найбільша ймовірність розвитку невротичних ускладнень.

При психогенних захворюваннях не виникають нові риси характеру, але проявляється поведінка, яка була властива цій людині в більш ранньому віці, і втрачаються деякі риси, які були властиві їй до хвороби. При цьому свідомість реагує у вигляді своєрідної захисної перебудови, переробляє переживання і нейтралізує їх негативний вплив.

Невротичні розлади є наслідком невдач, фрустрацій і між особистісних сутичок і в той же час служать їх причиною, так що виходить замкнуте коло: конфлікти призводять до невротизації, а вона, у свою чергу, провокує нові конфлікти.

При невротичних розладах відбуваються порушення в психічній сфері людей, які мають певну схильність, а травматизуючі зовнішні чинники провокують виникнення психічного захворювання.

Крім спадкового чинника, істотний вплив на стан психіки має навколишнє середовище. Зовнішні чинники, у тому числі і ті, які безпосередньо не впливають на розвиток патологічних процесів, можуть формувати схильність до хвороби, сприяти її виникненню під впливом провокуючої дії, якою може бути і гостра хронічна травма, і хронічних стрес. Ситуація постійного або часто повторюваної емоційної і розумової напруги, психологічного стресу провокує різні відхилення в психічній діяльності і фізіологічних функціях організму, які умовно можна розділити на 2 групи – субклінічні і клінічні. Субклінічні - це психічні порушення, з якими людина звичайно справляється сама, без допомоги психіатра, психотерапевта чи клінічного психолога. Клінічні – це більш виражені розлади, де вже потрібна допомога вище зазначених спеціалістів.

При затяжному перебігу невротичних розладів вельми помітна динаміка механізмів психічної адаптації. Спочатку нестійкі захисні психологічні механізми змінюються все більш стійкими, набуваючими ригідного характеру, патологічними захисними механізмами, тісно пов'язаними з переважно пасивною позицією хворих, їх особистісними особливостями і симптоматикою.

При невротичній реакції в картині особистісних порушень на першому місці виявляються розлади, пов'язані переважно з особливостями темпераменту. До таких первинних особистісних особливостей можуть бути віднесені підвищена афективність хворого дисоціативними розладами, тривожність і ригідність obsesивного хворого, підвищена виснажуваність хворого на неврастенію. Проте самі по собі ці особливості можуть бути причиною лише

короткочасної невротичної реакції, що розвинулася у важкій, психотравмуючій ситуації. В даному випадку можна говорити не стільки про психогенну, скільки про емоційногенну ситуацію.

Друга стадія невротичного розвитку - стадія власне невротичного розладу, в основі якого лежить порушення значущих частин особистості.

Невпевненість в собі, пошуки визнання як риси невротичної особистості, фіксоване і стійке ставлення до себе.

На третій стадії невротичного розвитку - при затяжній течії невротичного розладу - відзначається посиленням цих рис до ступеня характерологічних акцентуації і психопатичних особливостей, які багато в чому визначають поведінку людини і її дезадаптацію.

При невротичних розладах первинні особистісні риси, пов'язані з особливостями темпераменту, проявляються перш за все в афективній сфері; вторинні риси виявляються у порушенні системи відносин і є глибинними особовими порушеннями, які мають внутрішньоособистий характер; третинні особові риси виявляються вже на поведінковому рівні і можуть проявлятися в труднощах і проблемах “з іншими і для інших”. Третинні особистісні утворення у хворих невротичним розладом виконують певним чином захисні функції, функцію збереження існуючої системи відносин, збереження хоча б зовнішньої позитивної самооцінки і упевненості в собі.

1.1.2. Проблема вивчення та виховання дітей із невротичними ускладненнями.

Необхідність духовного відродження нашої держави з огляду на істотні соціально-економічні зміни робить актуальними проблеми виховання та розвитку дитини, її адаптації до нових суспільних відносин, нових вимог життєдіяльності.

У контексті окресленої проблеми особливо актуальним є вирішення питання виховного впливу на дітей із невротичними ускладненнями, які в умовах інтеграційних тенденцій в освіті навчаються в загальноосвітніх школах і складають значний відсоток з-поміж молодших школярів, що відстають у навчанні, складні у вихованні, мають симптоми ранньої шкільної дезадаптації.

Аналіз літературних джерел засвідчує, що діти з невротичними ускладненнями є об'єктом вивчення як у загальній, так і в спеціальній педагогіці і психології. У дефектології таких дітей відносять до осіб з відхиленнями за типом асинхронії з переважанням емоційних порушень; з емоційно-поведінковими (здебільшого емоційними)

розладами; з порушеннями спілкування та поведінки тощо. Загалом відмічається, що діти з порушеннями емоційно-вольової сфери належать до категорії аномальних дітей, хоча й не потребують навчання за особливими програмами і спеціальними методиками. Вони потребують спеціального корекційно та соціально спрямованого виховного впливу.

Проблема вивчення та виховання дітей із нейротичними ускладненнями різною мірою була предметом дослідження і в корекційній педагогіці, і спеціальній психології. Психолого-педагогічні науки і практика засвідчують, що на нинішньому етапі суспільного розвитку держави однією з найгостріших проблем є проблема створення умов для гармонійного розвитку особистості. При цьому відмічається, що зі зміною суспільних відносин, зі становленням сучасних концептуальних засад формування підростаючого покоління, якому жити в нових соціально-економічних умовах, навчання, виховання і розвиток дитини мають бути особистісно зорієнтованими, що значною мірою потребує використання дійових методів індивідуалізації впливу. Невирішеність цієї проблеми гостро позначається на збільшенні відсотка дітей із неврозом чи нейротизмом.

Один із найвидатніших психоневрологів нашої країни В.Н. Мясіщев визначає невроз як хворобу особистості, "котра виникає внаслідок конфлікту людини з навколишньою дійсністю, конфлікту, котрий руйнує її соціальні зв'язки, ізолює її". Що ж стосується суті неврозів, то тут початок істинно науковому розумінню неврозів поклали дослідження видатних російських фізіологів І.П. Павлова та М.Є. Введенського. Дослідження І.П. Павловим експериментальних неврозів у тварин і аналіз невротичних станів у людини надали йому можливість визначити невроз як хронічне тривале порушення нормальної вищої нервової діяльності, що викликає перенапруження нервових процесів у корі великих півкуль головного мозку під дією неадекватних за силою чи тривалістю зовнішніх подразників. "Невроз - хвороба, яка зумовлена дією інформації" " - це захворювання, яке виникло внаслідок емоційних переживань, з якими дитина не змогла впоратись. Щоб зрозуміти ці переживання, потрібно з дитиною спілкуватись, грати, допомагати їй". Сама ж історія розвитку неврозів є історією формування потреб і можливостей їх задовольнити...".

Відмічається, що при невротичних станах чи неврозах відбувається непродуктивна витрата нервової енергії завдяки проявам підвищеної подразливості, бурхливих довготривалих переживань із найнезначнішого приводу, постійної хворобливої фіксації на своєму самопочутті. Всі прояви мають своє коріння, свою природу, негативний храм, який, якщо його вчасно виявити, правильно

осмислити і творчо скомпонувати, то шляхом виховання поступово можна вивести на здоровий шлях розвитку. Так, С.Г. Файнберг зазначав, що причиною виникнення неврозу в дорослої людини здебільшого було неправильне виховання у ранньому дитинстві, а не прояви неповноцінності нервової системи.

У наш час можна вважати найбільш ґрунтовним і загальноприйнятим визначенням неврозів як психогенних захворювань, в розвитку яких істотну роль відіграє зіткнення особливо значущих, емоційно насичених відношень особистості з нестерпною для неї життєвою ситуацією. Порушення відносин особистості формується на базі індивідуальних якостей нервової системи під впливом несприятливого соціально-побутового середовища, насамперед дефектів виховання в сім'ї. Це тлумачення поділяють Б.Д. Карвасарський, М.М. Кабанов, В.В. Ковальов, А.Е. Личко, Н.І. Феминська та ін. Дитина живе, а не виховується. Чим яскравіше її життя, тим більше позитивних емоцій, тим повноцінніше і здоровіше виховання. Дитинство є особливим психічним станом, в якому почуття і розум злиті.

Отже, для запобігання виникненню неврозу (хвороби) важливо помітити його початкову стадію - можливість появи чи прояву нейротизму в дитини (ускладнення в розвитку), вжити правильних корекційно-виховних заходів до його запобігання чи знешкодження. Інакше кажучи, невроз - це невиявлений вчасно нейротизм, який за відсутності корекції перейшов зі стадії ускладнення (нейротизм) у стадію захворювання (невроз), тобто з педагогічної галузі перейшов у галузь медичну. Педагогічним завданням є передусім корекція нейротизму як попередження (чи запобігання) виникненню неврозу.

Вивчення літературних джерел показало, що проблема саме нейротизму, різні її аспекти ставляться і виокремлюються, коли розглядаються "занедбані діти" (Р.В. Овчарова); діти з афективною поведінкою (І.М. Некрасова); неадаптовані діти, діти із симптомами ранньої шкільної дезадаптації (Л.В. Дзюбко, О.Меґеї, Влосп Іаіпе); "нервово-збудливі діти" (Н.М. Дьякова); "важкі діти" (Є.Я. Гіндес, І.О. Невський та ін.); "дефективні діти", "особливі діти", "виняткові діти" (І.О. Каїров, В.П. Кащенко, А.А. Колупаєва), діти з відхиленнями за типом асинхронії з переважанням емоційних порушень, з емоційно-поведінковими розладами, з порушеннями спілкування та поведінки (Л.В. Кузнецова, К.С. Лебідинська, В.В. Лебединський, В.О. Липа, О.М. Мастюкова В.М. Синьов та ін.). Таким чином, узагальнюються певні групи нестандартних дітей, складних для навчання та виховання.

