

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра психологии и педагогики  
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология  
Специализация: Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

**ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ**  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

на тему: Взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка

Исполнитель  
студент группы 1660с

Я.И. Петроченко

Руководитель  
доцент, канд.псих.наук

С.В. Смирнова

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

Е.Б. Романцова

Благовещенск 2017

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук  
Кафедра Психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

### ЗАДАНИЕ

К дипломной работе студента Яны Игоревны Петроченко

**1. Тема дипломной работы:** Взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка

(утверждено приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

**2. Срок сдачи студентом законченной работы** 01.02.2017 г.

**3. Исходные данные к дипломной работе:**

Тревожность является распространённым психологическим феноменом нашего времени. Она является частым симптомом неврозов, функционального психоза, а также входит в систему других заболеваний и является пусковым механизмом расстройства эмоциональной сферы человека. Высокий уровень тревожности отражается на всех сферах жизни человека, в первую очередь он влияет на общее состояние человека, на его здоровье, а также на его продуктивность.

Материнская гипертревожность может приводить к необоснованным подозрениям матери, так ребенка водят по врачам, исследую у него какую-то скрытую опасную болезнь, тогда как и внешне, и по анализам ребенок здоров. Кроме всего прочего, мать с повышенной тревожностью слишком заиклена на своих переживаниях, чаще всего она уделяет внимание малышу лишь

формально, «страдает» эмоциональная связь с ребенком. От напряжения и вечных тревог у нее ухудшается самочувствие, повышается раздражительность, болит голова, развивается бессонница, появляются странные сны.

**4. Содержание дипломной работы** (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) проанализировать литературу, посвященную взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка;

2) выявить уровень тревожности матерей и отношения к болезни ребенка;

3) определить характер взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка.

**5. Перечень материалов приложения:** (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).

Данная дипломная работа содержит 60 с., 1 таблицу, 4 рисунка, 5 приложений и 70 источников.

**6. Дата выдачи задания:** 7 сентября 2016 года.

Руководитель дипломной работы: Смирнова Светлана Викторовна, кандидат психологических наук, доцент.

Задание принял к исполнению: \_\_\_\_\_

(подпись студента)

## РЕФЕРАТ

Данная дипломная работа содержит 61 с., 1 таблицу, 4 рисунка, 5 приложений и 70 источников.

ТРЕВОГА, ТРЕВОЖНОСТЬ, СТРЕСС, МАТЕРИНСКАЯ ГИПЕРТРЕВОЖНОСТЬ, ОНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА, ГИПЕРОПЕКА, ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ

В первой главе рассматриваются такие понятия, как «тревожность» и «отношение к болезни ребенка». Исследуется роль тревожности матерей в формировании отношения к болезни ребенка.

Во второй главе рассматриваются организация и методы исследования взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка. Представлен анализ полученных данных и интерпретация результатов исследования.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка	9
1.1 Понятие отношения родителей к болезни ребенка	9
1.2 Характеристика родительской тревожности	22
1.3 Роль тревожности матерей в формировании отношения к болезни ребенка	31
2 Исследование взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка	38
2.1 Организация и методы исследования	38
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования	45
Заключение	54
Библиографический список	56
Приложение А Методика определения личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера – Ханина)	62
Приложение Б Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева	64
Приложение В Диагностика профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (форма Б)	66
Приложение Г Сводные таблицы результатов исследования	68
Приложение Д Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности	72

## ВВЕДЕНИЕ

Тревожность является распространённым психологическим феноменом нашего времени. Она является частым симптомом неврозов, функционального психоза, а также входит в систему других заболеваний и является пусковым механизмом расстройства эмоциональной сферы человека. Как и все комплексные психологические образования, тревожность характеризуется сложным строением, включает в себя эмоциональный, когнитивный, и операционный аспекты, при доминировании эмоционального. В целом, тревожность – это субъективное проявление неблагополучия, ее дезадаптации. Тревожность рассматривается как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грядущей опасности.

В современном обществе проблема тревожности является очень актуальной, так как количество стрессовых ситуаций и других раздражителей только возрастает, общий уровень тревожности населения также продолжает увеличиваться. Высокий уровень тревожности отражается на всех сферах жизни человека, в первую очередь он влияет на общее состояние человека, на его здоровье, а также на его продуктивность.

В данной работе будут рассмотрены особенности материнской тревожности и ее влияние на отношения к здоровью ребенка. Каждой матери свойственно беспокоиться за своего ребенка. Это беспокойство может касаться здоровья ребенка, его благополучия и успешности, умственного и физического развития. Повод для страхов найдется всегда в душе у матери. Но иногда материнская тревожность преследует женщину постоянно, мешает ей адекватно мыслить и оценивать ситуацию, строить нормальные отношения в семье. Излишняя тревожность приносит больше вред ребенку, чем пользу. Быть ребенком такой матери – очень нелегко.

Материнская гипертревожность может приводить к необоснованным подозрениям матери, так ребенка водят по врачам, исследую у него какую-то скрытую опасную болезнь, тогда как и внешне, и по анализам ребенок здоров.

При этом не каждый врач сможет убедить тревожную мать оставить ребенка в покое – она скорее сделает выводы о его некомпетентности, чем изменит свое мнение.

Кроме всего прочего, мать с повышенной тревожностью слишком заиклена на своих переживаниях, чаще всего она уделяет внимание малышу лишь формально, «страдает» эмоциональная связь с ребенком. От напряжения и вечных тревог у нее ухудшается самочувствие, повышается раздражительность, болит голова, развивается бессонница, появляются странные сны. Уязвимая мама слишком много значения придает таким снам и становится еще более тревожной. Актуальность проблемы обусловлена значимостью материнского благополучия в проявлении и течении заболевания ребенка. Проблема исследования и коррекции высокого уровня тревожности является очень важной на сегодняшний день.

В настоящее время изучению тревоги как состоянию посвящено большое количество работ, как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Подробно анализируются вопросы, связанные с данной проблемой в трудах Н.А. Аминова, В.Н. Азарова, Г.Ш. Габдреевой, Г.А. Глотовой, В.Р. Кисловской, А.М. Прихожан, А.О. Прохорова и др.

Для более детального рассмотрения темы мы проведем исследования и выявим взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка на основе теоретической и практической работы.

Цель исследования: изучить взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка

Объект исследования: отношение к болезни ребенка.

Предмет исследования: взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка.

Задачи исследования:

- 1) проанализировать литературу по проблеме изучения взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка;
- 2) выявить уровень тревожности матерей и отношения к болезни ребенка;

3) определить характер взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка.

Гипотеза исследования – существует взаимосвязь тревожности матерей и отношения к болезни ребенка.

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, математическая обработка данных.

База исследования: Амурская областная детская клиническая больница.

Выборка исследования: 50 человек.



# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОЖНОСТИ МАТЕРЕЙ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

## 1.1 Понятие отношения родителей к болезни ребенка

Существует достаточно большое число исследований, посвященных анализу отношения к болезни. Прежде чем касаться родительского отношения к болезни ребенка, проанализируем отношение к болезни в рамках концепции отношений личности.

Так Л.Л. Рохлин считал, что отношение к болезни определяется обычно, понятием «сознание болезни». Сознание болезни включает:

а) гнозис болезни. Познание на основе: сигналов из внутренней среды, интероцептивных ощущений, личного опыта, представлений и знаний данной личности, получаемых сведений;

б) общие сдвиги в психике больного;

в) отношение больного к заболеванию. Оно определяется рядом факторов: спецификой заболевания, особенностями личности и нервной системы заболевшего и факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение заболевших [21].

Возможны различные варианты отношения к болезни: депрессивно-астенический, психоастенический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анозогнозический. В структуру отношения к заболеванию входят суждения по поводу заболевания и комплекс возникающих в связи с ним, непосредственно вызванных болезнью переживаний. Понятие «сознание болезни» также используется в исследованиях Е.К. Краснушкина и А. С. Познанского.

К.А. Скворцов в 1958 году писал о различном отношении к болезни. Больной, по его мнению, может «держаться выше болезни», «бороться с болезнью», «не обращать внимания на болезнь», «считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «становиться ее рабом», «бояться болезни», «привыкать к ней», «переживать ее трагически».

Исследования больных инфарктом миокарда, которыми занимался В.П. Зайцев, показали, что спустя некоторое время после начала заболевания, у больных проявляются различные психологические реакции на болезнь:

а) адекватные (пониженная, средняя и повышенная – в зависимости от доминирующего эмоционального состояния и особенностей рациональной оценки больным своего состояния);

б) патологические (главным образом, невротические) [69].

Исследуя больных в катамнезе, автор описывает у них нормальную психологическую реакцию и психическую дезадаптацию.

В типологии Г.К. Ушакова и Н.Д. Лакосиной за основу классификации типов реагирования на болезнь, в качестве критерия, выделяется та система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: общественно-профессиональная, витальная, эстетическая, этическая, связанная с интимной жизнью.

Реакция личности на болезнь зависит от многих факторов: характера заболевания, его остроты и темпа развития; представления о заболевании, имеющемся у самого больного; особенностей лечения; отношения к болезни родственников и друзей. При этом они лишь отмечают наличие этой зависимости, но не конкретизируют характер связи реакции на болезнь с выделенными факторами.

Н.И. Рейнвальд, А.Д. Степанов, Л.Н. Лежепекова и П.Я. Якубов описывают несколько типов отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающегося при этом между пациентом и врачом. Н.Я. Иванов и А.Е. Личко, выделяют 13 типов реакций на болезнь, описываемых в психиатрических понятиях. П.Г. Фролов выделяет всего 5 типов, давая им также психиатрическую квалификацию. В.М. Смирнов и Т.Н. Резникова предприняли попытку моделирования внутренней картины болезни. Они вводят понятие о церебральном информационном поле болезни, являющемся фундаментом для формирования «психологического информационного поля болезни», в центре которого находится измененная болезнью «схема тела».

А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев вводят понятие «соматонозогнозия», рассматривают вопрос о типологии соматонозогнозий и этапах их становления в процессе развития болезни и ее лечения.

В. Вондрачек выделяет следующие типы отношений к болезни: нормальное, отрицающее, пренебрежительное, нозофобное, ипохондрическое, нозофильное, утилитарное.

Многие авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером телесных страданий и типом личностной реакции на заболевание, что в гораздо большей степени зависит от продолжительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека [21].

Так, А. Гулек предлагает учитывать следующие факторы в качестве важнейших при возникновении реакции на заболевание: продолжительность заболевания; вид инвалидности; возраст перехода на инвалидность; тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений; уровень интеллектуального развития; особенности преморбидной личности [47].

Потенциал помощи человеку в облегчении его страданий в период болезни кроется в его семье. Особенно если речь идет о болезни ребенка, ведь представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение его родителей. Многочисленные современные исследования показывают, что семейное окружение – это один из основных факторов, влияющих на протекание и исход болезни. Известно, что отношения в семье могут способствовать как улучшению состояния больного, так и его усугублению.

Родительское отношение – система, или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятия ребенка родителем и способов поведения с ним [15]. Отношение человека к родительству проходит через призму его индивидуально-личностных качеств. Собственный опыт из детства оставляет свой «след» в формировании отношений к родительству, может носить как положительный, так и негативный характер. Отношение родителей к своему ребенку бывает разным: заинтересованным и

безразличным, мудрым и бездумным, с любовью и ненавистью. На почве этого формируется и отношения к ребенку в период болезни. У родителей в этот период могут появиться переживания вины за развитие заболевания, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей отражаются на детях и вызывают у них похожие чувства. У ребенка изначально отсутствует отношение к себе, как к здоровому или больному, это отношение к болезни формируется постепенно под влиянием родителей. Проблема заключается в том, что при одном и том же диагнозе ребенка, родители устанавливают различное отношение к нему и его заболеванию. Тем самым, провоцируя улучшение или ухудшение в состоянии ребенка.

В случае, когда болезнь ребенка является хронической, помощь фокусируется на пациенте, а семья рассматривается как главный проводник целесообразных с точки зрения медицины манипуляций. Родителям адресуются разъяснения, объяснения, инструкции, ожидания врача. Состояние семьи рассматривается, прежде всего, с точки зрения терапевтической целесообразности и возможностей семьи следовать ей.

Сам факт наличия у ребенка какого-либо серьезного заболевания приравнивается к состоянию горя в семье. Особенно если речь идет о малодетной семье, тогда болезнь единственного или даже одного из двух-трех детей превращается в трагедию. В данном случае могут наблюдаться душевное и психосоматическое страдание, изменение моделей поведения семьи в целом или отдельных ее членов, чувство вины, реакции гнева и агрессии. Родительский гнев только усиливает у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь.

Часто родители надеются на то, что диагноз, может быть ошибкой, что появится новый эффективный метод лечения или произойдет чудо. При серьезном заболевании ребенка жизнь семьи в корне меняется. Увеличиваются материальные затраты, изменяются семейные взаимоотношения и разрушаются мечты и планы на будущее. В большинстве случаев возникает и осложняет

ситуацию дополнительное бремя «печати больного / инвалида» с дистанцированием и отчуждением от родственников и друзей.

Наконец, родители часто испытывают чувство растерянности, вины и стыда. Они обвиняют в случившемся себя, либо возникновение тяжелого заболевания у ребенка становится поводом для супружеского конфликта с односторонними или взаимными обвинениями в «плохой наследственности» или «неправильном отношении». Это может усиливаться мнением о том, что специалисты или значимые близкие обвиняют их в возникновении заболевания [1].

Принято выделять 4 реакции родителей на болезнь ребенка, которые ведут к изменениям в психике больного и способствуют совладанию с болезнью или мешают ему.

Первый тип считается наиболее приемлемой реакцией, он предполагает принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности и учитывают ограничения, связанные с болезнью. Они наблюдают за ребенком и всеми силами помогают ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы компенсации того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Благодаря этому ребенок вместе с семьей учится прилагать дополнительные усилия, чтобы победить болезнь, а его радость от маленьких и больших побед повышает самооценку и самоуважение. Главная задача родителей – поддерживать и поощрять стойкость ребенка в борьбе с заболеванием. Это очень сплачивает семью, делает ее важным лечебным фактором.

Второй тип – «паническое бессилие». Родители так испуганы диагнозом и прогнозами врачей, что считают бессмысленным с ней бороться. Болезнь ребенка воспринимается как что-то страшное и неминуемое. Такое поведение родителей приводит к тому, что у ребенка возникает чувство обреченности, он не делает усилий, направленных на выздоровление. Ребенок ощущает бессилие

и чувствует себя жертвой обстоятельств. Такая позиция не способствует выздоровлению, а лишь усугубляет положение.

Третий тип – «вытеснение», он предполагает, что родители «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. Они пытаются скрыть факт болезни от окружающих. Ребенок, в этом случае, страдает от того, что его просьбы, жалобы, усталость и трудности в учебе игнорируются. Нередко при этом и на врачей, и на ребенка выплескиваются агрессия, раздражение, обвинения. За всем этим часто стоит нежелание менять жизнь семьи, обеспечить больному ребенку дополнительный уход. При таком типе отношения ребенок чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

Четвертый тип – «уход в болезнь». В данном случае, болезнь ребенка выступает защитой от сложностей жизни. При этом типе отношения к болезни велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет [22].

Важно заметить, что в большинстве случаев родительское отношение к детям с нарушениями здоровья не является адекватным: состояние стресса, вызванного заболеванием ребенка, в большинстве случаев не находит позитивного выхода, а напряжение, чувства горя, депрессии со временем, накапливаясь, входят в эмоциональный паттерн личности, приводя к ее невротизации. Усиливаются индивидуально-психологические особенности матери до уровня акцентуаций и психопатий. Со временем патохарактерологические черты становятся стойкими, искажая систему восприятия матерью своих чувств, отношения с окружающими людьми и в первую очередь влияют на систему взаимоотношения матери с больным ребенком.

Неуверенность в себе, зависимость от внешних оценок, чувство вины, характерные для матерей с невротическими проявлениями, приводят к тому, что они не являются опорой для больного ребенка. Они становятся слабым

звеном в диаде, как правило, не способствуют выздоровлению ребенка, так как точно уверены в не успешности всех своих начинаний, не способны к упорному достижению цели [16].

Е.Г. Силаева выделяет два основных типа родительского отношения к больным детям:

1) Гиперопека – проявляется в чрезмерном внимании родителей, в стремлении предупредить желания больного ребенка. Такое поведение родителей представляет собой воспитание по типу «ребенок – кумир семьи». Характерными чертами являются чрезмерное покровительство, стремление освободить ребенка от всех трудностей, удовлетворить все его потребности. Часто связь больного ребенка с матерью приобретает симбиотический характер. В таких семьях родители вынуждены снижать свою трудовую и социальную активность, чтобы проводить больше времени с ребенком, во всем помогать ему, «максимально» лечить. Наличие заболевания оправдывает и усиливает заботу родителей, особенно матерей. Родители стараются удовлетворять все запросы ребенка и не наказывать его.

2) Эмоциональная изоляция – проявляется в виде явного или скрытого отвержения больного ребенка в системе семьи. В случае скрытого эмоционального отвержения родители понимают свое негативное отношение к ребенку и пытаются компенсировать его подчеркнутой заботой. Эмоциональное отвержение тяжело сказывается на развитии личности ребенка. Картина усугубляется, если другие дети в семье принимаются родителями. Отсутствие тесного эмоционального контакта с ребенком иногда сопровождается повышенными требованиями родителей к педагогическому и медицинскому персоналу. Нередко эмоциональное отвержение проявляется в том, что родители стесняются кому-либо представлять своего ребенка. Часто родители скрывают малыша от посторонних глаз, гуляют с ним вечером, когда менее заметны физические недостатки [60].

Таким образом, типичные виды родительского отношения к больным детям представляют собой «крайние точки», существует множества вариантов

отношений родителей к детям, и заключаются они либо в максимальной самоотдаче, либо в полном отстранении родителей от ребенка.

В исследованиях стилей детско-родительских отношений Е.Т. Соколовой были выделены основные типы взаимодействия матери и ребенка при совместном решении задач:

- сотрудничество;
- псевдосотрудничество;
- изоляция;
- соперничество [25].

Сотрудничество предполагает тип отношений, в которых ребенку дают право «на автономию», учитывая все его потребности. Помощь оказывается в сложных ситуациях, требующих участия взрослого. Варианты решения той или иной возникшей в семье проблемной ситуации обсуждаются вместе с ребенком, принимается во внимание его мнение.

Псевдосотрудничество может осуществляться либо в доминирование взрослого, либо в доминирование ребенка. Происходит формальное взаимодействие, сопровождающееся откровенной лестью. Совместные решения достигаются за счет ложного согласия одного из партнеров, испытывающего страх перед возможной агрессией другого.

При изоляции полностью отсутствует объединение усилий и совместное решение проблем. Инициативы друг друга отклоняются и игнорируются, участники взаимодействия не слышат и не чувствуют друг друга.

Для стиля соперничества характерна конкуренция при отстаивании собственной инициативы и подавлении инициативы партнера. Е.Т. Соколова подчеркивает, что лишь при сотрудничестве, когда при выработке совместного решения принимаются как предложения взрослого, так и самого ребенка, отсутствует игнорирование партнера. Поэтому данный тип взаимодействия побуждает ребенка к творческой активности, формирует готовность к взаимопринятию, дает ощущение психологической безопасности.

В.В. Ткачева выделяет три типа матерей детей с нарушениями здоровья,



для каждого из которых характерны особенности родительского отношения:

1) Невротичный тип – характерны пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка, хроническая тревожность, слабость и инертность; предрасположенность к гиперопеке, либо, наоборот, к эмоциональной холодности. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

2) Авторитарный тип – свойственны активная жизненная позиция, стремление руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки даже советам специалистов, стойкое желание найти выход из создавшегося положения, агрессивность, импульсивность, эмоциональная холодность в отношениях с ребенком, неравномерный характер применения воспитательных мер, довольно частое использование жестких форм наказания. Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

3) Психосоматический тип – характерны частая смена полярных настроений, сочетание черт невротичного и авторитарного типов, склонность к доминированию. Проблема ребенка, чаще скрываема от посторонних взглядов, переживается ими внутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования проблемы, фрустрирующей психику, у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний. У первых двух категорий родителей он проявляется во внешнем плане. Например, у невротичных – слезы, истерики, у авторитарных – скандалы, агрессия, окрик. Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей [37].

Согласно результатам эмпирических исследований, наиболее адекватным с точки зрения родительского отношения из перечисленных является авторитарный тип. Родители, относящиеся к этому типу, являются наиболее способными к оказанию помощи детям с отклонениями в развитии.

Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что родители с такими психологическими характеристиками демонстрируют самые высокие количественные показатели (в 60,1 % случаев) по установлению оптимальных взаимоотношений с ребенком (модель «сотрудничество»). Это объясняется тем, что в основе авторитарного психологического типа лежит стенический тип реагирования на стресс, качественные характеристики которого предполагают возможность разрешения и преодоления любых проблем, в том числе и проблем ребенка с отклонениями в развитии.

Наименее адекватным, в свою очередь, является невротичный тип. Родители, относящиеся к невротичному типу, демонстрируют самые высокие показатели по установлению неадекватных взаимоотношений с ребенком (в 86 % случаев). Невротичный психологический тип опирается на особенности гипостенического типа реагирования, что и объясняет причину низкого уровня потенциальных возможностей невротичных родителей для преодоления проблем ребенка и его адекватного воспитания.

На отношение родителей к больному ребенку сегодня влияет много различных обстоятельств:

- 1) прошлый опыт (например, смерть одного из детей);
- 2) малодетная семья (в единственном ребенке часто видят продолжателя рода, с ним связываются надежды на поддержку в будущем);
- 3) низкий уровень здоровья самих родителей, их частые болезни, плохое самочувствие;
- 4) получение родителями некачественной информации о болезнях и их последствиях;
- 5) убежденность родителей в своих знаниях о конкретной болезни или детских болезнях в общем [62].

Все указанные обстоятельства проявляют себя по-разному, это зависит от индивидуальных психологических особенностей родителей.

Реакции на болезнь ребенка во многом зависят от личностных особенностей родителей, их эмоционального состояния, уровня

интеллектуального развития, уровня культуры и образования. Но существует и достаточно закономерная структурная последовательность реагирования в виде обычно описываемых при горевании этапов шокового состояния, переживания и принятия [3].

В психологическом плане огромное значение имеет время оглашения диагноза о болезни ребенка его родителям. Врач должен найти правильные слова, чтобы как можно более тактично сообщить неприятную новость и объяснить всю суть возникшей ситуации и возможных способов лечения. Профессиональный навык врача при этом заключается в его человечности и наборе психотерапевтических методов.

Первая реакция на диагноз носит характер шока и неверия в случившееся. Родители ощущают необходимость решительных действий и начинают метаться от врача к врачу, от профессора к профессору, обращаются за помощью к магам, экстрасенсам и т.п.

На разных стадиях болезни ребенка оба родителя или один из них могут переживать выраженный дистресс, приводящий к невротическим реакциям в виде психогенной депрессии, вегетативных расстройств, тревоги, страха, бессонницы.

Зачастую в подобной ситуации они не обращаются за профессиональной помощью, пытаются найти выход в алкоголизации и наркотизации вплоть до формирования зависимости, разрядках «на стороне», сворачивании социальных связей. Всё это в конечном итоге усугубляет семейную ситуацию и отрицательно влияет как на взаимоотношения родителей, так и на эмоциональное состояние больного и качество его лечения.

Одной из постоянных реакций родителей является страх перед неясными, непредсказуемыми последствиями болезни, ее исходом, утрата мужества, чувство беспомощности, и, как следствие, развитие депрессивных состояний.

Нередко у родителей возникает реакция агрессии, распространяющаяся на окружающих их людей. Лечащий врач и персонал клиники должны быть готовы к такому виду агрессивных реакций. Горечь, боль, страх за ребёнка,

обида на судьбу, часто неосознаваемая, требуют «выхода» и могут выплескиваться на врача и медицину в целом. Ситуация утяжеляется ещё и тем, что у родителей могут быть различные точки зрения на происходящее с ребенком и на выбор методов лечения. В отношениях между врачом и родителями больного ребёнка нередко имеется потенциальная возможность конфликтных ситуаций.

Одной из защитных реакций родителей является стремление обеспечить ребёнка чрезмерным количеством новых игрушек, модной одежды, современной техникой и т.д. Иногда это чувство вины перед ребенком, иногда стремление «замаскировать» отличия от здоровых детей, иногда неосознанное стремление доказать – «мы – хорошие родители». Так или иначе, это попытки ухода от эмоциональных проблем и обсуждения происходящей ситуации с ребенком, которые не только не решают актуальные проблемы, но создают дополнительную психотравмирующую для всех ситуацию. Понимание родителями острой необходимости открытого диалога с ребёнком о его проблемах, связанных с болезнью, даёт возможность преодолеть эмоциональные барьеры. При выполнении этого условия, часто приходит эмоциональное облегчение, на смену сильной напряженности, ребенок начинает чувствовать поддержку, связь с родителями.

Сосредоточенность на болезни ребёнка влечет за собой упущения и в воспитании ребенка. В большинстве случаев родители не считают себя вправе ругать и наказывать больного ребенка, даже если этого реально требует ситуация. Отсутствие адекватного воспитания ребёнка через некоторое время приводит к ситуациям, которые почти не контролируются, что вызывает новые трудности. Некоторые, напротив, считают, что «твердая рука» может вернуть ребенку его здоровье.

Можно выделить три основных типов семейных отношений, возникающие в связи с тяжелым заболеванием у ребёнка:

1) Реалистический подход. Поддержание и сохранение отношений с ребенком. Адекватные отношения между всеми членами семьи, включая сестер

/ братьев. Беспокойство и тревога родителей не являются патологическими.

2) Пессимистический подход. Родные практически исключают больного ребенка. Часто и надолго оставляют его в клинике, редко навещают. Утрачиваются жизненные интересы родителей, появляется чрезмерная фиксация на здоровом ребёнке. Родители находятся в состоянии хронической эмоциональной усталости и напряжения. Такое поведение может быть признаком, как депрессии, так и стремлением избежать ответственности.

3) Необоснованно оптимистический подход. Полное игнорирование серьезности заболевания. Если ухудшается состояние ребёнка, семья может стремиться сменить своего врача или клинику. Столкнувшись с тяжёлым состоянием в периоды выраженного заболевания, родители впадают в тяжёлую психологическую декомпенсацию, могут наблюдаться длительные депрессии, суицидные попытки. Такое поведение родителей лишь усугубляет состояние больного ребёнка и других членов семьи.

Описанные типы отношений не являются стабильными и на разных этапах болезни могут проявляться в различных комбинациях или сменять друг друга. Следовательно, не только больной ребёнок, но и все члены семьи нуждаются в психологической поддержке и психотерапевтической помощи на всём протяжении его болезни. Тяжелее всего родители переносят чувство вины, когда болеет их ребенок, а самыми тяжелыми реакциями на болезнь являются психогенные депрессии.

Важно понимать, что чем сложнее характер заболевания ребенка или отклонения, тем сложнее отношения.

К примеру, в отличие от родителей детей с легкой степенью умственной отсталости у родителей детей с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости отмечается увеличение симбиотических отношений к ребенку. В случае нормального развития первоначальная симбиотическая связь ребенка и матери сменяется постепенной автономией сына или дочери. Это освобождает время и силы родителей для реализации личных интересов (получение образования, профессиональный рост, встречи с друзьями, путешествия,

собственные увлечения). В процессе воспитания ребенка-инвалида первоначальная симбиотическая связь с матерью не только со временем не ослабевает, но в ряде случаев даже усиливается [67].

С тяжестью отклонения в развитии детей усложняются отношения родителей к таким детям. Воспитание носит характер либо гиперопеки, либо эмоционального отвержения ребенка как «неудавшегося человека», либо инфантилизации или симбиоза с ребенком.

## **1.2 Характеристика родительской тревожности**

В современной психологической литературе разделяют понятие тревоги и тревожности. Тревожность – индивидуальная психологическая особенность человека, которая проявляется повышенной склонностью к беспокойству, тревоге, страху, который зачастую не имеет под собой явных оснований. Охарактеризовать это состояние можно и как переживание дискомфорта, предчувствие какой-то угрозы.

Тревога – эмоциональное состояние острого внутреннего беспокойства, связываемого в сознании человека с прогнозированием опасности. Тревога рассматривается в психологии как неблагоприятное по своей эмоциональной окраске состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий [4].

Понятие «тревога» было введено в психологию З. Фрейдом. Согласно его учению, определенные переживания, имевшие место в жизни человека: действия, мысли, импульсы, или воспоминания, – мучительно болезненные или порождающие сильную тревогу вытесняются из сознания, а те силы, которые привели к вытеснению произошедшего из памяти, мобилизуются, препятствуя их восстановлению в сознании [13]. Вытеснение можно рассматривать как исходный защитный механизм, который избавляет человека от мучительного для него переживания тревоги. Но достаточно часто вытесненные мысли и побуждения не удается удерживать на подсознательном уровне, и вместе с ними наружу выходит и тревога, которая с ними связана. Вследствие этого

начинают активизироваться различные дополнительные защитные механизмы, задача которых – укрепить «плотину», которая сдерживает запрещенные импульсы [13].

Следует признать, что в настоящее время нет прочной эмпирической поддержки утверждения З. Фрейда о том, что люди используют вытеснение для борьбы с угрожающими или неприятными переживаниями, и значит, проверить связь вытеснения с тревогой, вскрыть сложную природу тревоги и ее происхождения в рамках психоаналитического подхода не представляется возможным.

А. Адлер в своей индивидуальной теории личности рассматривал тревогу в качестве симптома невроза, а последний понимал достаточно широко – как диагностически неоднозначный термин, охватывающий многочисленные поведенческие нарушения.

Больные неврозами – это люди, выбравшие неправильный стиль жизни в основном по причине того, что в раннем детстве они столкнулись с физическими страданиями или же их чрезмерно опекали и баловали, или их отвергали. При таких условиях дети становятся повышено тревожными, не ощущают чувства безопасности и начинают развивать стратегию психологической защиты, чтобы справиться с чувством неполноценности.

Жизнь больного неврозом сопряжена с чувством постоянной угрозы их самооценке, ощущением неуверенности и повышенной чувствительности [24].

К. Хорни в своих трудах также рассматривала феномен тревоги. Она в отличие от Фрейда, не считала, что тревога является обязательным компонентом в психике человека. В ее социокультурной теории личности тревога возникает из-за отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях.

А. Адлер в своей индивидуальной теории личности проводит сравнение между страхом и тревожностью. Страх – реакция, пропорциональная наличной опасности, а тревога является несоизмеримой реакцией на воображаемую опасность. Страх и тревога – адекватные реакции на воображаемую опасность,

но в случае страха опасность очевидна, объективна, а в случае тревоги она скрыта, субъективна. Интенсивность тревоги пропорциональна тому смыслу, который для данного человека имеет данная ситуация [21].

Современные психологи разделяют понятие тревоги и тревожности. Так Н.Д. Левитов отмечает, что беспокойство, тревога в современной психологии, особенно американской, интерпретируются как эмоциональное состояние, которое сближается с эмоцией страха или является разновидностью страха.

В теории дифференцированных эмоций утверждается, что феномен тревожности сложен и состоит из доминирующей эмоции страха, взаимодействия страха с одной или несколькими другими фундаментальными эмоциями – страхом, гневом, виной, стыдом и интересом. Тревожность включает потребностные состояния и биохимические факторы. Можно выделить формы тревожности в зависимости от комбинации входящих в нее аффектов. Синдром тревожности может различаться у отдельных индивидов, например, страх – вина или страх – стыд – вина, страх – страдание, страх – гнев, страх – страдание – гнев, однако доминирующей эмоцией является страх [20].