Дітей із нейротичними ускладненнями називають "неприспособленими" (неадаптованими - *inadaptés*), розуміючи під

неадаптованістю ускладнення, з якими стикається індивід при його входженні у середовище і з якими він живе, якщо не отримає спеціальної допомоги (G. Neret). Непристосованість характеризується як недолік, який заважає індивіду інтегруватись у середовище і створює перешкоди для адаптації, знаходження свого місця в соціальному середовищі. Bloch Laine зауважує, що непристосовані діти, підлітки, юнаки та дорослі - це ті люди, які, залежно від міри ваги різних причин, відчувають більші чи менші труднощі, котрі заважають їм проявити себе, як решті інших.

Л.В. Дзюбко, вивчаючи психологічні особливості ранньої шкільної дезадаптації і шляхи подолання її в дітей, до симптомів дезадаптації відносить і нейротичну схильність, яка проявляється у хронічній відсутності допитливості, нестабільності навчальних успіхів, нездатності доволіно регулювати власну поведінку, увагу, в неорганізованості, непосидючості, невмінні пристосуватись до шкільного життя, у швидкій стомлюваності. Називаються забіякуватість, конфліктність, упертість, занижена самооцінка, відмежованість від ровесників, вразливість, тривожність, стурбованість, нестійкі страхи тощо.

В інших джерелах досліджувану категорію дітей відносять до "нервово-збудливих". При цьому підкреслюють, що такі діти інтуїтивно відчувають упереджене ставлення до себе з боку дорослих і надзвичайно різко реагують як на позитивне, так і на негативне.

Діти з нейротичними ускладненнями розглядаються і як "важкі діти". Але водночас відмічається, що термін "важковиховувані діти" - це збірна група, яка включає усіх дітей, для яких важко бути дисциплінованим чи опанувувати систему наук, "... важкими названі діти, котрі через емоційні розлади чи порушення поведінки виявляються важкими для дорослих. Ці розлади завдають самим дітям не менше неприємностей, ніж їх оточенню, оскільки насамперед позбавляють їх радості дитинства". Л. Голованов наголошує, що це тема так званих важких дітей, нервових, котрі відстали від самих себе, тобто від свого віку.

Досліджувана категорія дітей вивчається і з-поміж "дітей дефективних", "дітей з порушенням розвитку", "виняткових дітей", котрих характеризують вади характеру. В.П. Кашенко називає таких дітей винятковими. Він підкреслює, що лікарі і педагоги мають справу з аномаліями, котрі зумовлені не тільки органічними недоліками, а й відхиленнями при стартовій нормальній психіко-соматичній конституції, спричиненими неправильним способом життя, несприятливими соціальними умовами. Крім того, неправильність у поведінці, у стосунках з оточенням, у сприйнятті соціальної інформації можуть бути пов'язані і з надмірним проявом тієї чи іншої

особливості організму особистості. Врешті, ще один аспект - суто гуманістичний. Недоліки, з якими доводиться мати справу, як правило, не означають соціальної неповноцінності майбутньої дорослої людини. Вихідна установка лікаря і педагога має бути зорієнтована на потенційну соціально-психологічну повноцінність особистості, що формується. Саме тому має йтися не про дефективність дитини, а про винятковість ситуації, маючи на увазі, що кожна дитину з патологічними рисами в характері і поведінці варто зробити гідним членом суспільства і не придушувати її свідомість штампом, застерегти від неправильного упередження оточуючих її людей. "Дефективні діти - це не тільки ідіоти і відсталі діти, раз вони зустрічаються в середній школі. Це велика група дітей з різного роду відхиленнями, недоліками. Завжди варто пам'ятати, що нервові діти - не хворі діти, а тільки більшою мірою сприйнятливі до хвороб і різних дефектів, аніж діти з нормальною здоровою фізичною та психічною структурою. Але ці ж нервові діти дають від себе і більший відсоток талановитих людей". Зазначається, що "... це перш за все дитина не середня, не зовсім звичайна, чимось не така, як усі. "Виняткові діти" - соціально-повноцінні. Відмінності від звичайних дітей тут немає ніякої. Щоправда, виняткові діти потребують від вихователя цілої низки своєрідних спеціальних прийомів корекції їх недоліків. "Виняткові діти" - загадкові діти, майбутнє котрих неясне". "Такі діти випадають із середньої маси, і завдання роботи з ними виявляються ідентичними завданням нормальної школи, але вимагають спеціальних підходів до дитини, "виняткових заходів в царині виховання і навчання".

Отже, як свідчить аналіз літератури, діти з нейротизмом є об'єктом вивчення як загальної, так і спеціальної психології та педагогіки. Слід зауважити, що в спеціальній психології та педагогіці, зусилля яких спрямовуються на вивчення, навчання, виховання та розвиток осіб із порушеннями розвитку, опис дітей з нейротизмом зустрічаємо в дослідженнях, присвячених особам з порушеннями спілкування та поведінки (В.О. Липа); з емоційними розладами та порушеннями спілкування; соматично ослабленим з підвищеною нервовою збудливістю та порушенням поведінки; дітям з емоційно-поведінковими розладами; дітям з відхиленнями за типом асинхронії з переважанням емоційно-вольових порушень, зокрема з дизгармонійним складом особистості; безпосередньо дітям з аутизмом (Л.В. Кузнецова, К.С. Лебединська, В.В. Лебединський, М.М. Ліблінг, О.М. Мастюкова, О.С. Нікольська).

Загалом відмічається, що діти з порушеннями емоційно-вольової сфери можуть бути віднесені до категорії аномальних дітей, хоч і не повинні навчатись за особливими програмами та за допомогою

спеціальних методів. Необхідно також зауважити, що більшість досліджень присвячено вивченню дітей з нейротизмом переважно раннього та дошкільного чи вже підліткового віку. Проблема ж дітей з нейротизмом молодшого шкільного віку, які мають адаптуватись до шкільних умов навчання, залишається малодослідженою.

Отже, при визначенні суті нейротизму ми відштовхуємось від концепції невроту як хвороби особистості, котра зумовлена психічним травмуванням і проявляється у функціональних порушеннях нервово-психічної діяльності. При цьому підкреслюємо, що неврот - це предмет аналізу медицини, тоді як нейротизм, нейротичні ускладнення - предмет психології і педагогіки, зусилля яких скеровані на цілеспрямований розвиток людини засобами педагогічного процесу.

Посібники з практичної психології для початкової школи як невротичні реакції досить поглиблено описують невротичні страхи, які можуть бути результатом довготривалих і невирішуваних хвилювань і тісно пов'язані з іншими невротичними розладами.

У тестах Г. Айзенка ми зустрічаємо термін "невротизм", що являє собою параметр вивчення особистості, відповідно до якого усіх індивідів можна вишикувати в ряд, "на одному полюсі котрого знаходиться тип особистості, який характеризується надзвичайною стійкістю, зрілістю і чудовою адаптованістю, а на іншому - надзвичайно нервовий, нестійкий і погано адаптований тип". Однак в інших виданнях праць Г. Айзенка зустрічається термін "нейротизм", який за своїм тлумаченням не відрізняється від терміна "невротизм", оскільки обидва вони походять від одного й того ж грецького слова *neuron* - нерв (у складних словах вказує на зв'язок з нервовою системою).

У результаті ми дійшли висновку, що нейротизм - це характерологічна особливість людини, що виражається у підвищеній схильності до нейротичних (чи невротичних) поведінкових реакцій ("нервових зривів"), стану тривожності, в емоційній неврівноваженості. Нейротизм розглядається як ускладнення розвитку дитини. В педагогічній практиці та повсякденному житті в дітей спостерігаються різноманітні прояви нейротизму. Діти з нейротичними проявами - одна з категорій аномальних дітей, котрі характеризуються порушеннями емоційно-вольової і, відповідно, поведінкової сфери розвитку, яка потребує спеціального корекційного та соціально спрямованого виховного впливу з метою попередження та подолання нейротизму, становлення особистості дитини, її підготовки до повноцінного суспільного життя.

І все ж, незважаючи на значущість проблеми виховання дітей з нейротичними ускладненнями і проведені дослідження, вона й досі

лишається недостатньо розробленою. Потребують подальшого і взаємопов'язаного вирішення питання психологічного і педагогічного аспектів проблеми, а саме: вивчення дітей цієї категорії, які адаптуються до нових умов шкільного навчання; змісту основних чинників виникнення нейротизму та визначення психолого-педагогічних умов спеціального виховного впливу на молодших школярів з метою попередження, послаблення та усунення цього ускладнення розвитку. Особливої уваги вимагає дослідження педагогічного забезпечення виховання дітей з нейротичними ускладненнями.

1.2. Невротичні порушення у дітей молодшого шкільного віку.

1.2.1. Проблема формування дитячого неврозу.

Проблема формування дитячого неврозу існувала і снує до нашого часу. Сьогодні заострило це питання. Невроз визначають як хворобу розвитку особистості, як психогенне захворювання, в основі якого лежать невдалі, і непродуктивно вирішуванні особистістю протиріччя між нею і значущими для неї факторами.

Невміння знайти вихід веде до психічної та фізичної дезорганізації. Невроз виникає на основі конфлікту бажань особистості і дійсності, яка не задовольняє їх.

Розрізняють такі приневротичні стани:

- риси тривожності,
- риси неповноцінності,
- неадекватності самооцінки,
- нерішучість,
- обережність, висока втомлюваність, ригідність, схильність до аутоагресії, конформності, збудливість, вербальна агресія.

Типи психотравм

1. Різні по інтенсивності (від незначних до потрясінь)
2. Різні по тривалості (монотонні та короткочасні)

Найбільш поширені форми неврозів: невроз нав'язливих станів, істеричний невроз, неврастенія, нервова анорексія, синдром неконтрольованих потягів.

Психотравмуючі фактори:

- переляк чи емоційне потрясіння, в тому числі смерть близьких людей, відрив від матері, госпіталізація (ізоляція).
- хронічна психотравматизація
- неблагополуччя у сім'ї,

- хронічні захворювання у рідних з загрозою смерті та інвалідності,
- тривалі захворювання у дітей з відривом від нормальної життєдіяльності.
- порушення адаптації (шкільний комплекс).
- порушення взаємостосунків з ровесниками.
- постійні невдачі, та переживання почуття провини, почуття недосконалості, ревності до брата чи сестри (неврастенія).
- неусвідомлюване почуття неповноцінності.

Нав'язливі стани - страхи, найчастіше трапляються у егоїстичних, капризних дітей, що потребують особливої уваги, дітей з істеричними проявами (бояться всього нового, мають схильність створювати собі заборони).

Найчастіше діти переживають такі страхи як- страх за свої благополуччя, фобії зараження хворобою, страх гострих предметів (найчастіше ці страхи є формами захисту).

Найчастіше такі страхи формуються тоді, коли відбувається становлення самоконцепції, самооцінки. Для такого невротичного соматичного захворювання є умовою виникнення.

Причини:

- А) порушення адаптації, що пов'язано з психофізичним дефектом.
- Б) неприйняття своїми батьками.
- В) відрив від матері.
- Г) загроза сімейному благополуччю.

Прояви невротичних у дітей - астеничний синдром, головний біль, психосоматичні порушення, порушення сну.

Неврастенія - характеризується легкою збудливістю, швидким виснаженням. Для неврастеніків характерним є підвищена дратівливість, гарячкуватість, нетерпимість до заперечень. Вони швидко втомлюються, відчувають труднощі при розумовому навантаженні, зосередженні уваги. Майже постійним супутником неврастенії є головний біль і розлади сну. Основна причина - перевтома.

Невротичні стани. Він полягає у тому, що в свідомості людини всупереч її бажанню виникають настирливі спогади, страхи, потяги, бувають нав'язливі дії. З'являються постійні сумніви щодо правильності вчинків, страх самотності, темряви, катастроф...

Істерія. Перевага емоцій над розумом, тому в істериків невідповідна здоровому глузду реакція на зовнішні подразники. Типовим проявом істерії є істеричні припадки, під час якого виникає безпричинний плач або сміх, рухове збудження.

Психастенія- це стан, багато в чому протилежний істерії, характеризується сильним переважанням кори великого мозку над

емоційними центрами. Психастеніки характеризуються бідністю емоцій, образного мислення, постійним відчуттям неповноцінності життя, схильності до сумнівів, нерішучості у діях, невпевненості.

При неврозах часто виникають порушення функцій вегетативних систем. Неврози пов'язані з функціональними змінами у мозку і тому здебільшого не потребують спеціального лікування. Часто для відновлення функціонального стану НС і організму, взагалі достатньо збільшити час активного відпочинку і сну, змінити умови, усунути причини, що спричинили невротичний стан.

Основними причинами невротизації учнів початкової школи є період адаптації. У дитини, яка відчуває перші невдачі, виникає страх школи, страх дошки...

Проблеми, які можуть спричинити виникнення неврозу молодшого школяра.

1. Режимні (перехід від садочка до школи).
2. Комунікативні труднощі.
3. Проблеми взаємин з учителями.
4. Проблеми, пов'язані із зміною сімейної обстановки.

Невротизуючі фактори, що зумовлені ситуацією навчання у школі можуть бути такими:

-Перевірки знань під час контрольних робіт та інших письмових робіт.

-Відповідь учня перед класом.

-Отримання низького балу.

-Невдоволення батьків успішністю.

-Невротичний педагог.

Однією з форм неврозу, що трапляється серед дітей є логоневроз. Певне значення в розвитку логоневрозів надається спадкоємним факторам. У генетичному кодї дитини можуть бути закладені патологічні особливості рухової сфери й певні особливості особистості (акцентуації). Частота виникнення логоневрозу в рідних братів і сестер становить 18%. У мовному розвитку дітей відзначаються періоди, коли їхня нервова система випробовує велику напругу. У формування логоневрозу особливе значення має період інтенсивного формування мовлення. У цей час для багатьох дітей характерна поява фізіологічних ітерацій.

Виявляється значна невідповідність між поки ще недостатньо оформленим мовним подихом і психічною можливістю проголошення складних фраз. Психічна сторона мовлення в цей період випереджає можливості її моторної реалізації.

Дані літератури дозволяють віднести явище ліворукості до однієї з уроджених причин, що передують дислалію, а подальшому - логоневроз (Белякова Л.М., Дьякова Е.А., 1998). Варто врахувати, що

при ліворукості в дітей спостерігаються висока загальна емоційність, боязкість, тривожність й інші показники, які нерідко ведуть до невротичного реагування при впливі різних патогенних подразників. Ослаблення гармонійної взаємодії між симетричними структурами мозку в логоневротиків робить центральну нервову систему особливо ранимою, що, у першу чергу, відбивається на їхній мовній функції.

Зовнішні причини, що спричиняються навколишнім середовищем, умовами життя й виховання дитини. До них можна віднести порушення режиму сну й харчування, недостатню поінформованість батьків про те, що дитина повинна жити й виховуватися по можливості, у спокійних умовах. Сильні звукові подразники (телевізор, приймач, магнітофон, голосні окрики дорослих і т.п.), велике скупчення людей, духота й т.п. – все це негативно позначається на стані нервової системи дитини. Довгостроково психотравмуючі подразники можуть стати причиною важкого невротичного стану, на тлі якого з'являється логоневроз. Висвітлюючи проблему логоневрозу поряд з гострою психічною травматизацією має місце наявність хронічної конфліктної ситуації, які безпосередньо пов'язані з високою емоційною збудливістю дітей при переході від дошкільного віку до першого класу.

У порівнянні з дошкільниками в молодших школярів зростає частота „уявних” чи прогнозованих переживань різних загрозливих ситуацій. Формування такого роду страхів відбувається на фоні розвитку операцій прогнозування на основі збережених в пам'яті дитини уявлень про події минулого досвіду. Наявність уявлених страхів – сигналів – є важливим регулятором поведінки дітей, що полегшують їх пристосування до нових сфер життя (в школі, на вулиці, в транспорті).

Сором як страх осуду надбудовується над вродженим страхом. Він формується вже у віці 3-6 років, є соціальною формою страху. Суттєво, що визначається вже не фізичними характеристиками ситуацій, а їх соціальним значенням.

Поряд з порушенням заборон дорослих частими причинами виникання сорому в молодшому шкільному віці є погані оцінки („соромно через свої двійки”), матеріальні втрати („соромно – розбив кришталеву вазу”) чи інші форми суспільного несхвалення (наприклад, насмішка).

Для запобігання невротизації учнів необхідне глибоке знання психофізіологічних особливостей кожного вікового періоду, індивідуальних умов розвитку кожної дитини, які можуть розглядатись під час психолого-педагогічних консилиумів

1.2.2. Динаміка усунення або зменшення рівня розвитку невротичних порушень у молодших школярів.

Під час роботи зі школярами «групи ризику» слід завжди пам'ятати, що дитина за нашої підтримки може або перетворитися на суб'єкта власного життя, здатного собі допомагати, долати труднощі, виявляти самоповагу і довіру до людей, а може перетворитися на пасивну істоту, залежну від зовнішнього керівництва й допомоги, не здатну на власний вибір і самопокладання відповідальності, безпорадну, яка має лише приблизне уявлення про те, якою вона є, якою може бути, якою хотіла б стати.

Перша та обов'язкова умова ефективного формування особистості — психічний розвиток повинен розкриватися в його закономірностях, пояснюватись у психологічних категоріях; спиратися на вікові новоутворення, ціннісне ставлення до себе, що означає розуміння дитиною своїх чеснот, достоїнств, позитивне переживання їх, здатність керуватися цими знаннями й переживаннями в реальному житті, у поведінці, вчинках, діяльності.

Розмитість, невизначеність «Я» означає брак індивідуальності, неповторності, суб'єктивності в особистості, втрату нею почуття своєї індивідуальної самості.

Надмірна гіпертрофованість призводить, як правило, до егоїзму, егоцентризму, формує нереалістичну «Я-концепцію», сприяє виробленню неадекватної, завищеної самооцінки. А невизначена й гіпертрофована Я-концепція гальмує, ускладнює взаємини зростаючої особистості з оточенням, погано орієнтує її в довкіллі.

Що ж таке Я-концепція? Це динамічна, структурно організована система уявлень особистості про себе, яка включає:

- усвідомлення нею своїх фізичних, психічних та соціальних властивостей (образ-Я);
- самооцінку (цінність, значущість, якою дитина наділяє себе загалом, а також окремі свої сторони — особливості діяльності, поведінки, особистісних проявів);
- суб'єктивне ставлення до зовнішніх впливів.

Завдяки оцінюванню оточення, власному спостереженню, зіставленню з іншими, зростаюча особистість одержує інформацію про свої властивості — фізичні, психічні та соціальні. Знання своїх властивостей допомагає дитині співвіднести їх з певними стандартами — віковими, статевими, груповими — і виробити певну установку на себе як особу, яка в чомусь схожа на інших, а в чомусь суттєво відрізняється від них.

Робота з учнями базується на виробленні ними установок особистості, що мають різну модальність, зокрема:

- образ реального Я (уявлення дитини про те, якою вона є в даний момент життя);

- образ ідеального Я (уявлення дитини про те, якою вона хотіла б бути, яких здібностей і властивостей прагне);

- образ ідеального Я (уявлення дитини про те, якою бачать її ті, хто її оточує).