При характеристике тревоги как эмоционального состояния следует учитывать, как особенности ситуаций, провоцирующих это состояние, так и его внешние и внутренние проявления, в том числе переживания, которые могут значительно влиять на поведение. Страх в форме опасения может занимать значительное место в некоторых состояниях тревоги, однако не следует считать страх и тревога синонимами, так как имеются такие состояния тревоги, в которых страх отсутствует или незначителен.

Также необходимо различить понятие беспокойство и тревога. В отличие от термина «беспокойство», в термине «тревога» подчеркивается компонент страха, что делает возможным отнести последний к своеобразной форме страха. Тревога – это психическое состояние, вызванное неприятными ситуациями, неожиданностью, изменениями в деятельности, задержкой приятного, желательного и выражающееся в специфических переживаниях: опасения,



волнения, нарушение покоя и др. [6].

Вопрос о взаимоотношении понятий тревога и страх в современной психологии до сих пор остается актуальным. Одни авторы указывают на то, что их следует четко отличать, другие, наоборот находят это различие незначительным и рассматривают эти понятия как эквивалентные. Также в психологии имеются попытки раскрыть понятие тревоги через понятие страха, связать эти образования. Тревога есть менее определенный и менее выраженный страх. Существует мнение, что тревога – это неопределенный страх [18].

Наиболее распространенным считается подход, предложенный К. Ясперсом. По его мнению, четкое разграничение страха и тревоги базируется на критерии, в соответствии с ним тревога ощущается вне связи с каким-нибудь стимулом, тогда как страх соотносится с определенными стимулом и объектом.

Имеются попытки объяснить различия между тревогой и депрессией. Считается, что основное различие между ними в характере действия. Депрессия предполагает потерю надежды на активное противодействие стрессу (защитная реакция и противодействующие механизмы вообще не включаются), а тревога, наоборот, подразумевает попытки активной борьбы со стрессом. Психологический фактор повышенной возбудимости, присущий беспокойству, может быть рассмотрен как подготовка к борьбе – активизация физиологических процессов, необходимых для поддержания активной борьбы со стрессом.

В США известным исследователем тревожности является К. Спилбергер. Он выделяет два понятия, две формы тревожности – тревога как состояние и тревога как свойство. Деление тревожности на состояние и свойство стойко вошло в психологический обиход и стало весьма удобным не только в теории, но и в диагностической и экспериментальной практике. Аналогичным образом предлагает различать тревогу и тревожность Левитов, как это уже и было показано выше, с той разницей, что последняя рассматривается им как черта характера. Состояние тревоги соразмеряемо временному эмоциональному

состоянию, вызванному наличием факторов, содержащих для индивида реальную или воображаемую опасность. Свойство тревоги отражает довольно стабильное индивидуальное свойство, определяющееся тенденцией субъекта воспринимать угрозу собственной личности и готовностью реагировать на это повышением состояния тревоги в условиях даже небольшой опасности или напряжения [19]. Иначе говоря, тревожность как свойство описывает относительно устойчивые индивидуальные различия в склонности индивида испытывать состояние тревоги. При соотношении двух названных выше форм тревожности указывается, что генетически первичной следует считать состояние, а вторичной – свойством. Жизненный опыт человека, фиксирующий частоту и интенсивность испытываемых состояний тревоги, непосредственно влияет на формирование тревожности как черты личности; свойство же определяет особенности функционирования состояние при ее актуализации и, значит, выступает базовой в подобном случае [19].

Можно подвести итог, изучение тревоги и тревожности занимали разные ученые, например З. Фрейд, А. Адлер рассматривал это явление в своей индивидуальной теории личности, также как К. Хорни в социокультурной теории личности.

На современной этапе основными вопросами остаются различие и соотношение понятий «тревога», «беспокойство», «страх» и «тревожность». В научных кругах нет по данным вопросам однозначного ответа.

Рассмотрим далее особенности проявления родительской тревожности:

Во-первых, следует отметить, что родительская тревожность влияет на качество родительской компетентности и продуктивности, так как снижает уверенность в собственных силах, возможностях как родителя, подкрепляется негативными ожиданиями. Вследствие этого тревожность снижает удовлетворенность от самого процесса родительства, блокирует положительные ощущения, эмоции и чувства, которые возникают в процессе воспитания и заботы детей. Как индивидуальная личностная характеристика у родителей, тревога может быть дополнительным фактором сложности принятия

родительской роли, эта характеристика довольно стойкая и может проявляться в страхе не справиться с функциями родителя. Несовпадение ожиданий от рождения ребенка с реальностью, негативно влияет на качество воспитания детей и на удовлетворенность семейными отношениями. Часто рождение ребенка не совпадает с истинными планами и мотивами родителей. Реализация материнской функции часто проходит без осознания целей и смыслов. В таких обстоятельствах у родителей будет ощущение неудовлетворенности, страха за будущее семьи, что отрицательно отразится и на развитии ребенка.

В исследовании доктора психологических наук А.М. Прихожан по диагностике тревожности детей и подростков подтвердили, что многие матери тревожных детей имеют высокие показатели по этой характеристике, причем среди матерей присутствовали как очень активные, сильные, стремящиеся полностью «выстраивать» и контролировать жизнь ребенка и всей семьи, так и ригидные, беспомощно-пассивные [52].

Предъявляемые родителям ожидания социума, формируют представления об идеальном родительском поведении и родительской компетентности. Социальные ожидания и общественное влияние на формирование родительства необходимо рассматривать с точки зрения социального регулирования: социум задает для личности определённые шаблоны родительства, которые преломляясь через ценностно-смысловую сферу и личный опыт, полученный в первичной семье, дают основу для формирования родительства в конкретном случае.

Большинство женщин находятся также под давлением общественных стереотипов, которые гласят женщине о том, что она должна играть определенные социальные роли. Роль матери, роль труженицы, роль жены и только после всего этого, если хватит сил и времени, женщина играет роль самой себя. Свои собственные запросы и потребности женщина постоянно вытесняет и подавляет, что также сказывается на ее психоэмоциональном благополучии. Часто требуется длительная и глубокая психологическая работа, чтобы обнаружить скрытые желания женщины, выраженные словами «я

хочу...», а не словами «я должна...».

Взаимодействие родителей с детьми предполагает контекст социальной направленности родителей и их ожиданий. Родитель, заботясь об эмоциональном и физическом благополучии ребенка, должен видеть в нем целостную личность, считаться с его правами и свободами. Собственные родительские ожидания он соотносит с теми возможностями и знаниями, которыми он обладает. Родитель чувствует большую ответственность за будущее своего ребенка. Осознанность своего родительства – это залог эффективного родительства и гармоничной семьи.

Почти все родители переживают страх за своего ребенка в моменты, когда он находится не под их присмотром, но со временем тревога проходит, страх за ребенка исчезает или возникает редко. Жизнь входит в свою колею, родители все больше переключают внимание на свою собственную жизнь, заботы и все реже вспоминают о ребенке, уверенные, что с ним все в порядке. Но бывает и по-другому.

Особую тревогу вызывает социализация ребенка, например, посещение детского сада, если вообще родители на это решаются.

Родители, которые воспринимают окружающий мир, как враждебный и полный опасностей, стремятся подготовить своего ребенка к этой «тяжелой» жизни. Его рано начинают обучать чему-либо – иностранному языку, музыке, досконально готовят к поступлению в школу и все это делается для того, чтобы обезопасить будущее ребенка, дать ему преимущество «в борьбе за жизнь». Иногда в ожидании предстоящих трудностей они не замечают, как сами наносят вред ребенку здесь и сейчас. Мама во что бы то ни стало, хотела, чтобы ребенок поступил в гимназию с усложненной программой. Объясняла она свое желание так: «После окончания этой школы больше шансов поступить в университет и избежать армии». При этом ребенка постоянно пугали тяготами армейской жизни и настойчиво заставляли ежедневно подолгу заниматься. Большая нагрузка оказались непосильными для психики мальчика, у него нарушился сон, по ночам снились кошмары, в которых дядьки в военной форме

заставляли его есть ужасную еду. Позже появились навязчивые движения, суетливость и приступы паники.

Причиной тревожного типа воспитания может быть прародительская семья, в которой подобным образом воспитывали девочку (чаще тревожность передается по женской линии). В этом случае тревожная мать просто переносит в свою семью систему воспитания, взгляды, поведение, которые усвоила с детства. Вероятно, что ее страхи связаны не только с ребенком. Она, к примеру, может бояться своего начальника, стихийных бедствий, воров, заразных заболеваний. Если говорить о более глубоких корнях этого состояния, то в основе лежит страх смерти, который зародился в детстве и не был нейтрализован оптимистическим выходом.

К описанным вариантам поведения можно добавить подозрительность и мнительность. Не имея на то никаких оснований, женщина может не отпускать своего ребенка погулять на улицу из-за того, что его может украсть маньяк. Особенно тяжело приходится ребенку, если с ними проживает такая же тревожная бабушка.

Другая причина – трагедия в прошлом, смерть близкого человека, несчастный случай. Столкнувшись один раз с такой болью, человек всеми силами будет пытаться избежать подобного, зачастую понимая неразумность своего поведения, но не в силах его поменять.

Тревожный тип воспитания можно увидеть в семьях, где растет единственный, долгожданный, болезненный ребенок [63].

Как показывает практика, опекаемые дети тревожных родителей не реже, а может быть даже чаще своих сверстников, становятся жертвами несчастных случаев и трагедий. Связанно это с тем, что чрезмерная родительская опека делает их очень чувствительными к любому воздействию, как физиологическому, так и психологическому. Рано или поздно ребенок все равно будет вынужден оторваться от мамы и тут скажется вся его уязвимость и неготовность к жизни. Так как собственные установки на жизнь еще не сформированы, родительские установки принимаются ребенком как истина: раз

мама боится за него, значит действительно мир опасен. У него тоже возникнут свои страхи, может быть не такие, как у мамы, а детские – страх вампиров, страшных снов, взрослых парней, наказаний, все, как и у других детей, но протекать они будут тяжелее и с возрастом не исчезнут, а обретут новую форму. Тревожные родители заражают малыша своими чувствами. Например, ребенок спокойной мамы уверенно встанет на ножки и, не боясь падений, будет учиться ходить, даже если упадет, встанет – пойдет дальше. Ребёнок тревожной мамы будет всегда искать поддержку, требовать внимания, бояться падения. В более старшем возрасте тревожность будет проявляться беспокойными мыслями по любому поводу: а если я не то скажу? А вдруг получу двойку? Тревожность будет мешать ребёнку объективно оценивать ситуацию и принимать решения.

В поведении такой ребенок проявляет подозрительность, робость, неохотно идет на контакт с новыми людьми, имеет, как правило, всего одного-двух друзей и не стремится знакомиться, общаться. Страхи вытесняют присущую детям открытость и любознательность. Как крайний вариант – невротическое состояние, которое переходит в невроз. Навязчивые движения или мысли, нарушения сна или ритуалы, которые появились в поведении ребенка – верный признак того, что надо проанализировать все происходящее и обратиться за помощью к специалисту.

Кроме того, достаточно часто повышение тревоги матерей, может возникать в связи с тем, что «отдавая» всю себя детям, мать испытывает в их адрес неосознаваемую агрессию, которая накапливается и маскируется под тревогой. Иногда родительская любовь препятствует даже необходимым и справедливым наказаниям детей, которые взрослея все больше и больше, эксплуатируют свою мать. В такой ситуации по мнению Д. Леви, тревога является «бессознательной враждебностью» матери [52].

Также, повышение тревоги за своих взрослеющих детей может определяться страхом перед собственным будущим матери. Если предположить, что вся жизнь матери подчинена воспитанию детей, и в

отношениях с ними привязанность превратилась в зависимость, то их взросление и последующий уход из семьи может привести к потере смысла жизни, ощущению пустоты и одиночества.

Нельзя говорить о том, что редкостью является ситуация, когда мать в глубине души считает себя «плохой» матерью, испытывает чувство вины перед детьми за свои реальные или мнимые «плохие» поступки. Тогда тревога является компенсацией чувства вины перед окружающими. Иногда близкие родственники усиливают вину, критикуя и реализовывая свои собственные интересы и потребности – зависть, ревность, злость и др. В некоторых ситуациях материнская тревога к взрослеющим детям может определяться и качеством отношений с супругом. Если отец, по мнению матери, мало внимания уделяет детям или ей, то мать в свою очередь пытается восполнить таким образом недостаток заботы со стороны своего мужа или привлечь его к семейным обязанностям. Могут быть и другие причины, однако эти являются наиболее очевидными.

Итак, тревога является универсальным личностным механизмом, который тонко реагирует на нарушение гармонии в различных плоскостях человеческой жизни, но практически ничего не говорит о своих причинах. Для устранения тревоги необходимо понять эти причины и изменить отношение к ним или же устранить их. Однако ребенок очень рано начинает протестовать против попыток родителей оградить его от чего-то и становится упрямо-бесстрашным. Этот вариант еще больше изматывает и без того тревожных родителей, и методы воспитания меняются: вместо опеки появляется строгий контроль, вводится жесткая система запретов, вслед за которой идет наказание [67]. Смело можно сказать, что тревожный родитель – это тот, кто не способен дать своему ребенку любовь, честь, уважение, доверие.

### **1.3 Роль тревожности матери в формировании отношения к болезни ребенка**

Тревожность может длиться в ограниченный момент времени, но иногда может становиться устойчивым свойством человека. Материнская тревога

порой плохо осознаваема, поскольку связана с заложенными в характере многих женщин высоким чувством ответственности и обязательностью.

Страх – это реакция на опасность, угрожающую ребенку непосредственно в этот момент, тогда как тревога связана с неизвестностью, не реальной, а воображаемой опасностью.

Страх за ребенка рождается вместе с его появлением на свет, а иногда даже и раньше. Определенная тревожность появляется еще при зачатии. Если беременность незапланированная, то тревога связана со многими вопросами: «Нужен ли мне этот ребенок?», «как его прокормить?», «останется ли со мной мужчина-отец ребенка?». Если беременность была запланирована и все эти вопросы решены, тогда на первый план выходит боязнь процесса родов. Чаще всего у мам возникает большая тревога из-за предстоящих болезненных ощущений [63].

Страх и любовь мамы сливаются в одно целое, тревожные мысли одолевают постоянно, даже когда нет никакой реальной угрозы здоровью и жизни малыша. С ребенка не спускают глаз, даже когда он уже в состоянии обходиться без родительской опеки. Незначительные заболевания в таких семьях вызывают паническую реакцию. Участковые врачи хорошо знают таких родителей и не удивляются постоянным вызовам на дом и даже вызову «скорой помощи», когда у ребенка всего лишь немного поднялась температура. Проблемами семьи могут стать аппетит ребенка и его стул, особенности поведения и развития, характер и привычки.

Так, согласно исследованиям Йельского университета, те дети, у которых гипертревожные мамы, получают на 30 % больше лекарств и на 40 % чаще госпитализируются. Маму, которая находится в нестабильном эмоциональном состоянии, можно убедить в чем угодно, она просто не способна отсеивать ненужную информацию.

Различные личные причины матери могут стать катализатором развития тревожности:

- физическое здоровье женщины до и во время беременности. Проблемы



с зачатием, выкидыши, процедура искусственного оплодотворения, сложные беременности и роды и т.д. С каждой новой сложностью тревога нарастала, чему немало способствовал гормональный фон. После этого, любая мысль о ребенке вызывает выброс соответствующих гормонов «тревоги». Если постоянное напряжение длилось несколько месяцев, организм перестраивается, и в дальнейшем такая биохимия в организме поддерживается постоянно.

- психологическое самоощущение матери. Очень важно сбалансированное эмоциональное состояние матери, прежде всего, важна уверенность в себе и своих силах. Это ощущение во многом предопределяется отношениями с родителями и партнерами, профессиональной самореализацией, социальной активностью, материальным положением, опытом.