Акцентуація в роботі з дитиною базується на уявленні зростаючої особистості, якою вона є, якою може бути і якою хотіла б бути, що є важливою умовою її гармонійного розвитку.

Під час психокорекційної роботи бажано проводити індивідуальні бесіди та тренінги, спрямовані на зменшення агресії, посилення самоконтролю та пошук ефективних шляхів досягнення лідерства. Цьому дуже сприяють заняття атлетизмом, єдиноборствами. Задачею психолога є заспокоїти підлітка, переконати його в тому, що він зможе керувати своїм емоційним станом і що цього можна навчитися. Необхідно формувати якийсь індивідуальний механізм, який перериває спалах роздратування та злості: зосередження на реальних зорових враженнях, відчуття напружень у тілі, зміна пози, внутрішнє промовляння заспокійливої фрази тощо. Учні потрібно підказати прийоми, за допомогою яких він зуміє відслідкувати в собі момент зародження афективного спалаху та спробувати переключити увагу на інші почуття чи об'єкти, не даючи можливості своєму роздратуванню блокувати мислення.

Треба також навчити збудливого школяра соціальне схвалюваним засобам розрядки агресивного стану. Наприклад, відчувши в собі зростаюче роздратування, не «зривати злість» на оточуючих, а розрядитися шляхом рухової активності: бокс, біг, вибивання пилу з килима, забивання цвяхів тощо.

Слід підкреслити, що такі діти охоче беруть участь у групових психокорекційних заняттях і їхнє включення в будь-яку групу значно полегшує працю психолога: вони демонструють несподівані засоби спілкування, оригінальні шляхи виходу з конфліктних ситуацій, створюють цікаві сюжети оповідання. Бажано тільки, щоб вони під час занять вчилися слухати й розуміти інших, допомагати їм, співпрацювати, а не сприймати іншу людину як засіб для досягнення своїх цілей. В індивідуальній роботі з такими учнями необхідно поступово уточнювати реальні цілі їхньої діяльності, навчати їх довгострокового прогнозу та різноманітних засобів досягнення своїх цілей, без втручання за межі особистості іншої людини.

Нагадуємо, що в основі декомпенсацій психопатій і тимчасових дезадаптацій акцентуацій характеру полягає вразливість дітей з відхиленнями в характерологічному розвитку щодо певних ситуацій. Так, у випадку відхилення характеру за гіпертимним типом це будуть

ситуації, що вимагають від нього уміння стримувати прояви своєї бурхливої енергії. Наприклад, їм у край важко сумлінно виконувати монотонну роботу.

Навіть ті діти, які живуть у гармонійній родині, у шкільному віці можуть стати соціальне дезадаптованими за рахунок проявів психопатичного розвитку або декомпенсації деяких акцентуацій характеру.

У цьому випадку, незважаючи на те що у учня є бажання поводитися належним чином, він через різноманітні обставини, пов'язані з міжособистісними стосунками, зробити цього не може. За неправильного підходу негативні прояви посилюються. Якщо ж до акцентуйованого підлітка застосовується правильний педагогічний підхід, його загострені риси характеру згладжуються, компенсуються.

Учень з **нестійкою** акцентуацією характеру потребує постійного контролю, вимогливості, дисципліни. Наприклад, у навчальному закладі армійського типу (суворівське, авіаційне, танкове училище) така дитина підкорюватиметься вимогам порядку вже за рахунок того, що йому притаманна навіюваність, наслідування того, як поведуться однолітки, що його оточують. Таким чином, у сприятливому мікросередовищі, де прикладом для наслідування є позитивні лідери, а норми поведінки не суперечать соціальне схвалюваним нормам, учень з нестійкою акцентуацією буде мало чим відрізнятися від оточуючих. За умов контролю з боку батьків він може добре навчатися та нормально поводитися. У майбутньому, якщо він потрапить у сприятливий трудовий колектив, де також переважають соціальне спрямовані стереотипи поведінки, обере собі ніжну супутницю життя, яка все ж таки є лідером і тактовно спрямовує його, то доля такої людини складеться цілком благополучно.

Гіпертимний школяр, навпаки, не витримає чіткої регламентації поведінки та постійного контролю. Для нього такі умови будуть згубними, оскільки необхідність підкорятися, пригнічувати свою активність є для нього психотравмуючим чинником. Необхідно шукати інший засіб впливу, що дає можливість спрямувати енергію гіпертима в правильне русло. Таких дітей слід заохочувати до діяльності, яка потребує кмітливості, рішучості, наполегливості. Це можуть бути, наприклад, організація дискотек або інших шкільних вечорів, туристських походів, спортивних змагань, різноманітних заходів, де потрібно проявити активність, уміння швидко орієнтуватися, де можна задовольнити прагнення до лідерства, новаторства. Головне — урізноманітнити його діяльність, зацікавити новими завданнями, які він повинен розв'язувати добровільно й самостійно.

Складніше знайти шляхи корекції поведінки дітей з **екс-**

позитивним (збуджуваним) типом акцентуації характеру. Тут основна умова — індивідуалізація свідомості, її інтелектуалізація, окультурювання. Тільки розвиток духовності такого учня, особистісна зрілість, прищеплення йому стійких моральних переконань можуть спонукати його до самовиховання. Він повинен, перш за все, зрозуміти особливості свого характеру і сам поставити перед собою мету навчитися контролювати свої спалахи гніву.

Суть психокорекційної роботи з школярами групи ризику, яким властиві патохарактерологічні відхилення, полягає в тому, щоб надати можливість кожному з них пережити під час гри патогенну для його характеру ситуацію та знайти шляхи підвищення здатності в її розв'язанні. З цією метою застосовується метод психодрами. Дитина за допомогою особливих психологічних прийомів уводиться в ситуації, що з різних причин є важкими для нього, загрожують небезпекою «зриву», тобто декомпенсації. Розігрування такої ситуації надає можливість нібито «знеболити» психотравмуючі моменти, пережити психологічні конфлікти й відреагувати на них, досягти розуміння своїх внутрішніх проблем і засобів їхнього розв'язання.

Існують методи педагогічної корекції у роботі з школярами-невротиками: (1. Використання гумору. 2. Ігнорування. 3. Посилена увага. 4. Викоростання прийомів активного слухання.)

Кожен з методів необхідно ретельно добирати.

Методи лікування неврозів передбачають поєднання фармакологічної терапії та психотерапії. Слід враховувати, що провідну роль при виникненні, розвитку та лікуванні неврозів має психологічний фактор.

При лікуванні неврастенії основними завданнями психотерапевта є зняття у клієнта емоційного напруження, тривожності, конфліктності, а також формування позитивного ставлення до життя, взаємин із близькими та колегами, підвищення та стабілізація самооцінки, формування внутрішнього локус контролю. Важливо щоб клієнт осмислив і правильно зрозумів вислів: „Якщо ти не любиш себе, то не зможеш любити і інших”. Проявами любові до себе є піклування про своє фізичне та душевне здоров'я, правильне харчування, налагодження гарних стосунків із близькими, розширення кола інтересів, оволодіння новими соціальними ролями, професійне та особистісне зростання.

Стабілізації емоційного стану сприяє переключення уваги клієнта з переживань щодо дріб*язкових проблем на розв*язання важлих соціально значимих життєвих завдань. Рухаючись в певному напрямку, досягаючи визначеної мети, людина стає більш організованою, ініціативною, починає „відчувати смак життя”. Стабілізації емоційного стану допомагає проведення аутотренінгу.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ.

2.1. Методичні підходи до організації емпіричних досліджень невротичних відхилень.

2.1.1. Розгортання дослідницької і практичної роботи в галузі психопрофілактики невротичних захворювань та страхів.

В даний час багато галузей трудової діяльності людини пов'язано з нервово-психічною напругою. Урбанізація, прискорення темпу життя, інформаційні перевантаження, посилюючи цю напругу, часто сприяють виникненню і розвитку пограничних форм нервово-психічної патології, що виводить питання психогієни і психопрофілактики в ряд найважливіших задач охорони психічного здоров'я людини. Рішення цих проблем пов'язано перш за все з необхідністю ранньої діагностики субклінічних проявів такого роду станів, зокрема, невротизації, психопатизації і схильності до них, що є складним завданням у зв'язку з нечіткими межами клінічної картини різних форм пограничних станів, з одного боку, і складністю організації ретельного психоневрологічного дослідження великого контингенту.

Розгортання дослідницької і практичної роботи в галузі психогієни і психопрофілактики захворювань, пов'язаних з особливостями праці і специфікою умов життя, зокрема невротичних станів і психопатичних декомпенсацій, ставить перед психологом завдання створення експрес – методів, які, будучи обґрунтованими і чутливими при достатній простоті, забезпечили б можливість обстеження великих контингенту на предмет виявлення «групи ризику», що підлягає детальному дослідженню психоневрологією.

Проблема дитячих страхів також становить інтерес для психологічної науки, оскільки її розробка є надзвичайно актуальною та важливою для вирішення цілої низки питань освітянської практики, зокрема, пов'язаною з успішною адаптацією дитини до школи, а також попередженням виникнення в неї невротичних проявів, які пов'язані з відвідуванням школи й неадекватною поведінкою вчителів і батьків.

Разом з тим, у вітчизняній психології практично відсутні відомості про специфіку психологічної обумовленості шкільних страхів у молодших школярів. Дослідження з даної проблеми не містять цілісного уявлення про даний вид страхів.

Зважаючи на науково – практичне значення проблеми шкільних страхів молодших школярів та на недостатню її розробленість у сучасній психологічній науці, особливо в експериментальному плані,

нами і було обрано тему дослідження “Психологічні детермінанти та психокорекція шкільних страхів у молодших школярів”.

Широке відображення досліджень, присвячених одній із найпоширеніших емоцій – страху, утворюють основу для наступного розуміння цієї важливої емоції. Літератури по даній проблемі напрацьовано небагато, хоч проблема страхів у дітей молодшого шкільного віку на сьогодні є достатньо актуальною. Проблема страхів мало розглядається і в практиці школи.

Прийнято вважати, що страхи – це емоційні порушення чи неприємні хвилювання. В нормі вони виконують охоронну функцію (самозбереження), тому необхідні для правильного функціонування психіки та побудови поведінки. В деякій мірі страхи у молодшому шкільному віці можуть розглядатися як прояв особистісного росту. Можна сказати, що молодші школярі люблять боятися. Через страхи вони намагаються відірватися від містифікованої картини світу свого дошкільного дитинства.

У той же час, існування у дитини великої кількості різноманітних страхів – показник предневротичного стану. Нав’язливі рухи, енурез, заїкання, поганий сон, дратування, агресивність, погана контактність з оточуючими – це неповний перелік неприємних наслідків, до яких приводить невилікований невротичний дитячий страх. Страхи також можуть вказувати і на більш серйозні психічні захворювання (шизофренію, аутизм тощо).

Дитячі страхи є предметом вивчення як вітчизняних, так і зарубіжних психологів. При цьому головні аспекти вивчення зроблені на вивченні:

- а) ролі страхів в житті дитини, їх впливу на її психічний і фізичний розвиток;
- б) причин виникнення дитячих страхів.

Серед вітчизняних науковців-дослідників, яки багато уваги приділяли проблемі страхів слід назвати А.І. Захарова, І.П. Павлова, М.І. Чистякову та інших.

Так, згідно із дослідженнями А.І. Захарова страхи у молодшому шкільному віці носять віковий, психологічно мотивований характер. Серед школярів на одного хлопчика доводиться в середньому 7 страхів, а на дівчинку – 9, тобто у дівчат даного віку страхів виражено більше, ніж у їх однокласників-хлопців.

Відомий фізіолог І.П. Павлов вважав страх проявом природного рефлексу, пасивно-оборонною реакцією з легким гальмуванням кори великих півкуль головного мозку. Страх, побудований на інстинкті самозбереження, має захисний характер і супроводжується визначеними змінами вищої нервової діяльності, відображується на частоті пульсу та дихання, показниках артеріального тиску, виділенні

жовчного соку. У самому загальному вигляді емоція страху виникає у відповідь на дію загрожуючого стимулу, а також завжди має на увазі хвилювання якої-небудь реальної та уявної небезпеки.

У літературі також можна зустріти розглядання проблеми відносності між страхами та темпераментом дитини. Вважається, що із існуючих чотирьох типів вищої нервової діяльності (сангвінік, флегматик, холерик, меланхолік) найбільш сприятливим до страхів вважається анергетичний (слабий) меланхолік. Дитина, яка відноситься до цієї групи, відрізняється поганим спротивом впливу негативних стимулів. Слабкість нервової системи приводить до загальної пасивності, нерішучості, загальмованості, обережності. Меланхоліки мають вигляд “теплих рослин”, з чужими боязливі, швидко стомлюються та майже не реагують на зовнішні впливи.

Психологічні дослідження проблеми страхів показали, що діагностика страху дитини на певному етапі розвитку необхідна для виявлення типу страхів, причин їх виникнення та визначення шляхів подальшої корекційної роботи з дитиною. З лікувальною метою важливо зрозуміти, що ховається за страхом дитини. Хоч розібратися в причинах цього явища набагато легше, ніж позбутися його, однак перше виявляється дуже важливим, оскільки тоді ми зможемо впливати на причину, а не тільки визначити результат.

Проективні методики, що використовуються у процесі дослідження, є найбільш адекватними для дослідження прояву страхів в учнів молодшого шкільного віку, особливо, учнів 1-х та 2-х класів. Ступінь розвитку рефлексії, що лише починає формуватися в молодшому шкільному віці, не дозволяє дитині безпосередньо повідомляти про свої переживання та проблеми, а особливо про страхи, що пов'язані із школою.

Молодший шкільний вік – важливий етап дитинства, від позитивного перебігу якого залежить розвиток інтелекту особистості, бажання й уміння навчатися, віра у свої сили і, поза всяким сумнівом, подальша життєдіяльність людини. Як не прикро, але саме в цей період у дитини може виникати страх перед навчальним процесом. Адаптація 6 – 7-літньої дитини до школи може тривати навіть рік, а то й більше. І залежить це переважно від класного керівника, батьків та, звичайно, шкільного психолога. Вчитель може ненавмисне підвищувати рівень тривожності у дитини, спровокувати „шкільні страхи”.

Проблема психолого-педагогічного дослідження феномена страхів є актуальною, в першу чергу, тому, що педагог і психолог спроможні позитивно впливати на тривалість адаптаційного періоду школяра,

оптимізувати його емоційний стан і розвиток пізнавальних процесів шляхом зниження тривожності і кількості страхів.

У загальному вигляді проблема вивчення дитячих страхів здається майже завершеною: проаналізовано детермінанти виникнення страхів, наслідки цього явища, запропоновано цікаві форми психологічної корекції. Але, на нашу думку, питання психолого-педагогічного дослідження страхів саме у молодших школярів залишається не зовсім вирішеним.

Людина отримала у спадщину від пращурів комплекс якостей та емоцій, які дозволяють пристосовуватися до оточуючого середовища. Емоції і переживання, притаманні особистості, можна умовно поділити на дві групи. Перша – емоції позитивні, які викликають бажання досліджувати об'єкти і явища світу. Друга група емоцій спрямована на захист організму від негативного впливу середовища. Такі реакції допомагають уникати всіляких загроз. Однією з важливих емоцій другої групи є страх. Страх можна розглядати як афективне (емоційно загострене) віддзеркалення у свідомості певної загрози життю людини чи її благополуччю.

Вчені-психологи, як засвідчує аналіз наукової літератури, сходяться на тому, що страх тісно пов'язаний з почуттям тривоги. Так, В. Астапов вважає, що страх – це реакція на конкретно існуючу загрозу, а тривога – це стан передчуття неприємної події без видимої причини (вона існує тільки у свідомості людини). Аналізуючи конкретні випадки стану напруги, В. Астапов доходить висновку, що встановити таку різницю дуже непросто. Важко сказати про певну реакцію, страх це чи тривога, або чого в ній більше – тривоги чи страху, або в який момент страх переходить у тривогу і навпаки. Проаналізувавши дослідження зарубіжних колег, вчений висловлює думку, що тривога – це базисна реакція, загальне поняття, а страх – вираження такої ж якості, але в специфічній об'єктивованій формі.

П. Тілліх вважає, що страх і тривога неподільні – вони іманентно пов'язані одне з одним. Жало страху, на його думку, це тривога, а тривога прагне перетворитися на страх. Психотерапевт М. Литвак пропонує розглядати тривогу як емоцію, котра виникає при загальній оцінці ситуації як несприятливої. Якщо ліквідувати джерело тривоги не вдається, то тривога переходить у страх. На його думку, страх – це результат тривоги та . Ми розглядаємо тривогу на відміну від страху як не завжди негативне почуття, адже вона можлива й у вигляді радісного хвилювання, очікування.

Емоційно неблагополучна дитина, залежно від психічної структури особистості, життєвого досвіду, взаємин з батьками й однолітками, може відчувати як тривогу, так і страх. Спільним початком виникнення почуття і страху, і тривоги є занепокоєння. Воно

виявляється в тім, що дитина розгублюється, коли її про щось запитують, не знаходить потрібних слів для відповіді, говорить тремтячим голосом, а часто й замовкає.

Значна кількість розвідок, присвячених дитячим страхам, дають змогу підійти до проблеми психолого-педагогічного дослідження страхів у молодшому шкільному з опертям на солідну наукову базу.

Методологічну частину дослідження як в теоретичній, так і в емпіричній частині становили основні принципи психології та методики системного підходу.

Психодіагностичний комплекс включав такі методи: проективна методика діагностики шкільної тривожності (модифікація тесту Р. Темл, М. Дорки та Ф. Амен), дитячий аперцептивний тест САТ та малювання страхів. Ці методи продуктивно доповнюють одне одного та дозволяють побудувати повну картину емоційного стану дитини.

Методика САТ належить до проективних, і запропонована схема інтерпретації не єдино можлива, а лише орієнтує дослідника, який прагне проникнути у внутрішній світ дитини. Перевагою цього тесту є те, що проективні способи сприяють утворенню сприятливого клімату в процесі роботи. Дитина швидко встановлює контакт, цікаві завдання стимулюють дитячу творчість і фантазію часто на рівні гри.

Відомо, що малювання є одним із засобів збагнення своїх можливостей, вираження різного роду емоцій, у тому числі й негативних, зниження тривожності та кількості страхів. Однак це не означає, що дитина, котра активно малює, може нічого не боятися – просто в неї зменшується ймовірність появи страхів, що саме по собі має велике значення для її психічного розвитку. Практично позитивний ефект від малювання можна спостерігати у віковому інтервалі від 3 до 15 років і старше, але найчастіше позитивні результати одержуємо в 4 – 12 років. Малювання страхів дає ефект майже однаковий і для хлопчиків, і для дівчаток. Приблизно в половині випадків страхи усуваються за допомогою певним чином спрямованого малювання. Здебільш це стосується страхів, викликаних уявою (наприклад, страху захворіти, зазнати нападу, потрапити в транспортну пригоду тощо). При страхах абстрактного характеру результати гірші. Особливо при страху втратити батьків і страхів, що виникають у дівчаток при засипанні. Ефект зменшується при наявності істеричних рис характеру, оскільки діти мимоволі чи прямо експлуатують страхи на догоду своїм бажанням.

Страх – це емоція, що може виникати на будь-якому віковому етапі.

2.2. Методика і організація дослідження.