- отсутствие опыта. Появление первенца может вызвать у молодой матери состояние близкое к панике, когда уход за ребенком кажется невыполнимой и незнакомой задачей. Особенно, если мама вынуждена справляться с воспитанием в одиночку или растит ребенка в окружении многочисленных непрошенных советов, где все «знают лучше нее».

- наследственность. Если у женщины была тревожная мать, скорее всего, и она сама будет склонна к повышенной тревожности за ребенка.

Стадии материнской тревожности:

- общая тревога, когда повышенное беспокойство о ребенке сопровождается преувеличением опасности, выдумыванием негативных сценариев, игнорировании положительных вариантов развития событий;

- навязчивая тревога, когда все мысли сконцентрированы на здоровье, инфекциях, переносчиках заразы, и в связи с этим мать считает, что она должна больше заботиться о ребенке, защищать его от всевозможных вирусов и болезней;

- фобии, когда какая-то потенциально опасная ситуация раздувается до масштаба катастрофы, и мать прилагает все силы к тому, чтобы избежать ее. Так, мать может бояться оставить ребенка с мужем, так как считает, что тот будет смотреть телевизор, а ребенок, предоставленный тем временем сам себе,

выпадет в окно [28].

Рассмотрим признаки тревожности. Тревожная мать обладает повышенным чувством сопереживания, очень уязвима и обидчива, очень легка на гипертрофированные эмоции даже при просмотре фильма, не говоря уже о реальной жизни. Тревожность проявляется в беспомощности, в неуверенности в себе, в преувеличении значимости ситуаций и ощущением бессилия перед ними.

Такие матери обычно мнительны и скрупулезно занимаются вопросами здоровья ребенка, штудируя специальную литературу, просиживая часами на форумах, задавая вопросы о том или ином «симптоме». При этом женщине приходится чутко спать, ловя каждый вздох ребенка, поэтому она совершенно не высыпается, усугубляя свое и так шаткое психологическое состояние.

Она требует поддержки у своих родных по хозяйству, при этом в отношении к ребенку крайне внимательна и осторожна, предвосхищает всевозможные болезни, проводит с ребенком развивающие занятия, кормит разнообразной здоровой пищей. К сожалению, за всеми этими заботами мама часто теряет эмоциональный контакт с ребенком, забывая о том, что наравне с физическим и умственным развитием, важен душевный комфорт ребенка, игра и его свободное развитие.

Повышенная тревожность матерей, ее чрезмерное внимание к здоровью ребенка и повышенная гиперопека приводит к возникновению «синдрома уязвимого ребенка». Дети с синдромом уязвимого ребенка имеют худшие показатели успеваемости в школе; проблемы общения со сверстниками; страхи перед врачами и медицинскими манипуляциями [70].

Если ребенок госпитализирован, то это значит, что в любом случае, независимо от диагноза, он будет получать внутримышечные инъекции, с ним будут проводить какие-то манипуляции и при этом никто не будет пытаться наладить с ребенком эмоциональный индивидуальный контакт и заботиться о снижении медицинской агрессии.

Один из самых важных вопросов агрессивной медицинской среды –

вопрос совместного пребывания детей и родителей, в том числе в реанимациях. Сепарация и депривация – одни из самых серьезных угроз нормальному развитию детей. Страх отделения от матери ребенок испытывает с самого первого дня своей жизни. Инстинктивно, на биологическом уровне ребенок чувствует, что рядом с ним есть мать, отец или другой взрослый человек, который обеспечивает его безопасность. Если ребенок, особенно в первые годы жизни, воспитывается в различной степени сепарации или депривации, если он не получает достаточного количества внимания, то он усваивает, что жизнь очень опасна и полна угроз. И вот это впечатление ребенок пронесет через всю жизнь и живет с постоянным более высоким уровнем стресса, адреналина и кортизола. Поэтому так важны материнское спокойствие и адекватное отношение к болезни.

Л.С. Печникова исследовала материнское отношение к детям с синдромом раннего детского аутизма. Исследования доказали, что матери часто не осознают болезнь ребенка, которая изначально обусловлена серьезной дефицитарностью. Они испытывают вину за поведение малыша и за невозможность наладить оптимальный контакт с ним. Отсутствие осознанности того, что ребенок болен, а не просто имеет некоторые недомогания, вносит свою лепту в самообвинение матерей и еще больше вводит их в состояние растерянности. Личностные особенности таких родителей характеризуются высоким уровнем тревожности, реакцией ухода от фрустрации, эмоциональной неустойчивостью в сочетании с ригидностью аффекта, повышенной чувствительностью к социальным оценкам. Семейная атмосфера характеризуется родительской нерешительностью и растерянностью, а иногда как бы психической парализацией, вызванной непониманием родителями, того как удовлетворить потребности ребенка. На эмоциональном уровне отношение к ребенку остается позитивным и принимающим, а на когнитивном уровне оценка ребенка может становится отвергающей.

Автор выделяет три группы матерей: более активные, склонные инфантилизировать своего больного ребенка, оказывать помощь ему даже в

том, что он умеет делать. Для матерей второй группы ребенок является слишком тревожащим и утомительным объектом. Отношение к ребенку матерей третьей группы более сложное: здесь и стремление безмерно контролировать ребенка, и отрицание его возможностей достичь успеха, и оценка его как «маленького неудачника». Важно заметить, что степень нарушения материнского отношения зависит от тяжести патологии ребенка [51].

Если жить с базовым чувством, что жизнь опасна, то малейшие раздражители будут вызывать высокие показатели степени опасности. В таких случаях организм гораздо быстрее, легче и чаще реагирует на незначительные негативные воздействия, угрозы высокой стрессорной реакцией. Это делает человека более предрасположенным к различного рода сердечно-сосудистым заболеваниям, заболеваниям нервной системы, психической сферы. Отсюда развиваются неврозы и психозы. Естественно, если человек не чувствует себя в безопасности и находится в состоянии хронического стресса, то его здоровье, удовлетворенность жизнью, психологическое состояние всегда будут «страдать». Поэтому сепарация маленького ребенка, когда мать олицетворяет для него самую высокую степень безопасности, – потенциально очень опасна.

Так, чрезмерная тревога матерей и забота о здоровье ребенка приводит к тому, что медицинская среда, различного рода процедуры приводят к негативным последствиям для психологического состояния ребенка. У него формируются страхи, недоверие к окружающим [63].

В раннем детстве дети копируют поведение близких людей. Ребенок будет так же, как и его мать, испытывать необъяснимое чувство тревоги, ощущение опасности внешнего мира. Находясь в постоянном страхе, ребенок непроизвольно все время напряжен, из-за чего он мало и плохо спит. Недосыпание в свою очередь приводит к нервному истощению и, как следствие, к развитию множества страхов, переходящих в фобии.

Следует учитывать, что тревожность, а также беспокойство, страхи и депрессивные состояния, которые не редко являются звеньями одной цепи,

вливают на психологическое благополучие и, в том числе, на эмоциональное состояние ребенка, а они, в свою очередь, являются аспектами физиологического здоровья. Так как ребенок имеет тесную связь с матерью, которая является для него самым близким человеком после рождения, малыш, благодаря «зеркальным нейронам» чувствуют материнскую тревожность. Как следствие, малыш тоже становится беспокойным и тревожным. Беспокойство ребенка еще больше пугает маму, что способствует выработке таких гормонов, как кортизол и адреналин. Первый из которых является «гормоном стресса», а второй «гормоном страха». Они включают реакцию «бей – беги – замри», которая исключает адекватное восприятие ситуации и не дает возможности критически ее оценивать.

Нужно также учитывать косвенные факторы, которые могут влиять на ребенка, если мама тревожна. Как отмечалось ранее, беспокойные матери теряют критичность, внимательность, сосредоточенность. Она может сместить фокус с действительно важного, на вторичный объект. Начиная от возможности спутать лечебный препарат от вынужденной невнимательности и заканчивая тем, что может просто быть агрессивной по отношению к ребенку от непереносимости

В раннем детстве дети копируют поведение близких людей. Ребенок будет так же, как и его мать, испытывать необъяснимое чувство тревоги, ощущение опасности внешнего мира. Находясь в постоянном страхе, ребенок непроизвольно все время напряжен, из-за чего он мало и плохо спит. Недосыпание в свою очередь приводит к нервному истощению и, как следствие, к развитию множества страхов, переходящих в фобии.

От материнской гиперопеки, вызванной повышенной тревожностью, дети могут вырасти обидчивыми, неспособными бороться с трудностями, инфантильными, без навыков принятия решений, боящимися допустить ошибку.

## 2 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОЖНОСТИ МАТЕРЕЙ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

### 2.1 Организация и методы исследования

В первой главе нами были сделаны теоретические выводы, чтобы подтвердить и уточнить их, было проведено эмпирическое исследование. Исследование проводилось с целью выявить характер взаимосвязи тревожности матерей и отношения к болезни ребенка.

Данное исследование проходило на базе Амурской областной детской клинической больницы (АОДКБ) г. Благовещенск. Участие в исследовании приняли 50 матерей. Все испытуемые находились на госпитализации со своими детьми.

Для достижения поставленной цели в исследовании необходимо было решить следующие задачи:

- 1) Выявить уровни личностной и родительской тревожности у матерей;
- 2) Определить тип отношения к болезни ребенка у матерей;
- 3) Провести статистическую обработку данных исследования с целью установить характер связи между исследуемыми характеристиками.

Гипотезой исследования было предположение о том, что существует взаимосвязь между уровнем тревожности матерей и отношением к болезни ребенка.

Исследование было организовано в несколько этапов:

- 1) Подготовительный этап.

На первом этапе в соответствии с поставленной целью и задачами были отобраны методики, которые отвечают ряду требований. Используемые методики должны обладать высокой надёжностью и валидностью, подтверждённой, в том числе, частотой её применения на практике.

Используемые методики должны давать возможность получения широкого диапазона личностных характеристик, что позволяет сократить количество самих применяемых методик, а также получить латентные (скрытые) факторы

более высокого уровня, которые будут в свою очередь устойчивее факторов их формирующих. Кроме того, использованные методики должны давать возможность проведения группового обследования.

После рассмотрения ряда методик, для исследования были отобраны:

- методика определения личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера – Ханина) (приложение А);

- диагностика профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (приложение Б);

- методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева (приложение В).

2) Основной этап исследования.

Второй этап исследования состоял в отборе и распределении испытуемых в соответствии с выбранным исследовательским планом. Затем проводился сбор диагностической информации, он проходил в индивидуальном порядке. Испытуемые затрачивали на заполнение бланков опросников от 20 до 40 минут. Им предлагались тексты опросников, бланки для заполнения. Каждому испытуемому давалась инструкция по заполнению бланков ответов по каждому опроснику.

3) Завершающий этап.

На третьем этапе исследования проводилась обработка собранной информации. Проводился подсчет баллов по каждому опроснику, составлены таблицы данных по группе испытуемых в целом. Затем проводился корреляционный анализ данных.

Для статистической обработки данных исследования использовался коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена. Данный коэффициент является наиболее простым для расчетов и достаточно мощным для данного объема выборки.

Назначение рангового коэффициента корреляции заключается в том, что он позволяет определить силу и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Универсальность коэффициента ранговой корреляции проявляется в том, что он применим к любым количественно измеренным или ранжированным данным.

Расчет коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена проводится по следующему алгоритму:

- 1) сопоставить каждому из признаков их порядковый номер (ранг) по возрастанию (или убыванию);
- 2) определить разности рангов каждой пары сопоставляемых значений;
- 3) возвести в квадрат каждую разность и суммировать полученные результаты;
- 4) вычислить коэффициент корреляции рангов по формуле:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)} \quad (1)$$

где  $\sum d^2$  - сумма квадратов разностей рангов,  
n - число парных наблюдений.

В работе расчет коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена проводился с использованием программы Статистика 6.0.

Опишем использованные в работе методики:

### **Методика определения личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера – Ханина).**

Шкала тревоги Спилбергера является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Этот опросник состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как личностной особенности (свойство тревожности). Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом



обуславливает поведение человека. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной деятельности субъекта. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Обработка результатов включает следующие этапы:

- 1) определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа;
- 2) на основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого;
- 3) вычисление среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая,
- 31 - 44 балла – умеренная;
- 45 и более – высокая.

Показатель ситуативной (реактивной) тревожности подсчитывается по формуле:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 35 \quad (1)$$

где  $\sum_1$  – сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma^2$  – сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

### **Диагностика профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (форма Б).**

Методика представлена в двух формах. Форма «А» предназначена для диагностики уровня тревожности у педагогов, форма «Б» – для диагностики уровня тревожности у родителей.

Каждая форма содержит две субшкалы:

- 1) Субшкала «Общего эмоционального неблагополучия» является общей для обеих форм.
- 2) Вторая субшкала направлена на определение профессиональной тревожности в форме «А» и на определение родительской тревожности в форме «Б».

При определении уровня родительской тревожности можно учитывать пол ребенка и общее количество детей в семье. В соответствии с полученными данными будет изменена формулировка опросника.

В данном исследовании использовалась только форма Б, так как именно она соответствует цели исследования. Опросник состоит из 40 высказываний, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале:

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

При обработке результатов необходимо учитывать, что вопросы делятся

на прямые (характерные для тревожного человека) и обратные (характерные для эмоционально благополучного человека). Соответственно, при ответе на прямые суждения испытуемый получает балл, равный его балльной оценке, а при ответе на «обратные» высказывания получает противоположный балл, то есть оценке испытуемого 1, 2, 3, 4, 5 будут соответствовать баллы 5, 4, 3, 2, 1.

Ключ к шкале профессиональной и родительской тревожности. Ключ является общим для обеих форм.

Субшкала «Профессиональная и родительская тревожность»:

«прямые» суждения – 1, 3, 10, 11, 14, 19, 21, 26, 28, 31, 35, 37, 39;

«обратные» суждения – 6, 7, 16, 23, 32, 40.

Субшкала «Эмоциональное неблагополучие»:

«прямые» суждения – 2, 4, 5, 9, 17, 22, 25, 27, 29, 30, 33, 34, 36, 38;

«обратные» суждения – 8, 12, 15, 18, 20, 24.

Далее подсчитывается общая сумма баллов по методике в целом и отдельно по каждой субшкале. Затем сырой балл переводится в стандартную (стенную) оценку с помощью данных, приведенных в специальных таблицах (приложение Б).

**Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева.**

Опросник используется в индивидуальной и семейной диагностике отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка, оценки эффективности семейной психотерапии, в консультативной работе, а также в научно-практической работе для изучения отношения к болезни ребенка в зависимости от заболевания, типа лечения (амбулаторное, стационарное, полустационарное, санаторное), культурного уровня семьи, качества семейных отношений, мало- и многодетности семьи и т.д. Может быть полезен при изучении формирования здорового образа жизни, формирования и особенностей психосоматических отношений.

Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) состоит из 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по

6-балльной шкале.

С целью балансировки опросника, повышающей достоверность результатов:

- утверждения даны в виде эмоционально-позитивных и эмоционально-негативных суждений;
- формулируются в 1 и 3 лице;
- выражают одно и то же качество через отрицательные и через утвердительные ответы.

Шкалы методики:

1. Шкала интернальности (И). Высокие показатели по ней описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка – причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Низкие показатели описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

2. Шкала тревоги (Т) описывает тревожные реакции на болезнь ребенка. Чем больше показатель, тем более выражена тревога. Умеренное отрицание тревоги характеризует относительно нейтральное отношение к болезни ребенка.

3. Шкала нозогнозии (Н). Высокие показатели описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия). Низкие показатели – описывают преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка (гипонозогнозия и анозогнозия).

4. Шкала контроля активности (А). Высокие показатели описывают тенденцию родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка («покой лечит»). Низкие показатели – тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности.

5. Шкала общей напряженности (О). Это суммарный результат по всему опроснику в целом. Высокие показатели характеризуют напряженное отношение к заболеванию ребенка.