2.2.1. Характеристика методу експериментального дослідження страхів у дітей молодшого шкільного віку.

Отже, об'єкт нашого дослідження – страхи у дітей молодшого шкільного віку. Предмет дослідження – особливості психологічної діагностики страхів у дітей молодшого шкільного віку. Мета роботи – виявлення особливостей дитячих страхів за допомогою розробленого комплексу взаємодоповнюючих експериментально-психологічних методів діагностики.

Велика кількість страхів молодших школярів притаманна й сфері навчальної діяльності та соціальних контактів. Особливість страхів дітей молодшого шкільного віку, на нашу думку, полягає в тому, що на одному рівні існують вигадані страхи (вампири, темрява, привиди, жахи), тимчасові (тварини, комахи, змії) та не вигадані, серйозні (страх невідповідності, самотності, знехтування, відповідальності тощо).

Діти піддаються страхові частіше, ніж гадають дорослі. На кожен факт незамаскованого вияву страху зустрічається чимало випадків страху прихованого. У нашому суспільстві острах чогось вважається проявом малодушності. Батьки витрачають немало зусиль, роз'яснюючи дітям, як позбавитися страху, але не завжди розуміють страхи, що відчуваються дітьми. Діти ж вчать приховувати свої страхи аби догодити батькам, не лякати їх.

Проблема психолого-педагогічного дослідження дитячих страхів має непокоїти батьків. Діти, позбавлені їхньої уваги, лишаються сам на сам зі своїми тривогами й страхами. Не маючи змоги позбавитися їх або якось зменшити свою тривожність, дитина живе, переносячи й у кризовий підлітковий період багато проблем та внутрішньоособистісних конфліктів.

Теоретико-методологічний та психолого-педагогічний аналіз проблеми страхів у молодшому шкільному віці відкриває багато особливостей поведінки дітей у цей період. Страхи на цьому етапі багатьма вченими, у випадку нормального розвитку дитини, вважаються важливою ланкою регуляції поведінки в цілому і мають позитивний адаптаційний зміст. Дитина має природні механізми їх подолання, тому робота зі страхами повинна ґрунтуватися, перш за все, на використанні цих механізмів, аналізі джерел виникнення страхів та усвідомлення, з яким саме страхом належить боротися, а з яким ні. Для цього необхідно використовувати спеціально підібраний комплекс психодіагностичних методик для дослідження страхів у дітей.

Дослідження страхів у дітей молодшого шкільного віку проводилося на базі Навчально-Виховного комплексу №12 в місті Коростень серед учнів 2 класу (загальна кількість осіб -15 дітей).

Для виявлення змін в емоційно-афективній сфері можна використовувати різні малюнкові методики, наприклад, методику „Намалюй людину”, „Малюнок сім'ї” або „Дім, дерево, дитина”, за допомогою яких добре діагностується тривожність і наявність агресивних тенденцій.

Для діагностики наявності страхів проводимо опитування з дитиною по наступній схемі.

Спочатку задається питання : „Скажи, будь-ласка ти боїшся чи не боїшся...”

1. Коли залишаєшся сам?
2. Захворіти?
3. Померти?
4. Когось з дітей?
5. Вчителів?
6. Отримати погану оцінку?
7. Страшних снів?
8. Темряви?
9. Собак, павуків, змій?
10. Машин, літаків, поїздів?
11. Грози, повені, буревію?
12. Води?
13. Вогню, пожежі?
14. Війни?
15. Лікарів?
16. Крові?
17. Ін'єкцій, уколів?
18. Болю?
19. Неочікуваних різких звуків?
20. Коли дуже високо?
21. В маленькій тісній кімнаті, туалеті?

Усі прелічені страхи можна поділити на декілька груп : ”медичні” (біль, уколи, лікарі, хвороби); страхи, пов'язані з нанесенням фізичної шкоди (неочікувані звуки, транспорт, вогонь, пожежа, стихів, війна); страхи смерті (себе), тварин і казкових героїв; страхи кошмарних снів і темноти, соціально-опосередковані страхи (людей, дітей, покарань, запізнь, самотності); „просторові” страхи (висоти, води, замкнені простори).

Але для того, щоб зробити безпомилкові заключення про емоційні особливості дитини, необхідно враховувати особливості усієї життєдіяльності дитини в цілому.

Під час опитування кожної дитини окремо, фіксується кількість стверджувальних і заперечувальних відповідей. Аналізуючи результати, підраховується загальна кількість перших і других. Отже, якщо кількість стверджувальних відповідей менша половини, то вважається, що немає підстав робити висновки про наявність страхів. А, якщо кількість стверджувальних відповідей більша половини, то присутність страхів однозначна.

Висновки:

Після проведеного дослідження та інтерпретації результатів можна зазначити, що з 15 осіб, які були обстежені, наявність страхів спостерігалася у 4 дітей. Це було помічено в процесі аналізу результатів на основі отриманих відповідей. Також були враховані особливості усієї життєдіяльності дитини в цілому, а саме: була проведена бесіда з класним керівником зазначених учнів, з метою отримання певної характеристики кожної дитини та по-можливості проводилась розмова з їх однолітками для того, щоб отримати більш ширшу картину життєдіяльності цих учнів. Отже, лише у 4 молодших школярів на задані питання більша половина відповідей була стверджувальною і отримані дані в процесі проведених бесід дають підстави вважати, що у цих дітей існує наявність страхів. Наявність великої кількості різних страхів у дітей важливий показник преневротичного стану. Такі діти в першу чергу відносяться до групи „ризик” і потребують проведення з ними спеціальної корекційної роботи (бажано рекомендувати таких дітей проконсультувати у психоневролога).

III РОЗДІЛ. ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТРАХІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.

3.1. Прийоми використання корекційної програми для зняття страхів у дітей молодшого шкільного віку.

3.1.1. Ефективність застосування корекційної програми.

При розробці психопрофілактичної програми зроблена спроба пошуку оптимальних механізмів і способів запобігання виникнення шкільних страхів у молодших школярів, що сприятиме збереженню та зміцненню психологічного здоров'я учнів. Одним із таких механізмів, є розвиток психологічної компетентності вчителів та батьків щодо психопрофілактики шкільних страхів.

При розробленні програми роботи із молодшими школярами ми виходили з припущення про те, що зниженню інтенсивності прояву шкільних страхів та їх подоланню сприятиме підвищення самооцінки, зниження тривожності та попередження виникнення негативного досвіду у молодших школярів.

Метою пролонгованого психокорекційного впливу, спрямованого на подолання шкільних страхів, було проведення формуючого психокорекційного та комплексно-супроводжуючого експерименту.

Нами була впроваджена пролонгована програма психокорекційних занять, що включала ряд етапів, обумовлених особливостями адаптації дитини до взаємодії із соціальним оточенням, а також тими труднощами, які відчують діти в процесі шкільного навчання.

I етап. Забезпечення успішної адаптації до шкільного навчання. На цьому етапі використовуються елементи психогімнастики та ігрової недирективної психотерапії.

Програма орієнтована на спільну роботу вчителя та психолога. При цьому одним із першочергових завдань психолога є створення мотивації до включення у роботу саме вчителя. Це досягається шляхом інформування вчителя про можливі наслідки дезадаптації, а також пропозиції щодо корекційно-розвивальної роботи, яка дозволить вирішити існуючі проблеми.

II етап. Формування умінь саморегуляції. Даний етап пов'язаний із вирішенням наступних завдань: формування здатності дитини до аналізу проблемної ситуації, прогнозування, вибір засобів для досягнення мети, самостійне оцінювання отриманих результатів тощо.

Такий підхід є передумовою вироблення учбових навичок та формуванням довільності. Даний етап, який був упроваджений нами

разом із учителем, спрямовано також і на формування у дітей довільності поведінки, яка проявляється у навичках самоконтролю та саморегуляції, самостійного оцінювання результатів своєї роботи, розвитку адекватного ставлення до невдач, прийнятті відповідальності за свої вчинки.

III етап. Формування комунікативних умінь. Уведення даного етапу у психокорекційну програму зумовлено тим, що у молодших школярів виразно проявляється потреба в соціальній компетентності, соціальній взаємодії, самостійності, активному спілкуванню та дружній прихильності оточуючих, перш за все, однокласників.

Здатність до ефективного спілкування пов'язана, з одного боку, з навичкою формулювати свою думку та не боятись виявитись смішним в очах оточуючих, а з іншого – з умінням слухати іншого.

3.1.2. Корекція страхів методами арт-терапії.

Переважає більшість страхів обумовлені віковими особливостями розвитку й мають тимчасовий характер. Дитячі страхи, якщо до них правильно відноситися, розуміти причини їхньої появи, найчастіше зникають. Якщо ж вони болісно загострені або зберігаються тривалий час, то це служить ознакою, сигналом неблагополуччя, говорить про нервово ослаблення дитини, неправильне поводження батьків, незнання ними психічних і вікових особливостей дитини, наявності в них самих страхів, конфліктних відносин у сім'ї.

У будь-якому віці психологічною перешкодою для малювання страхів може бути страх зробити що-небудь неправильно, коли дитина задалегідь переживає свою невдачу, тобто представляє її, програє в уяві. Звичайно, її так налаштовують батьки, і не слід очікувати, що їхній нащадок без коливань виконає завдання. Якщо обоє батьків мають тривожно-недовірливий характер, то ефект від малювання страхів у дітей знижується вдвічі; якщо тільки один батько з таким характером, то ефект гірше в 1,5 рази.

Негативно впливають на результати малювання страхів неврози і захворювання внутрішніх органів на нервовому ґрунті в батьків. Причина – відсутність життєрадісності в родині, нескінченні розмови про самопочуття, тривожно-недовірлива фіксація на хворобливому стані. У подібній атмосфері діти менше малюють і грають, на малюнках помітна перевага чорних і сірих кольорів.