## 2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Диагностика уровня тревожности у матерей проводилась с помощью методики определения личностной и ситуативной тревожности (Тест Спилбергера – Ханина) и методики выявления родительской тревожности А.М. Прихожан (форма Б).

Во-первых, рассмотрим результаты диагностики с использованием теста Спилберга – Ханина. Данный тест позволил нам выявить, как оценивают собственную тревожность матери на момент исследования, а также их оценку личностной тревожности. Результаты представлены на рисунках ниже.

Ниже представлены результаты диагностики по шкале личной тревожности (рисунок 1).

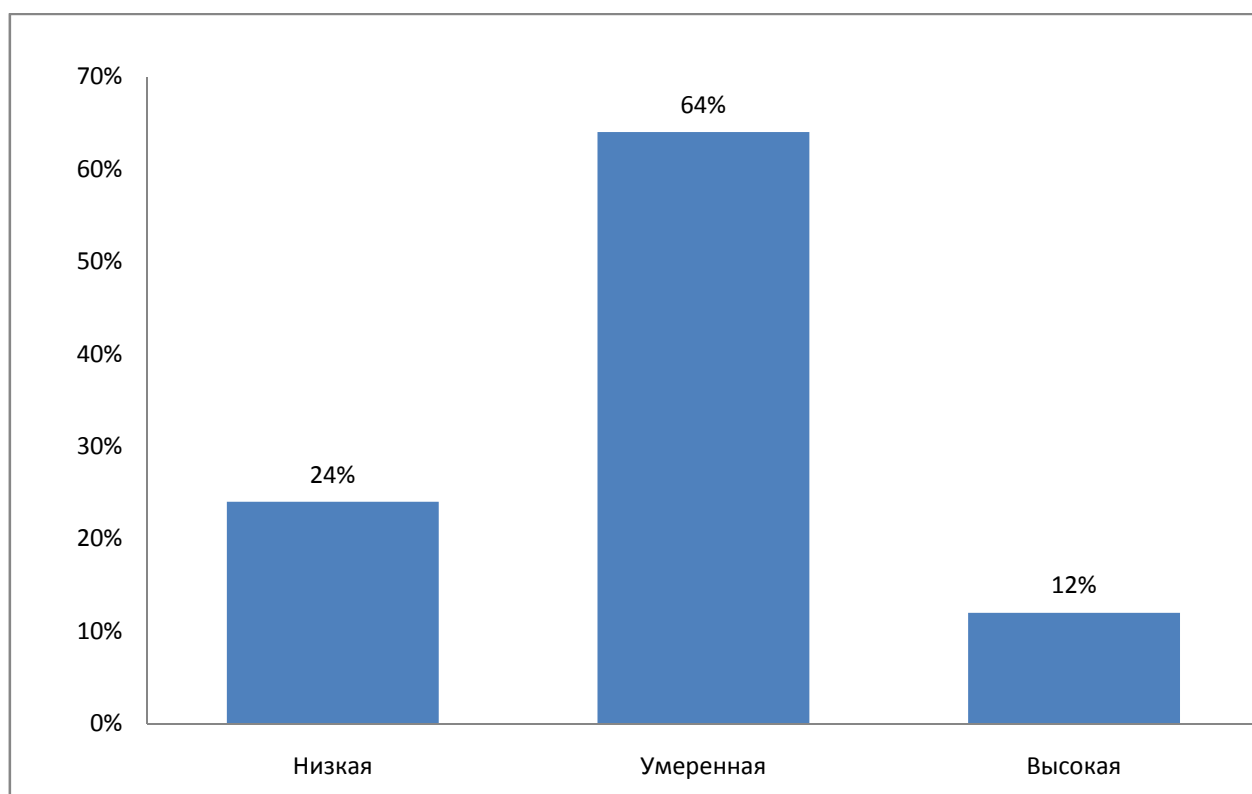


Рисунок 1 – Результаты диагностики по тесту Спилберга – Ханина по шкале личной тревожности, %

Личная тревожность является индивидуальной характеристикой, которая отражает склонность человека к восприятию достаточно широкого спектра ситуаций и явлений как угрозу для него и его семьи. Высокие показатели по данной шкале отрицательно характеризуют эмоциональную сферу личности,

так как это говорит о склонности воспринимать даже незначительные изменения в окружающем мире как деструктивные.

Как видно по рисунку 1, у 64 % матерей наблюдается умеренная тревожность. То есть они оптимально оценивают происходящие в окружающем мире изменения. Состояние тревоги у них наблюдается только в определенных ситуациях.

У 24 % матерей низкий уровень тревожности, а это говорит о необходимости повышения их активности, так как некоторый уровень тревожности необходим человеку, именно тревожность побуждает к позитивным изменениям. Кроме того, при низком уровне тревожности возникает вероятность проявления замедленных реакций на деструктивные изменения в жизни, в ситуациях, когда изменения требуют немедленной реакции.

Перейдем к анализу результатов по шкале ситуативной тревожности (рисунок 2).

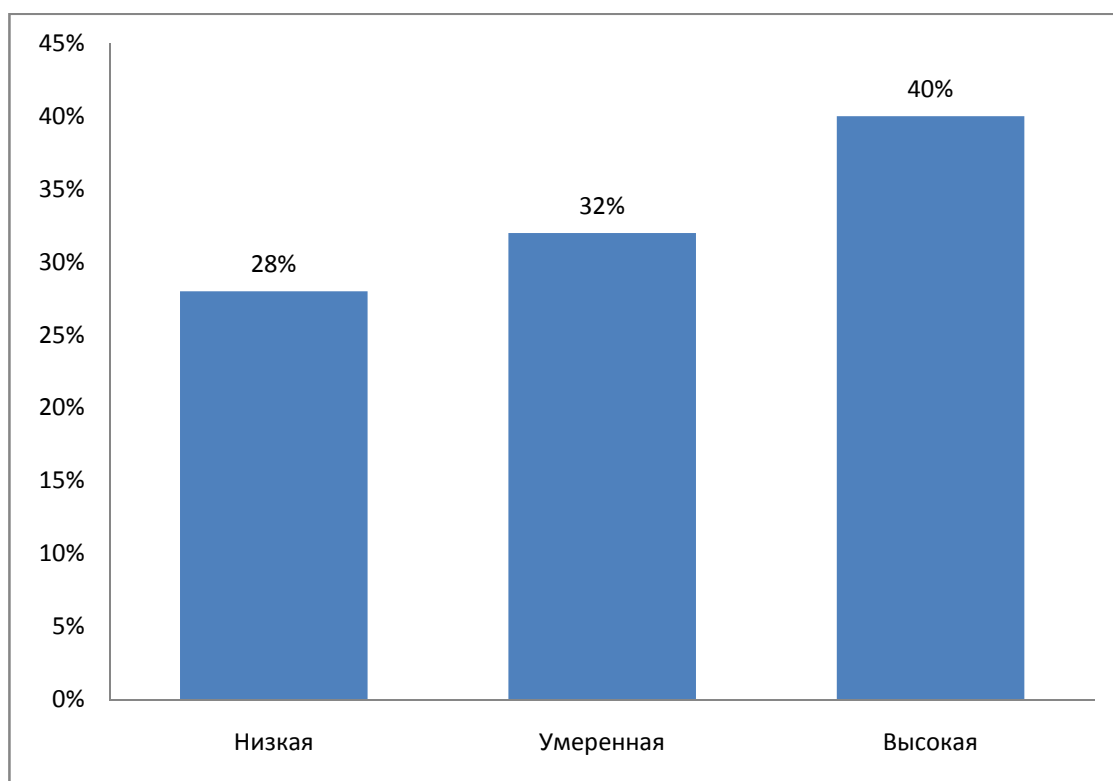


Рисунок 2 – Результаты диагностики по тесту Спилберга – Ханина по шкале ситуативной тревожности, %

Шкала ситуативной тревожности определяет состояние человека в

определенный момент времени, то есть на момент проведения диагностики. Данное состояние характеризуется переживаемыми эмоциями. Ситуативная тревожность характеризуется дискомфортом, напряженностью, беспокойством. Учитывая условия проводимого исследования – это беспокойство в связи с болезнью ребенка, нахождением в больнице, некоторой нестабильностью в будущем.

Результаты на рисунке 2 показывают нам, что у 40 % матерей, то есть у большего числа, наблюдается высокий показатель по шкале ситуативной тревожности, то есть они с повышенным беспокойством воспринимают ситуацию болезни ребенка. В подобной ситуации у этих матерей могут наблюдаться эмоциональные срывы, повышенная раздраженность.

У 32 % матерей наблюдается умеренная тревожность, что говорит об их адекватной и рациональной оценки сложившейся ситуации, то есть болезнь ребенка воспринимается как временное явление, в котором ее личные беспокойства не смогут оказать положительное влияние, но, тем не менее, эти беспокойства все же есть.

Тот факт, что у 28 % матерей низкий уровень тревожности говорит о том, что эти матери, скорее всего, пребывают в состоянии депрессии или же они самостоятельно пытаются вытеснить чувство высокой тревожности, демонстрируя себя как рациональную личность. Однако это также говорит о том, что с ними требуется вести работу по выявлению депрессивного состояния и его коррекции.

Анализируя результаты диагностики по методике Спилберга – Ханина можно заметить существенные различия по двум шкалам. Так, можно отметить, что у большего числа женщин наблюдается высокий уровень по шкале ситуативной тревожности. Это говорит о том, что при умеренной личной тревожности (то есть в целом), у некоторых матерей повышен уровень тревожности на момент исследования – на момент болезни ребенка.

Незначительное превышение числа женщин с низким уровнем тревожности по шкале ситуативной тревожности над числом женщин с низким

уровнем по шкале личной тревожности (28 % и 24 % соответственно), говорит о том, что некоторые из них стараются сдерживать существующий уровень тревожности.

Перейдем к анализу результатов по методике А.М. Прихожан (рисунок 3).

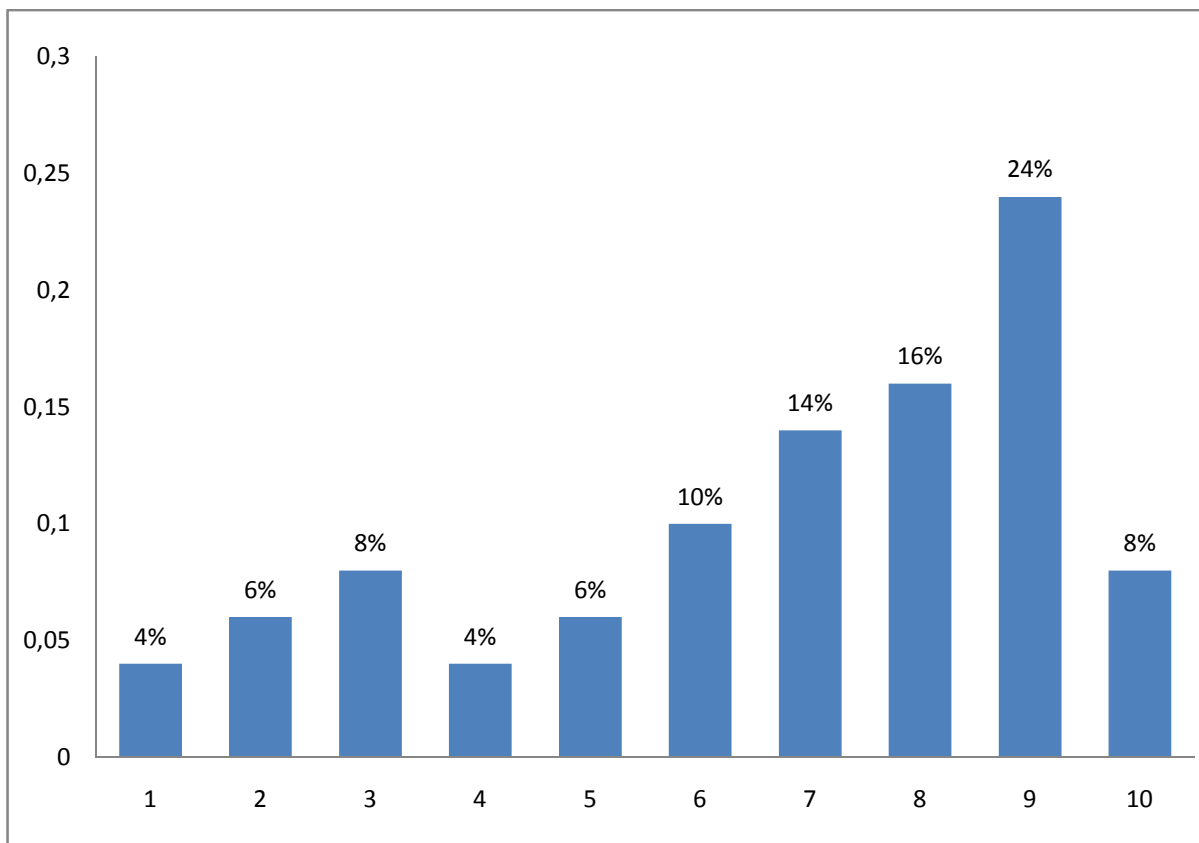


Рисунок 3 – Распределение диагностируемых матерей по разному уровню тревожности в соответствии с методикой А.М. Прихожан

Итак, анализируя рисунок 3 можно отметить, что наблюдается превосходство женщин с несколько повышенным уровнем тревожности – 30 % диагностируемых матерей (стены 7 и 8, 7 и 8 женщин соответственно). Немного меньше женщин с явно повышенным уровнем тревожности (24 %, 12 матерей). Женщин с очень высокой тревожностью всего 8 %, однако, в данной ситуации это является отрицательным показателем.

Проанализируем далее отношение матерей к болезни ребенка. В качестве диагностической методики была выбрана методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР). Отношение к болезни ребенка диагностировалось по пяти шкалам, а именно по шкале интернальности, тревоги, нозогнозии, контроля активности, а также общей напряженности (рисунок 4).



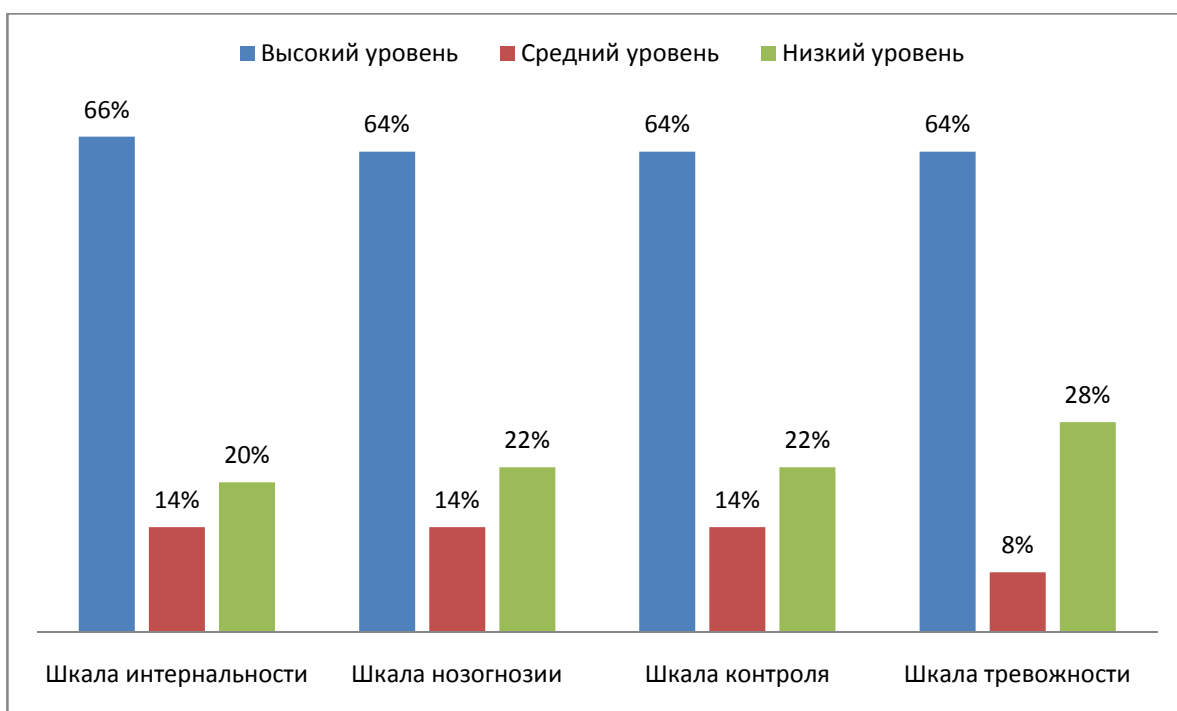


Рисунок 4 – Результаты диагностики матерей по методике ДОБР, %

Итак, первая шкала, анализ которой проведем – шкала интернальности.