У першу чергу, за допомогою малювання вдається подолати страхи, породжені уявою, тобто те, що ніколи не відбувалося, але може відбутися в уявленні дитини. Потім за ступенем успішності йдуть страхи, засновані на реальних травмуючих подіях, але які

відбулися досить давно й залишили не дуже виражений до дійсного часу емоційний слід у пам'яті дитини.

Недостатній ефект від малювання страхів спостерігається, коли та чи інша подія, що лякає, наприклад, застрягання в ліфті, укуси собаки, побиття, пожежа і т.п., була недавно. По етичних розуміннях не можна просити дитину відобразити страх смерті батьків.

Не потрібно боятися деякого поживлення страхів, що відбувається в процесі малювання, оскільки це одна з умов повного їхнього подолання. Набагато гірше, якщо вони залишаться “тліти” в психіці, готові “спалахнути” в будь-який момент.

Страхи малюються олівцями, фломастерами або фарбами. Останні більше підходять для дошкільників, тому що дозволяють робити широкі мазки. Фломастерами краще користаються молодші школярі. Хоча більшість дітей віддають перевагу набору фломастерів, їм повинна бути надана можливість вибору, що полегшує саму процедуру малювання.

Необхідно звернути увагу на те, хто дає завдання намалювати страх. Якщо це стороння і доброзичливо налаштована людина, то ефект від малювання виявляється більш високим, ніж коли завдання дають батьки. Особливо це помітно, коли батьки дискредитували себе в уявленні дітей і намагаються подолати їхні страхи, приховуючи власні.

Роль арт-терапевта повинна бути зрозуміла дитині, а час бесіди для виявлення страхів узгоджений заздалегідь. Для неї потрібні не менш 20-30 хвилин і спокійна обстановка. Навколишніх варто попередити про неприпустимість переривання бесіди. Якщо діти не досягли підліткового віку, доцільно запропонувати в якості своєї розминки пограти трошки самостійно.

Після встановлення контакту переходять до бесіди, мета якої полягає у виявленні страхів. Почати розпитувати про страхи можна і в процесі самої гри, як би між іншим запитуючи дитину поміж ігрових пауз. Арт-терапевт не повинен сидіти за столом, а знаходитися поруч із граючим, присівши на корточках, якщо це маленька дитина. Уникнути втоми і пересичення питаннями допомагають чергова зміна предметної гри й особиста участь у ній. У розмові намагаються не підвищувати голос, не робити емоційних чи значеннєвих акцентів у вимові. Після невеликої паузи переходять до з'ясування наступного страху. Всі виявлені страхи повідомляються батькам при окремій бесіді для того, щоб вони могли організувати малювання страхів вдома. Пояснюється, як можна відобразити окремі страхи, якщо дитина запитає про це.

Після діагностики страхів варто пограти з дитиною і батьками у рухливі ігри типу кидання м'яча, п'ятнашек, гри в кеглі. Все це

створює життєрадісну атмосферу, яка протистоїть емоційно негативному впливу страху.

Наприкінці гри потрібно обов'язково відзначити успіхи дітей, похвалити, пожати руку і запропонувати намалювати страхи вдома, сказавши: «Намалюй те, чого ти боїшся, кожен страх на окремому листі». У дошкільників список страхів знаходиться в батьків, школярі записують їх під диктовку. В усіх випадках не говориться про необхідність малювати себе, досить на перший раз, щоб дитина зобразила сам об'єкт страху. На завдання приділяється звичайно два тижні, і дитина знову з усіма домочадцями приходить на ігрове заняття, на яке вона заодно приносить свої малюнки. Тим самим усувається зайва фіксація на страхах і на самій роботі з їхнього подолання. Все йде як би паралельно, разом із грою, що доставляє задоволення дитині. До того ж дорослим додатково повідомляється про необхідність якнайбільше грати з дітьми в рухливі, емоційно насичені ігри.

Коли дається завдання, то не говориться, що це обов'язково врятує від страхів, тому що підвищені очікування у відношенні результатів можуть послужити перешкодою для подолання страхів. Особливо потрібно бути обережним при нав'язливих страхах, які виникають на фоні загостреного почуття боргу, коли будь-які невдачі переживаються вкрай болісно і ведуть до погіршення загального стану. Найкраще сказати, що малювання страхів допоможе їхньому подоланню і що не важливо, як вони будуть зображені, головне – намалювати їх всі без винятку фломастерами, фарбами чи кольоровими олівцями, кожен страх на окремому листі. Малювати краще зовсім самотійно, без допомоги дорослих.

Сам факт одержання завдання, таким чином, організує діяльність дітей і мобілізує їх на боротьбу зі своїми страхами. Дуже непросто почати малювати страхи. Нерідко проходить кілька днів, поки дитина зважиться приступити до виконання завдання. Так переборюється внутрішній психологічний бар'єр – страх страху. Зважиться малювати – це значить безпосередньо стикнутися зі страхом, зустрітися з ним віч-на-віч і цілеспрямованим, вольовим зусиллям утримувати його в пам'яті доти, поки він не буде зображений на малюнку. Разом з тим усвідомлення умовності зображення страху на малюнку вже саме по собі сприяє зменшенню його травмуючого звучання.

Якщо дитина не намалювала всі страхи до призначеного дня, або візит відсувається на тиждень, тоді проводиться обговорення вже наявних малюнків. Похвалити за успіхи і програти деякі страхи в захоплюючій грі набагато краще, ніж сварити чи соромити за невиконане завдання. Тоді арт-терапевт буде сприйматися як дорослий, який вірить дитині і готовий завжди прийти до неї на

допомогу.

На бесіді необхідна присутність обох батьків і інших приймаючих участь у вихованні дорослих. Подібна емоційно, позитивно налаштована група підвищує відповідальність за прийняті рішення про наявність чи відсутність страху, а також діє мобілізуючим образом. Бесіди, як і перший раз при виявленні страхів, передують грі, що має більш динамічний, емоційно насичений характер. Звичайно, гарною емоційною розминкою виступають п'ятнашки, подолання яких-небудь перешкод і гра з м'ячем.

Потім усі сідають півколом так, щоб зручно було розглядати малюнки, які знаходяться в руках психолога. Порядок пред'явлених для обговорення малюнків не має значення. Однак можна починати і з більш легко переборених страхів – води (у хлопчиків і дівчаток), відкритого простору і крові (у хлопчиків), лікарів, хвороб, страшних снів і тварин (у дівчаток). Практично необхідно розглядати страхи, попередньо перемішавши їх, як колоду карт.

Кожен малюнок показується всім присутнім, у той час як дитина розповідає про те, що зображено на малюнку, тобто конкретизує свій страх. Раніше це було важко здійснити, страх виникав від одного лише уявлення і не міг бути позначений словами. Подібна перешкода тільки підвищувала внутрішнє напруження й утримувала страх у фіксованому стані. Тепер же дитина досить вільно говорить про страх, усвідомлено керуючи ним у розмові з людиною, якій вона довіряє і яка може зрозуміти її переживання. Важливо не соромитися і говорити про страх, тому що він усе одно буде усунутий – якщо не малюнками, то іншими способами.

Після перегляду першого малюнка звучить репліка арт-терапевта: «Ти намалював цей страх, а тепер скажи, боїшся його чи ні?». Надалі фраза поступово коротшає: «Чи боїшся, чи перестав?» – і ближче до кінця звучить як: «Боїшся – не боїшся?». Усі слова вимовляються рівним, але не монотонним голосом. Разом з тим варто уникати штучного вселяння відсутності страху: «Тепер не боїшся?». Оскільки ця фраза носить занадто зобов'язуючий характер, то дитина може погодитися, аби не суперечити і благополучно пережити даний момент.

Після закінчення обговорення страхів називаються і показуються ті малюнки, по відношенню до яких досягнутий позитивний ефект. Автора треба похвалити, дружньо поплескати по плечу, пожати руку, подарувати іграшку. Далі треба сказати, що малюнки з його колишніми страхами залишаться на весь час у арт-терапевта, який, таким чином, «прийняв їх до себе», звільнивши від них дитину. Якщо це дошкільник, то згадується, що страхи відтепер будуть

«знаходитися» у шухляді столу чи шафі, «закриті» там назавжди, подібно джину в пляшці.

Після обговорення знову пропонується гра, у якій всі активно беруть участь. Вона має рухливий характер, вимагає витримки і містить деякий ризик, наприклад гра в кеглі, бій на дерев'яних шпагах, стрілянина присосками з пістолета чи лука. Гра будується так, щоб дитина обов'язково зуміла виграти, що ще більше підвищує її впевненість у собі.

Наприкінці зустрічі малюнки, на яких зображені страхи, що залишилися, віддаються назад зі словами: «А тепер намалюй так, щоб було видно, що ти не боїшся, і принеси мені знову свої малюнки». Арт-терапевт має на увазі, що потрібно намалювати не тільки об'єкт страху, як у перший раз, але й обов'язково себе такого, який вже не боїться. Скажемо, не дитина тікає від Баби Яги, а вона від неї; вона вже не плаче від болю; бореться з драконом; пливе по воді і летить на літаку. В даному випадку очевидний ефект уселяння – установки на подолання страху в уяві шляхом його визначеного, заданого графічного зображення. Відбувається мобілізація всіх психічних ресурсів дитини на діяльну протидію страхам у життєстверджуючій, активній позиції творця. Спрацьовує і феномен групової підтримки. Дитина вже не одна зі своїми страхами – вони вийшли назовні, втратили свій ореол винятковості, та й “зблякли” після їхнього попереднього зображення. До того ж арт-терапевт і батьки створюють психічно сприятливе поле підтримки і віри в здатність дитини справитися зі страхами.