Согласно результатам исследования, у 66 % матерей отмечается экстернальный родительский контроль. То есть матери признают, что в болезни ребенка нет ее вины, причина во внешних факторах.

Ответственными за болезнь ребенка считают себя 20 % матерей, то есть речь идет об интернальном родительском контроле. Можно предположить, что матери считают, что ребенок заболел по причине ее невнимательности к внешним факторам, оказывающим негативное воздействие на ребенка, или же относят болезнь ребенка на генетическую наследственность.

14 % диагностируемых матерей демонстрируют средние значения по шкале интернальности, то есть они адекватно оценивают степень своего участия в возникновении болезни ребенка.

Следующая шкала – шкала нозогнозии. По данной шкале отрицательным можно считать как высокий, так и низкий показатели. У диагностируемых матерей наблюдаются достаточно высокие показатели по данной шкале, а это говорит о некотором преувеличении тяжести болезни ребенка. 64 % диагностируемых матерей демонстрируют гипернозогнозию, то есть преувеличение тяжести болезни. 22 % матерей показали низкий уровень по

шкале нозогнозии, они недооценивают степень тяжести ребенка. 14 % матерей демонстрируют средний уровень нозогнозии, они реально смотрят на болезнь ребенка, воспринимают ее как таковую.

По шкале контроля и активности у 64 % диагностируемых матерей можно отметить высокий уровень контроля, то есть они считают, что контролировать активность ребенка следует максимально полно, только покой способствует выздоровлению, а активность только ухудшает самочувствие. 22 % матерей не стремятся к повышенному контролю активности ребенка, они, наоборот, не ограничивают активность ребенка, позволяя ему делать все, что тот хочет. 14 % матерей демонстрируют умеренный контроль, то есть активность ребенка ограничивается в меру. Можно предположить, что эти матери понимают вредное воздействие как постоянного покоя, так и чрезмерной активности в период болезни.

Наибольший интерес в данном исследовании представляет шкала тревожности. Испытуемые отмечают деструктивное воздействие болезни ребенка на них, в период болезни ребенка они «не находят себе место», чрезмерно раздражительны и зациклены на переживаниях. 64 % диагностируемых матерей демонстрируют высокий уровень по шкале тревоги. Данный средний показатель подтверждает результаты предыдущей диагностики. 28 % диагностируемых матерей по результатам диагностики характеризуются низким уровнем тревожности, а 8 % - средним уровнем тревожности.

Используя коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена, проведем корреляционный анализ данных. Это позволило установить, существует ли связь между уровнем тревожности и типом отношения к болезни ребенка в диагностируемой группе матерей.

При интерпретации значений коэффициента корреляции внимание обращалось на тесноту выявленной связи и ее направление. Значение коэффициента корреляции изменяется в диапазоне от -1 до 1. Чем ближе значение коэффициента к 1 по модулю (без учета знака), тем теснее (сильнее) является выявленная корреляционная связь.

Знак при коэффициенте говорит о направлении корреляционной связи. Направление может быть прямым или обратным. Положительное значение коэффициента свидетельствует о прямой взаимосвязи анализируемых признаков, то есть при увеличении одного показателя, увеличивается и другой. Если же значение показателя отрицательно, то имеется обратная связь, а именно: увеличение одного показателя соответствует уменьшению другого.

Итак, в таблице 1 далее представлены полученные значения коэффициента корреляции по анализируемым ранее методикам.

Таблица 1 – Значения коэффициентов корреляции Ч. Спирмена

	Интернальность	Нозогнозия	Контроль	Тревожность
Личная тревожность	0,69	0,42	0,55	0,58
Ситуативная тревожность	0,64	0,68	0,74	0,72
Родительская тревожность	0,75	0,69	0,73	0,77

Как видно по данным таблицы 1, существует прямая взаимосвязь между уровнем тревожности (как ситуативной, так и личностной, и родительской) и отношением к болезни ребенка. При этом наиболее тесная взаимосвязь отмечена между родительской тревожностью и тревожным отношением к болезни ребенка. Так, при высокой родительской тревожности болезнь ребенка воспринимается как личная ответственность, увеличивается тревога в анализе состояния болезни ребенка.

Матери с повышенным уровнем родительской тревожности склонны к повышенному контролю ребенка, гиперопеке. В основе их поведения лежит повышенная тревога за здоровье ребенка. Однако отметим, что абсолютное отсутствие тревоги также нельзя считать нормальным, так как это может быть показателем безразличия и отстраненности от ребенка.

Взаимосвязь родительской тревожности и интернальности говорит о том,

что родители воспринимают болезнь ребенка как ситуацию, которую они должны были предусмотреть, предугадать. Их ответственность состоит в том, что они должны были оградить ребенка от вредного внешнего воздействия. Связь ситуативной тревожности и шкалы интернальности объясняется повышением тревожности и переживаний в связи с возникновением болезни. Личная тревожность является показателем общего состояния личности вне зависимости от обстоятельства. Именно личная тревожность способна повлиять на эмоциональное состояние личности в целом, отразиться на том, как воспринимается ситуация болезни ребенка.

Шкала нозогнозии характеризует восприятие матерями тяжести болезни ребенка. На показатели по шкале нозогнозии влияет уровень тревожности. Так, от личной тревожности зависит общее отношение к болезни. Чем выше уровень личной тревожности, тем серьезнее воспринимается болезнь, степень ее тяжести. Это объясняется еще и тем, как воспринимают женщины окружающую обстановку, какие внешние факторы воспринимаются как угроза. Взаимосвязь ситуативной тревожности и нозогнозии можно объяснить тем, что на восприятие болезни влияние оказывают конкретные сложившиеся обстоятельства, мнение врачей и окружающих, обмен информацией с другими матерями. Негативный опыт общения и отрицательные высказывания способны повысить уровень тревожности, болезнь будет восприниматься как более серьезная. Родительская тревожность увеличивается при возникновении проблемных ситуаций с ребенком. Восприятие тяжести болезни зависит от уровня родительской тревожности – чем он выше, тем серьезнее и будет восприниматься болезнь.

Контроль активности ребенка зависит от того, как эту активность воспринимают родители: как необходимую деятельность ребенка, или же, как деятельность, которая способна причинить вред ребенку. Чем выше уровень родительской и личной тревожности, тем сильнее и строже будет ограничиваться деятельность ребенка. Любые подвижные игры, нарушение режима дня, незначительные ушибы и ссадины воспринимаются как угроза для

здоровья. Именно поэтому матери стараются ограничить активность ребенка и на период болезни максимально обеспечить покой. Данное мнение не всегда является верным, подобные ограничения часто приводят к ухудшению эмоционального состояния ребенка, и, как следствие, процесс выздоровления замедляется.

Взаимосвязь шкалы тревоги и родительской, личностной и ситуативной тревожности логичны. Состояние тревоги как реакции на болезнь ребенка объясняется и общим состоянием родительской тревожности, и ситуативной тревожности. Высокие показатели родительской тревожности объясняют высокий уровень тревоги и переживаний болезни ребенка. Наличие взаимосвязи между уровнем тревожности и отношением к болезни ребенка подтверждает гипотезу исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многочисленные современные исследования показывают, что отношения в семье могут влиять на течение и исход заболевания, способствовать как улучшению состояния больного, так и его усугублению.

Сам факт наличия у ребенка какого-либо серьезного заболевания может приравниваться к состоянию острого горя в семье. В этом случае могут наблюдаться душевное и психосоматическое страдание, изменение моделей поведения семьи в целом и отдельных ее членов, чувство вины, реакции гнева и агрессии. На разных стадиях болезни ребенка оба родителя или один из них могут переживать выраженный дистресс, приводящий к невротическим реакциям в виде психогенной депрессии, тревоги, страха, бессонницы, вегетативных расстройств.

Абсолютно нормально, если мать испытывает некоторое беспокойство о своем ребенке, ведь женщине природой заложен материнский инстинкт. Но среди матерей часто встречаются и те, кто проявляет излишнее беспокойство, чем наносят вред ребенку. Материнская гипертревожность может быть опасна для малыша. В состоянии тревоги мама может перепутать лекарства, не понять правила их приема или вовсе превысить дозировку.

Тревожность определяется, как индивидуальная психологическая особенность личности, которая проявляется эмоциональной реакцией на возможную опасность. Но нормальная тревога всегда сопряжена с реальной угрозой, например, когда ребенок находится рядом с огнем и может обжечься. Охарактеризовать это состояние можно и как переживание дискомфорта, предчувствие какой-то угрозы.

Родительская тревожность влияет на качество родительской компетентности и продуктивности, так как снижает уверенность в собственных силах, возможностях как родителя, подкрепляется негативными ожиданиями. Вследствие этого тревожность блокирует положительные ощущения и снижает удовлетворенность от самого процесса родительства. Родители не получают тех важных эмоций и чувств, которые должны возникать в процессе воспитания и

заботы детей. Такие родители могут много времени уделять второстепенным действиям, забывая про главные, а могут совсем замучить ребенка лишними процедурами.

Тревога является универсальным личностным механизмом, который остро реагирует на нарушение гармонии в различных плоскостях человеческой жизни, но практически ничего не говорит о своих причинах. Для снижения уровня тревоги необходимо понять причины возникновения и изменить отношение к ним или же устранить их. Как правило, матери не удается скрывать от ребенка свое состояние, он чувствует ее тревожный настрой. Однако ребенок очень рано начинает протестовать против попыток родителей оградить его от «опасностей» и становится упрямым и бесстрашным. Этот вариант еще больше выматывает тревожных родителей, и методы воспитания меняются: вместо опеки появляется строгий контроль, вводится система запретов, вслед за которой идет наказание.

Чрезмерная тревога матерей и забота о здоровье ребенка приводит к тому, что медицинская среда, различного рода процедуры приводят к негативным последствиям для психологического состояния ребенка. У него формируются страхи, недоверие к внешнему миру. В раннем детстве дети копируют поведение близких людей. Ребенок будет так же, как и его мать, испытывать необъяснимое чувство тревоги, ощущение опасности внешнего мира. Находясь в постоянном страхе, ребенок непроизвольно все время напряжен, из-за чего могут появляться психосоматические нарушения: потеря аппетита, нарушение сна. Недосыпание в свою очередь приводит к нервному истощению и к развитию множества страхов, переходящих в фобии.

Проведенное исследование показало, что существует зависимость между уровнем тревожности и отношением к болезни, гипотеза подтвердилась. Действительно, матери с повышенным уровнем родительской тревожности склонны к повышенному контролю ребенка, гиперопеке. В основе их поведения лежит повышенная тревога за здоровье ребенка. Однако отметим, что абсолютное отсутствие тревоги также нельзя считать нормальным, так как это может быть показателем безразличия и некоторой отстраненности от ребенка.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Айвазян, Е.Б. Проблемы особой семьи / Е.Б. Айвазян, А.В. Павлова, Г.Ю. Одиноква // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – № 2. – С. 34-39.
- 2 Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. Просвещение, 2008. – 453 с.
- 3 Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Тревога и тревожность. – 2001. – С. 156-165.
- 4 Астапов, В.М. Психология детей с отклонениями и нарушениями развития / В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2002. – 304 с.
- 5 Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Медицина, 1988. – 323 с.
- 6 Бороздина, Л.В. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний / Л.В. Бороздина, Е.А. Залученова // Вопросы психологии. – 2003. – № 4. – С. 104-113.
- 7 Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения / А.Я. Варга. – М., 1986. – 216 с.
- 8 Варга, А.Я. Тест-опросник родительского отношения. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / А.Я. Варга, В.В. Столин. – М., 1988. – 79 с.
- 9 Варфоломеева, О.В. Основы психологии учебной деятельности: учебное пособие / О.В. Варфоломеева. – Симферополь : Таврия, 2009. – 365 с.
- 10 Вилюнас, В.К. Психология эмоциональных явлений / В.К. Вилюнас. – М.: Изд-во МГУ, 2000. – 164 с.
- 11 Гарибашвили, Т.И. Исследования детско-родительских отношений в отечественной психологии / Т.И. Гарибашвили // Известия Таганрогского гос. радиотех. ун-та. – 2006. – Т. 68. – № 13. – С. 119-120.
- 12 Гин, А. Общение детей и взрослых : советы родителям / А. Гин // Сельская школа. – 2007. – № 2. – С. 39-44.



- 13 Гиппенрейтор, Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю.Б. Гиппенрейтор. – М.: АСТ: Астрель, 2011. – 350 с.
- 14 Глейтман, Г. Основы психологии / под ред. В.Ю. Большакова, В.Н. Дружинина. – СПб. : Речь, 2001. – 1247 с.
- 15 Голубева, Е.В. Диагностика типов детско-родительских отношений / Е.В. Голубева // Российский психологический журнал. – 2009. – Т. 6. – С. 25-34.
- 16 Горячева, Т.Г. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения / Т.Г. Горячева, И.А. Солнцева. – СПб.: Речь, 2007. – 436 с.
- 17 Грановская, Р.М. Элементы практической психологии / Р.М. Грановская. – СПб. : Питер, 2011. – 188 с.
- 18 Гринберг, Д. Управление стрессом / Д. Гринберг. – СПб. : Питер, 2004. – 496 с.
- 19 Евтихов, О.В. Практика психологического тренинга / И.В. Евтихов. – Речь, 2007. – 256 с.
- 20 Ждакаева, Е.И. Психологические средства коррекции деструктивных детско-родительских отношений : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.И. Ждакаева. – Кемерово: Кемер. гос. ун-т, 2012. – 21 с.
- 21 Жигинас, Н.В. Психическое здоровье семьи : монография / Н.В. Жигинас, В.Я. Семке. – Томск : Изд-во ТГПУ, 2013. – 304 с.
- 22 Забродин, Ю.М. К методике оценки уровня тревожности по характеристикам временной перцепции / Ю.М. Забродин, Л.В. Бороздина, И.А. Мусина // Психологический журнал. – 2009. – № 5. – С. 87-94.
- 23 Захарова, Г.И. Психология семейных отношений: учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2009. – 63 с.
- 24 Изард, К. Психология эмоций / К. Изард. – М., 2007. – 464 с.
- 25 Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2009. – 400 с.
- 26 Календжян, А.М. Модифицированная программа детско-родительских отношений «Круг» / А.М. Календжян. – Туапсе, 2013. – 98 с.

- 27 Карабанова, О.А. Семейное психологическое консультирование – теория, практика, образование / О.А. Карабанова // Национальный психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 33-37.
- 28 Ключева, Н.В. Психолог и семья : диагностика, консультации, тренинг / Н.В. Ключева. – Ярославль : Акад. развития, 2001. – 159 с.
- 29 Когнитивная психология / под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 480 с.
- 30 Коновалова, А.М. Отношение подростков к родителям : уважение, любовь, признание авторитета / А.М. Коновалова // Семейная психология и семейная терапия. – 2009. – № 4. – С. 100-114.
- 31 Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности / Л.М. Костина. – СПб. : Речь, 2006. – 198 с.
- 32 Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2009. – 464 с.
- 33 Ларионова, С.О. Содержание психологического консультирования как комплексной формы работы с семьями, воспитывающими детей с нарушениями развития / С.О. Ларионова // Специальное образование. – 2011. – № 1. – С. 45-49.
- 34 Леви, В.Л. Приручение страха / В.Л. Леви. – М.: Метафора, 2006. – 192 с.
- 35 Левитов, Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М. : Наука, 2011. – 164 с.
- 36 Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. В.М. Астапов. – СПб. : ПЕР СЭ, 2008. – С. 75-84.
- 37 Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева // Методическое пособие. – Режим доступа: <http://www.prosv.ru>. – 13.09.2016.
- 38 Ливехуд, Б. Кризисы жизни – шансы жизни / Б. Ливехуд. – Калуга: Духовное познание, 2004. – 224 с.

- 39 Липницкая, О.Г. Приемы и техники коррекции межличностных отношений в семье / О.Г. Липницкая // Человек и образование. – 2009. – № 2. – С. 56-58.
- 40 Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии / А.Р. Лурия. – СПб. : Питер, 2004. – 320 с.
- 41 Максимова, Н. Л. Особенности родительского отношения, в семьях с единственным ребенком / Н.Л. Максимова // В мире научных открытий. – 2009. – № 3-1. – С. 130-132.
- 42 Мельников, В.М. Введение в экспериментальную психологию личности / В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский. – М. : Просвещение, 2009. – 309 с.
- 43 Мерлин, В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. / В.С. Мерлин. – М. : Педагогика, 2006. – 263 с.
- 44 Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева / Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие / под ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. – СПб., 1991. – С. 30-34.
- 45 Набиуллина, В.Р. Типы семейного воспитания и их разновидности / В.Р. Набиуллина // Дополнительное образование и воспитание. – 2008. – № 11. – С. 3-7.
- 46 Немов, Р.С. Психология: учеб. пособие / Р.С. Немов. – 3-е изд. – М.: Гуманит. центр ВЛАДОС, 1998. – 632 с.
- 47 Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Издательство МГУ, 1997. – 337 с.
- 48 Нилл, А. Саммерхилл – воспитание свободой / А. Нилл. – М., 2000. – 168 с.
- 49 Овчарова, Р.В. Психология родительства : учеб. пособие / Р.В. Овчарова. – М. : Academia, 2005. – 363 с.
- 50 Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен : учебное пособие / Р.В. Овчарова. – М. : Московский психолого-социальный институт,

2006. – 495 с.

51 Пенков, А.О синдроме уязвимого ребенка и агрессивной медицинской среде / А. Пенков. – Режим доступа: <http://ihappymama.ru/pediatr-andrej-penkov-o-sindrome-uyazvimogo-rebenka-i-agressivnoj-meditsinskoj-srede/2/>. – 12.11.2016.

52 Печникова, Л.С. Психологические и социальные проблемы детей в России / Л.С.Печникова // Здоровье школьника. – 2009. – № 6. – С. 56-57.

53 Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 2001. – № 2. – С. 11-17.

54 Прихожан, А.М. Формы и маски тревожности, влияние тревожности на деятельность и развитие личности / А.М. Прихожан. – СПб., 2001. – 340 с.

55 Прохоров, А.О. Словарь-тезаурус психических состояний человека / А.О. Прохоров. – СПб. : Питер, 2012. – 713 с.

56 Психология личности / под редакцией Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря, В.В. Архангельской. – М.: АСТ, 2009. – 624 с.

57 Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М. : Прогресс, 2007. – 392 с.

58 Рождественская, Н.А. Негармоничные стили семейного воспитания и восприятие родителями своих детей / Н.А. Рождественская // Вестник Московского ун-та. – Сер. 14. – Психология. – 2002. – № 2. – С. 48-55.

59 Рылова, С.Г. Консультирование родителей : преодоление кризисов на основе деятельностного подхода / С.Г. Рылова // Научный диалог. – 2012. – № 11. – С. 45-47.

60 Семейное психологическое консультирование : учеб.-метод. пособие / сост. В.В. Гриценко. – Балашов : Изд-во БГПИ, 1996. – 134 с.

61 Силяева, Е.Г. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями / Е.Г. Силяева. – Режим доступа: <http://www.syntone.ru>. – 13.10.2016.

62 Смирнова, Е.О. Структура и динамика родительского отношения в

онтогенезе ребенка / Е.О. Смирнова // Вопросы психологии. – 2007. – № 2. – С. 57-67.

63 Стребелева, Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 3-11.

64 Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. и общая ред. В.М. Астапова. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 240 с.

65 Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 464 с.

66 Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер Ком, 2008. – 608 с.

67 Цзен, Н.В. Психотренинг: игры и упражнения / Н.В. Цзен, Ю.В. Пахомов. – М. : Наука, 2010. – 276 с.

68 Шевцова, И. Развитие личности ребенка / И. Шевцова. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – 210 с.

69 Шихирев, П.Н. Современная социальная психология США / П.Н. Шихирев. – М. : Просвещение, 2006. – 613 с.

70 Щербатых, Ю.В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Ю.В. Щербатых, Е.И. Ивлева. – Воронеж : Истоки, 2008. – 282 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Методика определения личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера – Ханина)

#### Шкала ситуативной тревожности

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А  
Методика определения личностной и ситуативной  
тревожности (тест Спилбергера – Ханина)

**Шкала личной тревожности**

**Инструкция.** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Методика диагностики отношения к болезни ребенка

(ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева

Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка состоит из 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 6-балльной шкале.

Инструкция к тесту: Определите свое отношение к приведенным ниже утверждениям используя следующую шкалу:

- -3 – совершенно не согласен;
- -2 – не согласен;
- -1 – скорее не согласен, чем согласен;
- +1 – скорее согласен, чем не согласен;
- +2 – согласен;
- +3 – полностью согласен.

#### Тестовый материал

1. На свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка.
2. Ничто не тревожит меня так, как здоровье моего ребенка.
3. Врачи часто преувеличивают тяжесть болезни моего ребенка.
4. Правильно поступают те, кто ничего не требует от больного ребенка.
5. Дети болеют тогда, когда они обделены заботой и вниманием в семье.
6. Все дети болеют, и это не повод для отчаяния.
7. Думаю, что здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи.
8. Болезнь – это не повод для ничегонеделания и праздности ребенка.
9. Если ребенок болезненный, с этим уже ничего не поделаешь.
10. Когда ребенок болен, у меня все валится из рук.
11. Болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны,
12. Не понимаю тех, кто запрещает больному ребенку делать то, что ему по силам.
13. У хороших родителей дети почти не болеют.
14. Даже когда я знаю, что в болезни ребенка нет ничего страшного, я не могу избавиться от страха за него.
15. Не могу согласиться с теми, кто любую болезнь ребенка считает тяжелой.
16. Когда ребенок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий.
17. Каковы бы ни были причины болезней, болеет ребенок или нет – зависит от родителей.
18. Не понимаю родителей, которые при заболевании ребенка теряют голову от страха.
19. Нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное отношение родителей к ним.
20. Из-за болезни ребенок не должен забрасывать учебу.
21. Чем меньше бережешь ребенка от болезней, тем он здоровее.
22. В жизни ребенка не бывает периодов, когда можно быть спокойным за его здоровье.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Методика диагностики отношения к болезни ребенка

(ДОБР) В.Е. Каган, И.П. Журавлева

23. Чаще всего я думаю, что болезнь ребенка не слишком тяжела.
24. Ребенок в отличие от взрослого не может активно бороться с болезнью.
25. Болезни детей – следствие несовершенства медицины.
26. Детские болезни совсем не так опасны, как о них порой говорят.
27. Врачи слишком привыкают видеть больных детей и потому часто недооценивают тяжесть болезни.
28. Всегда стараюсь, чтобы ребёнок и во время болезни жил полноценной и активной жизнью.
29. Если бы воспитатели и учителя были так же заботливы, как родители, то дети бы не болели.
30. Мой ребенок не так здоров, чтобы можно было не тревожиться за его будущее.
31. Обследование детей чаще всего слишком поверхностно, чтобы увидеть как серьезно болен ребенок.
32. Есть обязанности, от которых ребенок не освобождается и во время болезни,
33. Не понимаю тех, кто винит себя в болезни ребенка.
34. Я не могу позволить себе впадать в панику из-за болезней ребенка.
35. За хорошим самочувствием ребенка слишком часто кроются серьезные болезни.
36. Лишать больного ребенка посильных для него дел – значит делать его еще более больным.
37. Болеет ребенок или нет – зависит от судьбы и случая.
38. Многие завидуют моей способности сохранять самообладание, когда ребенок болен.
39. Считаю, что мой ребенок нуждается в более серьезном лечении.
40. За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребенку, чем помогает.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Диагностика профессиональной и родительской тревожности А.М. Прихожан (форма Б)

#### Инструкция

Оцените по пятибалльной шкале, насколько каждое из приведенных далее высказываний правильно отражает ваше самочувствие, настроение. Используйте для ответов следующую шкалу:

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

1. Я часто нервничаю из-за своего сына (своей дочери).
2. Обычно у меня плохое настроение.
3. Все время с тревогой думаю о будущем моего сына (моей дочери).
4. Нередко я чувствую, что работа просто опустошает меня.
5. Я постоянно чувствую себя в чем-то виноватой.
6. Я уверена, что мы с моим сыном (моей дочерью) настоящие друзья.
7. Хочу, чтобы мой сын (моя дочь) по характеру был похож на моего мужа (мою жену).
8. Я легко нахожу общий язык с людьми.
9. К концу недели я чувствую себя как загнанная лошадь.
10. Чувствую, что теряю своего ребенка, но ничего не могу сделать.
11. Чем старше становится мой сын (моя дочь), тем труднее мне найти с ним общий язык.
12. Я с оптимизмом думаю о своем будущем.
13. Постоянно боюсь, что с моим сыном (моей дочерью) что-нибудь случится.
14. В последнее время мой сын (моя дочь) сильно утомляет меня.
15. Я хорошо сплю по ночам.
16. Когда я думаю о своем сыне (своей дочери), у меня сразу поднимается настроение.
17. Знакомые часто говорят, что у меня измученный вид.
18. Уверена, что могу многое успеть в жизни.
19. Мне нередко кажется, что я плохая мать.
20. Я в целом довольна тем, как одета.
21. Когда я думаю о своем сыне (своей дочери), меня постоянно мучает чувство вины.
22. Я постоянно чувствую напряженность, мне трудно расслабиться.
23. Думаю, что я хорошо понимаю своего сына (свою дочь).
24. По утрам у меня почти всегда хорошее настроение.
25. Часто ощущаю, что жизнь проходит мимо.
26. Мне часто бывает неудобно за моего сына (мою дочь) перед знакомыми.
27. Я нередко испытываю разочарование или скуку.
28. Боюсь, что мой сын (моя дочь) повторит мою судьбу.
29. Я ничего не успеваю, мне просто явно не хватает времени.
30. В последнее время у меня стал портиться характер.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В  
Диагностика профессиональной и родительской  
тревожности А.М. Прихожан (форма Б)

31. Всегда думаю о том, что еще натворит мой сын (моя дочь) в мое отсутствие.
32. В целом я довольна своим сыном (своей дочерью).
33. Нередко я испытываю беспокойство, непонятно почему.
34. В последнее время я чувствую, что люди утомляют меня.
35. Боюсь, что мой сын (моя дочь) разочаруются во мне.
36. Я часто ощущаю одиночество.
37. Окружающие считают, что я неправильно воспитываю своего сына (свою дочь).
38. От проблем в школе у меня просто опускаются руки.
39. Постоянное беспокойство за сына (дочь) совершенно изматывают меня.
40. Уверена, что мой сын (моя дочь) сумеет справиться со многими жизненными проблемами.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.1 – Результаты диагностики по Тесту Спилберга – Ханина по шкале ситуативной тревожности

№ испытуемого	Балл	№ испытуемого	Балл
1	29	26	42
2	33	27	46
3	34	28	46
4	30	29	29
5	29	30	44
6	34	31	45
7	39	32	47
8	27	33	29
9	28	34	47
10	42	35	35
11	40	36	40
12	37	37	30
13	30	38	45
14	47	39	46
15	43	40	29
16	48	41	44
17	30	42	46
18	42	43	48
19	45	44	17
20	25	45	45
21	46	46	18
22	42	47	26
23	43	48	38
24	27	49	44
25	45	50	45

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г  
Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.2 – Результаты диагностики по Тесту Спилберга – Ханина по шкале  
личной тревожности

№ испытуемого	Балл	№ испытуемого	Балл
1	27	26	40
2	30	27	45
3	32	28	44
4	32	29	27
5	27	30	40
6	36	31	44
7	35	32	40
8	24	33	36
9	27	34	44
10	40	35	37
11	36	36	44
12	35	37	32
13	32	38	40
14	45	39	44
15	40	40	32
16	46	41	40
17	26	42	44
18	40	43	46
19	44	44	20
20	24	45	46
21	44	46	16
22	40	47	24
23	45	48	36
24	25	49	42
25	43	50	43

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г  
Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.3 – Результаты диагностики по методике А.М. Прихожан

№ испытуемого	Балл	№ испытуемого	Балл
1	2	26	8
2	4	27	9
3	6	28	9
4	4	29	3
5	3	30	8
6	6	31	9
7	6	32	8
8	1	33	7
9	3	34	9
10	7	35	7
11	6	36	9
12	7	37	4
13	4	38	8
14	9	39	9
15	7	40	7
16	10	41	8
17	2	42	9
18	8	43	10
19	8	44	2
20	1	45	10
21	9	46	3
22	8	47	6
23	10	48	7
24	5	49	9
25	9	50	9

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г  
Сводные таблицы результатов исследования

Таблица Г.4 – Результаты диагностики по методике ДОБР

	Шкала Интернальности	Шкала Нозогнозии	Шкала Контроля	Шкала тревожности
1	9	8	7	7
2	11	8	8	9
3	15	12	13	11
4	9	7	8	7
5	10	7	8	7
6	13	12	14	14
7	14	11	12	13
8	8	7	7	6
9	11	9	8	6
10	16	18	16	14
11	15	14	16	16
12	17	16	15	17
13	13	12	11	10
14	18	17	16	17
15	13	16	14	15
16	19	18	17	20
17	7	7	5	7
18	17	18	17	17
19	18	16	17	18
20	8	6	5	4
21	17	18	17	18
22	17	18	16	17
23	19	20	17	20
24	12	14	15	13
25	19	16	17	18
26	17	17	15	16
27	19	18	17	19
28	18	17	16	18
29	11	13	13	12
30	17	18	15	17
31	18	17	17	20
32	16	15	16	18
33	17	17	14	16
34	19	18	17	19
35	16	16	14	15
36	18	16	15	18
37	7	12	11	9
38	18	16	15	17
39	19	17	17	18
40	16	14	13	16
41	18	15	15	17
42	19	16	17	18
43	19	17	19	20
44	7	7	9	5
45	19	18	18	20
46	8	9	10	7
47	9	10	9	8
48	15	11	11	9
49	18	16	18	17
50	18	17	19	18
Среднее	15	14	14	14

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

Тревожность является чрезвычайно нужным и полезным качеством, если тревожность не выходит за пределы коридора нормы. Повышенная тревожность – типичная психологическая проблема, с которой женщины часто приходят на консультацию психолога. Повышенная тревожность снижает комфорт внутренней душевной жизни, мешает эффективно взаимодействовать с окружающими людьми. Кроме того, люди с высоким уровнем тревожности подвержены психосоматическим расстройствам и заболеваниям.

Когда речь идет о материнстве, особенно важно, чтобы женщина находилась в сбалансированном эмоциональном состоянии. Просто потому, что психологическое состояние матери очень сильно влияет на развитие плода, на старт ребенка после рождения, на первые годы его жизни и формирование характера и реакций во взрослом возрасте.

В связи с этим были разработаны упражнения и рекомендации направлены на коррекцию высокого уровня тревожности у матерей, путем повышения стрессоустойчивости и обучению навыкам психоэмоциональной релаксации.