Новий зроблений удома малюнок із зображенням себе як перемігшого страху прикріплюється до старого, і, коли всі малюнки чи більшість з них готові, організується зустріч із арт-терапевтом. У середньому на малювання себе якщо дитина не боїться іде 2 тижня, і потрібно заздалегідь призначити зустріч. До неї організується якомога більше рухливих, спортивних ігор, прогулянок, екскурсій і по можливості не допускаються конфліктні ситуації в родині.

Крім малюнків страхи можуть бути втілені у вигляді спеціально зроблених масок, фігурок із пластиліну, конструкцій з підручних матеріалів. Наприклад, павука можна зробити з дротика і матерії, дракона – з мотузка на ціпку і т.п. Коли подібні вироби – плід спільної діяльності дітей і батьків, результати подолання страхів, як правило, кращі, особливо при участі батька.

На третій по рахунку зустрічі, (перша – діагностична) так само пропонується спочатку гра, але вже з урахуванням минулих раніше страхів. Для цього на ігровій площадці серед різних предметів знаходяться колишні страхи-маски. Ненав'язливо надається можливість пограти з ними, що підсилює досягнутий ефект.

Після гри-розминки проводиться обговорення завдання з установкою: «Зараз ми будемо дивитися твої малюнки і запитувати, чи боїшся ти тепер чи не боїшся». Позитивний результат щораз підкріплюється похвалою: «так», «добре», «молодець». За обговоренням слідує знову гра, успіхи в якій заохочуються нагородою у виді іграшки, книжки чи значка.

Дослідження вчених підтвердили, що ефект усунення страхів досить виражений і стійкий і складає 50 % при зображенні страхів за типом «боюся» і 80-85 % від страхів, що залишилися – при зображенні себе в активній, конфронтуючій страху позиції. Якщо дитина і перший раз малює себе, а не тільки джерело страху, то ефект відразу вище. Якщо ж автор не зображує себе і на другому малюнку, де він «зобов'язаний» бути по інструкції, то це вказує на виняткову інтенсивність страху, або на його нав'язливий характер, що, звичайно, спостерігається при фобії.

Виникає питання: чи не можна відразу запропонувати дітям малювати себе як тих, що не бояться, заощадити, так сказати, час? Так, можна, але ефект буде нижче і не такий стійкий. Потрібний час, щоб дитина сама переборола внутрішній психологічний бар'єр непевності і страху своїх страхів, тоді відбудеться поступова дезактуалізація страху в її свідомості і розвинеться віра у свої сили, можливості, здібності.

ВИСНОВКИ.

У цій роботі здійснено теоретичне узагальнення та експериментальне дослідження проблеми шкільних страхів, виявлено основні психологічні детермінанти виникнення, особливості та закономірності шкільних страхів у молодших школярів, обґрунтовано засоби їх своєчасної психопрофілактики та психокорекції

За результатами проведеного дослідження можна констатувати наступне:

1. Страх як комплексне утворення включає фізіологічні, поведінкові та когнітивні прояви і може бути визначене як негативний емоційний стан, який пов'язаний із відображенням у свідомості конкретної загрози для життя та благополуччя індивіда та проявляється в очікуванні і передбаченні небезпеки.

Відповідно до цього, поняття “шкільні страхи” визначається нами як негативні емоційні стани дитини, що виникають в школі або у зв'язку із згадуванням про школу, які пов'язані із відображенням у

свідомості конкретної загрози емоційному благополуччю і проявляються у очікуванні й передбаченні дитиною невдачі при здійсненні конкретної дії, що має бути виконана на уроці або у позаурочній ситуації.

2. Основними психологічними детермінантами шкільних страхів є індивідуально-особистісні особливості суб'єкта (тривожність молодших школярів; неадекватна занижена самооцінка, яка є проявом, перш за все, негативного уявлення учня про себе у цілому; негативний особистісний досвід); вплив значущих дорослих (особливість стилю педагогічного спілкування; дитячо-батьківські відносини у сім'ї); вплив особливостей форм навчання і виховання.

3. Основними шкільними страхами молодших школярів є: страхи самовираження, які зберігають свою інтенсивність впродовж усього молодшого шкільного віку; страхи не відповідати очікуванням інших, які мають тенденцію до зменшення у кінці навчання в молодшій школі; страхи, що виникають при спілкуванні з учителем, які зберігають свою інтенсивність майже на одному рівні впродовж молодшого шкільного віку; страхи ситуацій перевірки знань.

4. Найбільш інтенсивний прояв щодо фізіологічного, поведінкового та когнітивного аспектів у молодших школярів мають страхи самовираження (страхи виглядати безглуздо, виявитись об'єктом насмішок, публічних виступів, виявлення ініціативи, вступу в суперечку та ін.) та страхи ситуацій перевірки знань (страхи тестування, контрольних та самостійних робіт, "відкритих" уроків, поганих оцінок та ін.). Ці дві групи шкільних страхів є провідними у молодшому шкільному віці.

5. Важливими видами діяльності практичного психолога школи, спрямованими на попередження можливого виникнення шкільних страхів у молодших школярів, а також створення умов для збереження психологічного здоров'я учнів, є психологічна просвіта та психопрофілактика.

Перед психологічною службою школи постає завдання пошуку шляхів і засобів запобігання виникненню шкільних страхів у молодших школярів. Одним із таких шляхів є розвиток в умовах системи освіти соціально-психологічної компетентності вчителів та батьків, а також психологічної культури щодо запобігання шкільних страхів.

6. Провідними психологічними механізмами та засобами подолання тенденцій дитини до виникнення шкільних страхів, у першу чергу, є забезпечення успішної адаптації до шкільного навчання, формування умінь саморегуляції та комунікативних умінь. Поєднання психокорекційного впливу на індивідуально-особистісні особливості дитини та на соціальні умови її розвитку уможливорює створення

оптимальних умов, які б сприяли подоланню шкільних страхів у молодших школярів.

7. Попередження та подолання шкільних страхів є успішним через впровадження трьох напрямів роботи психолога: із вчителями (психокорекційна програма щодо подолання шкільних страхів повинна бути орієнтована на сумісну роботу вчителя та психолога, одним із першочергових завдань психолога є створення мотивації до включення у роботу саме вчителя), сім'єю (отримання інформації від батьків про особливості розвитку дитини, зворотній зв'язок від батьків щодо ефективності проведеної психокорекційної роботи) та учнями (психокорекційна програма має включати в себе ряд етапів, кожен із яких обумовлений особливостями адаптації дитини до взаємодії з соціальним оточенням, а також тими труднощами, які відчувають діти в процесі шкільного навчання).

8. Найбільш сприятливою для попередження та подолання шкільних страхів у молодших школярів є сімейна психотерапія, яка виступає важливою ланкою роботи психолога освіти через допомогу у гармонізації сімейних взаємовідносин, подолання труднощів міжособистісної взаємодії, коли сім'я здійснює безпосередній психокорекційний вплив.

Перспективи подальших досліджень проблеми шкільних страхів у молодших школярів ми вбачаємо в таких напрямках: виявлення взаємозв'язку шкільних страхів та психологічного здоров'я дитини, відмінностей шкільних страхів у різних вікових групах; особливостей шкільних страхів у обдарованих дітей, гендерних проявів шкільних страхів; поглиблене вивчення ролі значущого середовища дитини у виникненні та закріпленні шкільних страхів.

Література:

1. Костюк В.Н. "Психічний розвиток та навчально-виховний процес. К 1991 р.
2. Виготський Л.С. Проблеми загальної психології. Т1. Вибране. "
3. Максименко С.Г. "Психічне здоров'я школяра" „Практична психологія та соціальна робота" 2002 р.
4. Маноха В.К. "Психическое здоровье ребенка". Психологический журнал. 1998 №4,5.
5. Карвасарский Б. Д. "Неврозы". – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990.
6. "Неврозы: экспериментальные и клинические исследования", Л., "Наука", 1989.
7. "Психология: словарь", изд. "Политиздат", М., 1990;
8. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т.2. Пер. з англ. – М.: Медицина, 1994, 528с.
9. Телешевская М.Э. Неврастения. – К.: Здоров'я, 1988. – 168с.
10. Лакосина Н.Д. Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192с.
11. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304с.; ил.
12. Свядощ А.М. Неврозы. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. – 368с.
13. Айрапетянц М.Г. Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике. М.: Наука, 1982.
14. Клиническая психиатрия/ Бачериков Н.Е., Михайлова К.В., Гавенко В.Л. и др.; Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова – К.: Здоров'я, 1989.- 512с.
15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд.2-е перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560с., ил.
16. Чайченко Г.М, Харченко П.Д Физиология высшей нервной деятельности:. –Киев: Вища школа, 1981.
17. Астапов В. М. Тревожность у детей. 2-е издание. – СПб.: Питер, 2004. – 224 с.
18. Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. – СПб.: „Гиппократ", 1995. – 104 с.
19. Кузьмина М. Детский невроз страха // Школьный психолог. – 2000. №25. С. 8 – 10.
20. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: ТЦ Сфера, при участии „Юрайт", 2002. – 464 с.

21. Лебедева Л. Страх – дело серьезное // Школьный психолог. – 2000. №21. С. 12 – 13.
22. Лебедева Л. Велики ли глаза у страха? // Школьный психолог. – 2000. №19. С. 8 – 17.
23. Литвак М. Если хочешь быть счастливым. Ростов-на-Дону: Феникс, 1995.
24. Тесты детской апперцепции (САТ, САТ-Н, САТS). Справочное руководство/ Под ред. Галанова А. С. – Ярославль: Центр психологической коррекции и развития „Юнона”, 1999. – 39 с.
25. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. – М., 1999. – Т. 1.
26. Хухлаева О. В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: Учебное пособие. – М.: Издательский центр „Академия”, 2003. – 176 с.
27. Щербатых Ю. Психология страха: популярная энциклопедия. М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 512 с.