При любом варианте коррекции, общие принципы психологического воздействия должны включать:

- а) Эмоциональную поддержку, обеспечивающую подготовку к вербальным способам взаимодействия.
- б) Специальные приемы, создающие условия для осознания собственного внутреннего состояния.
- в) Способы активного перевода скудной вербальной продукции на дифференцированный язык чувств.
- г) Обязательную опору на невербальные средства взаимодействия

#### **Цель коррекционной программы:**

Снизить уровень родительской тревожности, путем повышения стрессоустойчивости и обучению навыкам психоэмоциональной релаксации.

#### **Задачи программы:**

- а) измерить начальный уровень тревожности у матерей.
- б) провести упражнения, способствующие приобретению навыкам саморегуляции в психотравмирующих ситуациях.
- в) провести упражнения, способствующие приобретению навыкам психоэмоциональной релаксации.
- г) сформировать у матерей позитивное представление о собственных возможностях.
- д) оптимизация самооценки участников.
- е) повторно измерить уровень тревожности и сравнить результаты.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

Программа включает 6 занятий, которые состоят из групп упражнений. Каждое занятие, продолжительностью 1 – 1,5 часа.

Описание занятий.

#### **Занятие 1.**

**Цели занятия:** знакомство, снятие общего напряжения, повышение сплоченности группы, снятие смущения у участников для улучшения взаимодействия в дальнейшем, мотивирование участников на дальнейшую работу.

#### **Упражнение «Здравствуйте, я рад(а) познакомиться».**

Каждый по кругу должен сказать фразу: «Здравствуйте, я рад(а) с вами познакомиться!». Далее нужно сказать свое имя и несколько слов о себе. Во время знакомства необходимо подчеркнуть свою индивидуальность, чтобы о вас запомнили, далее бросают мяч любому из участников.

**Цель упражнения:** знакомство и сплочение группы, снятие напряжения, налаживание взаимодействия между всеми членами группы

**Необходимое время:** 15 минут

#### **Упражнение «Мой личный герб и герб моей семьи».**

Каждый участник группы пишет на табличке свое имя и рисует свой символ, эмблему. На это дается 5 минут. По окончании работы, каждый называет свое имя и «расшифровывает» свою эмблему (10 минут).

Рефлексия: Каждый рассказывает, что было хорошего на занятиях, чем они понравились. Рассказывают, что хорошего произошло за день.

**Цель упражнения:** знакомство и сплочение группы, снятие напряжения, налаживание взаимодействия между всеми членами группы

**Необходимое время:** 20 минут

#### **Упражнение «Кино».**

Психолог говорит: «Представьте, что о тебе, когда тебе было 10 лет, сняли фильм и сейчас ты его смотришь. Расскажи, как ты – главный герой фильма – выглядишь, чем занимаешься и т.п. Доволен ли ты этим фильмом? Что понравилось больше всего? Каков жанр этого фильма? Если ты не совсем доволен, что бы тебе хотелось изменить в этом фильме? Что тебе нужно для этого сделать?». Рефлексия.

**Цель упражнения:** создание атмосферы доверия между участниками, поиск ресурсного состояния

**Необходимое время:** 20-30 минут

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

#### **Занятие 2**

**Цель занятия:** Создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, снижение уровня тревожности.

#### **Упражнение «Волшебный стул»**

Каждый по очереди может сесть на стул и рассказать о своем самом заветном желании в отношении своего ребенка, поделиться чувствами и эмоциями, касаемо этого желания, проанализировать свои возможности в осуществлении желаемого.

**Цель упражнения:** сформировать у матерей позитивное представление о собственных возможностях.

**Необходимое время:** 20 минут

#### **Упражнение «Спрятанные проблемы»**

Ведущий предлагает участникам нарисовать каждому, что или кто его тревожит (пугает), рассказать об этом, а потом бросить в «почтовый ящик», т.е. спрятать проблему (по кругу). Если у кого-то недостаточно развиты изобразительные навыки или он отказывается рисовать, можно предложить ему рассказать о своей проблеме, затем дунуть на чистый лист («вложить в него проблему») и «спрятать» ее в «почтовом ящике».

**Цель упражнения:** снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут

#### **Упражнение «Азбука страхов».**

Участникам предлагается нарисовать различных, страшных героев, кто может угрожать их детям, на отдельных листах и дать им имена. Далее рассказывают о том, что нарисовали. Каждому предлагается превратить страшных героев в смешных, дорисовав их.

**Цель упражнения:** снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут

#### **Упражнение «Как тебе лучше?»**

Психолог: приглашаю родителей объединиться в пары и каждой паре преодолеть короткую дистанцию по ленте. Предлагаю карточки с высказываниями, которыми вы будете сопровождать движение своего напарника - «ребенка»

Условия прохождения: один участник проходит по ленте, а другой в это время сопровождает его движение сначала словами: «Иди, я тебе сказал, немедленно, иди правильно, как я тебе говорю», а потом: «Может, ты не пойдешь, а вдруг упадешь, еще испачкаешься». И последнее: «Все в порядке, я иду рядом с тобой. Ты молодец, хорошо»

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

идешь, вперед».

**Вывод:** выполняя упражнение каждый из вас был в роли ребенка или в роли родителя, как вы себя чувствовали? В какой роли вы себя чувствовали комфортнее, в роли того ребенка, который шел, или того родителя, который сопровождал. Какие слова мешали Вам идти, какие наоборот помогли. Родители обсуждают свои чувства.

Нужно взвешенно выбирать выражения о деятельности ребенка, не унижать его, объяснять последствия его поступков.

**Ведущий:** на данном примере вы видели негативные и позитивные моменты общения взрослого с ребенком. Рефлексия.

**Цель упражнения:** создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут

### Занятие 3

**Цель занятия:** обучение навыкам контроля своих эмоций и чувств в стрессовых ситуациях, снижение уровня тревожности.

#### **Упражнение «Ассоциации»**

Наша цель воспитать счастливого ребенка. Кто может воспитать счастливого ребенка. Кто такой счастливый ребенок? Кто такой эффективный родитель? На эти вопросы мы ответим, поработав в группах.

**Инструкция:** группа делится на 2 команды.

1 команда: Напишите свои ассоциации, когда вы слышите слово "счастливый ребёнок".

2 команда: Напишите свои ассоциации, когда вы слышите слово «эффективный родитель»

**Обсуждение.**

Самые важные учителя для детей – родители. Родительский дом – это первая школа для ребенка. Семья оказывает огромное влияние на то, что малыш будет считать важным в жизни, на формирование его системы ценностей. Сколько бы человек не прожил, он время от времени обращается к опыту из детства, к жизни в семье: «чему меня учили отец и мать». Рефлексия.

**Цель упражнения:** обучение навыкам контроля своих эмоций, развитие эмпатии

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение "Игра с тревогой"**

1. Расскажите (опишите) о типичном, характерном содержании Вашей тревоги. Если у Вас несколько тревожных мыслей, то лучше взять для упражнения одно

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

конкретное содержание, а потом провести такую же работу с остальными мыслями, содержаниями тревоги.

2. Чтобы осуществить пересмотр своего состояния тревожности, стресса, используется техника хронологического обратного перехода из стрессового в нейтральное или положительное эмоциональное состояние. Для развертывания пересмотра необходимо постараться дать себе отчет, сколько потребуется кадров (слайдов), сколько потребуется временных этапов или изменений местоположения, пока Вы возвращаетесь, двигаетесь к ядру тревожного события.

**Цель упражнения:** осмысление состояния тревожности, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение: Этюд-беседа "Самый запоминающийся день с моим ребенком".**

Все участники становятся в круг и каждый родитель рассказывает о самом веселом, счастливом дне со своим ребенком. К этому упражнению можно привлечь детей, если существует такая возможность.

**Цель упражнения:** сформировать у матерей позитивное представление о собственных возможностях, поиск ресурсных состояний.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение "Прорвись в круг"**

Члены группы берутся за руки и образуют замкнутый круг. Предварительно ведущий, по итогам прошедших занятий, определяет для себя, кто из членов группы чувствует себя меньше всего включенным в группу и предлагает ему первым включиться в исполнение упражнения, т. е. прорвать круг и проникнуть в него. То же самое может проделать каждый участник.

**Цель упражнения:** снятие напряжения, налаживание взаимодействия между всеми членами группы

**Необходимое время:** 10 минут.

### **Занятие 4**

**Цель занятия:** обучение навыкам психоэмоциональной релаксации, снижение уровня тревожности.

#### **Упражнение: «Ролевые игры».**

Участники делятся по парам. Одна из матерей исполняет свою роль, а другая – роль ребенка, у которого что-то болит, плохое самочувствие. Рефлексия.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

**Цель упражнения:** обучение навыкам контроля своих эмоций, развитие понимания чувств другого человека.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение: Релаксация «назад в прошлое»**

Звучит тихая, легкая музыка. Ведущий: Сядьте поудобнее, ноги поставьте на пол так, чтобы они хорошо чувствовали опору, спиной обопритесь на спинку стула. Закройте глаза, прислушайтесь к своему дыханию: оно ровное и спокойное. Почувствуйте тяжесть в руках, в ногах. Поток времени уносит вас в детство – в то время, когда вы были маленькими. Представьте теплый весенний день, вам три-четыре года. Представьте себя в том возрасте, в котором вы лучше себя помните. Вы идете по улице. Посмотрите, что на вас надето, какая обувь, какая одежда. Вам весело, вы идете по улице, а рядом с вами близкий человек. Посмотрите, кто это. Вы берете его за руку и чувствуете ее тепло и надежность. Затем вы отпускаете руку и убегаете весело вперед, но недалеко, ждете своего близкого человека и снова берете его за руку. Вдруг вы слышите смех, поднимаете глаза и видите, что держите за руку совсем другого, незнакомого вам человека. Вы оборачиваетесь и видите, что ваш близкий человек стоит сзади и улыбается. Вы бежите к нему, снова берете за руку, идете дальше и вместе с ним смеетесь над тем, что произошло.

А сейчас пришло время вернуться обратно в эту комнату. Когда будете готовы, вы откроете глаза. Рефлексия

**Цель упражнения:** поиск ресурсных состояний, обучение навыкам психоэмоциональной релаксации, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Беседа на тему: Как моя тревога влияет на ребенка.**

**Цель упражнения:** Рационализация тревожного состояния, повышение родительской компетентности и осведомленности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение «Хвасталки» «Я ..., мой ребенок...»**

Каждый участник 3 позитивными прилагательными должен охарактеризовать себя и своего ребенка. Группа отвечает участнику: «Мы рады за тебя!»

Рефлексия: Участники по кругу: характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось — не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

**Цель упражнения:** снижение уровня тревожности

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Занятие 5**

**Цель занятия:** обучение навыкам психоэмоциональной релаксации, снижение уровня тревожности.

#### **Упражнение «Передай пакет».**

Ведущий: Перед тем, как мы приступим к работе, давайте настроимся на совместную деятельность. Настроиться нам поможет игровая разминка. Предлагаю вам бумажный пакет, на каждом из пакетов, сложенных друг в друга, написаны задания. Пакет передаете по кругу или бросаете друг другу. Начинать выполнение задачи мы будем под музыкальное сопровождение. Когда музыка стихнет, тот, у кого в этот момент оказался пакет снимает верхний слой и читает, и выполняет задание. Игра будет продолжаться пока все слои пакетов не закончатся.

**Цель упражнения:** Стимулировать внимание участников тренинга, активизировать их творческие способности, привлекать родителей к совместной деятельности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение «Хамелеон»**

Участники группы берут в руки зеркало и, глядясь в него, принимают различные выражения лица. Психолог предлагает зафиксировать, в каком настроении каждому больше нравится его облик, потом в каком – не нравится. Затем участники группы выстраивают (постоянно смотрясь в зеркало) образ умных и проницательных родителей. Темы: Выражение моего лица, когда мой ребенок плачет и капризничает; Не хочет идти к врачу; жалуется на боль; ощущает усталость.

**Цель упражнения:** принятие и овладение собственным телом (выражением лица).

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение «Запрет»**

Ведущий выбирает одного из родителей для выполнения упражнения, который будет изображать ребенка.

Ведущий: посмотрите пожалуйста на свои стулья, у кого на стуле окажется геометрическая фигура - треугольник выходит в круг. Вы ребенок, а я - мать. Я очень забочусь о своем ребенке, чтобы он не вымазывался, чтобы не заболел и т.д. Запрещаю прыгать ребенку по лужам, бегать по улице (завязывает ему ноги ремешком, либо ленточкой), запрещаю прикасаться к палочкам на улице, собирать камни и тянуть их в рот (завязывает руки), запрещаю смотреть на вещи, которые по вашему мнению, не

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

нужно видеть ребенку – (завязывает глаза), слушать то, что говорят взрослые (завязывает уши), не хочу разговаривать с ребенком и говорю закрой рот – (завязывает рот). Посмотрите на моего ребенка, сможет ли он в этом состоянии эффективно общаться со сверстниками, удовлетворять свои потребности, развиваться полноценно.

Эти все действия и слова родителей негативно влияют на развитие ребенка, но в каждом случае можно найти компромисс, помогите мне.

Родители находят компромисс для решения сложных ситуаций:

- Не завязывать ноги - обуть резиновые сапоги;
- Не завязывать руки - помыть руки после прогулки;
- Не завязывать глаза или уши - разговаривать спокойным голосом, не ругаться;
- Не завязывать рта - выслушать ребенка;

**Цель упражнения:** обучение навыкам контроля своих эмоций, развитие эмпатии.

**Необходимое время:** 20 минут.

### Занятие 6

**Цель занятия:** обучение навыкам мышечного расслабления и психоэмоциональной релаксации, снижение уровня тревожности.

#### **Упражнение «Самолет»**

Вырвите из тетради два листа. Один положите на правую ладонь, другой – на левую. Разведите руки в стороны. Одновременно каждой рукой начинайте сминать бумагу. Делайте это до тех пор, пока не сомнете полностью. Если к тому времени вы еще не успокоитесь, попробуйте распрямить скомканные листочки и начать все заново.

**Цель упражнения:** снятие мышечного напряжения, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение «Вдох-выдох»**

Сделайте максимально глубокий вдох через нос и длинный выдох: «ха-а-а».

Сконцентрируйтесь на своем дыхании, прислушивайтесь к нему, прочувствуйте его всем телом. Это поможет вас прогнать тревожные мысли и оказаться «здесь и сейчас».

**Цель упражнения:** обучение навыкам психоэмоциональной релаксации, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение «Рационализация»**

Попробуйте использовать логику и мышление, отбросив все эмоции. Сядьте за

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Программа рекомендаций по снижению уровня тревожности

стол, скажите себе: сейчас я убираю все эмоции в сторону. К ним я вернусь позже, а сейчас я займусь этим вопросом. И попробуйте сформулировать, чего вы конкретно боитесь. Какова вероятность, что это произойдет с вашим ребенком? С чего вы взяли, что это может произойти? Ответы на эти вопросы помогут вам понять, что нет логического обоснования для вашего страха. Только убрав эмоциональный компонент, вы сможете это понять.

**Цель упражнения:** обучение навыкам контроля своих эмоций, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.

#### **Упражнение: «Стоп! Еще не время!»**

Выберете время для своих тревог. Скажем, по средам и субботам, с 20:00 до 20:30 вас никто не будет отвлекать, и вы сможете полностью посвятить себя своим переживаниям относительно ребенка. Заведите таймер и все 30 минут представляйте и размышляйте над тем, что вас обычно тревожит. Как только будильник звенит, время заканчивается – вы останавливайтесь и возвращаетесь к повседневным делам. И в то время, когда у вас возникают негативные тревожные мысли, вы говорите себе: «Стоп! Об этом я буду думать в среду, с 20:00 по 20:30, а сейчас у меня ужин, время для маникюра, прогулка и т.д.».

**Цель упражнения:** обучение навыкам контроля своих эмоций, снижение уровня тревожности.

**Необходимое время:** 20 минут.