

# **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Студентки 3 курса, СГФ Саморокова Л.А.**

**Филиал ТюмГУ в г. Тобольске**

**Тобольск, Россия**

**В работе раскрываются особенности эмоций детей с ДЦП, которые качественно отличаются от эмоций детей с нормальным развитием. В зависимости от локализации поражения мозга (формы ДЦП) наблюдается различная картина эмоциональных проявлений. Цель нашего исследования было изучение особенности эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. Экспериментальное исследование показало, что эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется переживанием различного спектра эмоциональных состояний – положительное, отрицательное и нейтральное. Для таких школьников свойственен средний уровень определения заданной эмоции и графического понимания эмоций, при этом наблюдается недостаточная выразительность мимики и пантомимики, ярко выраженная разрегулированность моторно-двигательных реакций, неадекватность мимических выражений смыслу ситуации. Таким школьникам свойственен как высокий, так и низкий уровень тревожности, что свидетельствует о выраженных вегетативных реакциях, невротоподобных и психосоматических нарушениях, так и нечувствительности к неблагоприятию, носящих защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Так же таким школьникам свойственно проявление таких видов агрессивности, как: физическая и вербальная агрессия, подозрительность, ярко выражена обида и низкий уровень чувства вины. Дальнейшее наше исследование будет направлено на апробацию коррекционно-развивающей программы эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста основанной на принципах эффективного взаимодействия в процессе общения.**

**Ключевые слова: детский церебральный паралич, эмоциональная сфера, младший школьный возраст.**

## **THE PECULIARITIES OF THE EMOTIONAL SPHERE OF THE CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH CEREBRAL PALSY**

**Third year student of Socio-Humanitarian Faculty Samorokova L.A.**

**Branch of Tyumen State University in Tobolsk**

**Tobolsk, Russia**

The article reveals the peculiarities of the emotions of children with cerebral palsy, which qualitatively differ from the emotions of children with normal development. Depending on the localization of brain damage (forms of cerebral palsy) a different pattern of emotional expressions is observed. The aim of our research was to study peculiarities of the emotional sphere of children of a primary school age with cerebral palsy. Experimental study showed that the emotional sphere of children of a primary school age with cerebral palsy is characterized by the experience of various range of emotional states – positive, negative and neutral. For such pupils the average level of definition of the given emotions and graphical understanding of emotions is peculiar, at the same time there is insufficient expressiveness of facial expressions and pantomimic, pronounced deregulation of the motor reactions, inadequacy of facial expressions according to the meaning of the situation. Both high and low anxiety levels are peculiar to such pupils, which indicates the expressed vegetative reactions, neurosis and psychosomatic disorders, and insensitivity to troubles, which has a protective character and prevents the full development of a personality. Also the demonstration of these types of aggression is peculiar for such pupils: physical and verbal aggression, suspicion, pronounced resentment and low level of sense of guilt. Our further research will be focused on testing of correctional and developmental programs of the emotional sphere of children of a primary school age based on the principles of effective interaction in the process of communication.

**Keywords:** cerebral palsy, emotional sphere, primary school age.

## Содержание

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Введение.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Глава I. Теоретические аспекты изучения особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом</b>  |           |
| 1.1. Детский церебральный паралич: определение, формы .....   | 7         |
| 1.2. Роль биологических и социальных факторов в формировании эмоциональной сферы детей с церебральными параличами.....                                | 13        |
| 1.3. Эмоциональные особенности детей младшего школьного возраста с ДЦП.....   | 17        |
| <b>Выводы по главе I.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>Глава II. Экспериментальное исследование особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом</b> |           |
| 2.1. Организация, задачи и методы исследования.....   | 27        |
| 2.2. Анализ и интерпретация результатов констатирующего этапа эксперимента.....   | 33        |
| 2.3. Коррекционно-развивающая программа эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом....                  | 39        |
| 2.4. Анализ и интерпретация результатов на контрольном этапе эксперимента.....  | 43        |
| <b>Выводы по главе II .....</b>   | <b>48</b> |
| <b>Заключение.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>Список литературы.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>Приложение.....</b>  | <b>58</b> |

## Введение

**Актуальность темы исследования.** В настоящее время отмечается рост различных видов нарушений развития ребенка, в том числе и двигательной патологии. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков как у нас в стране, так и за рубежом. ДЦП как следствие мультифакториального дизонтогенеза центральной нервной системы характеризуется многообразием клинических проявлений, на преодоление которых в течение многих лет с большей или меньшей степенью эффективности были направлены усилия специалистов различных профилей.

Необходимость и возможность ранней постановки диагноза ДЦП в первые месяцы жизни больного ребенка, раннего начала восстановительной терапии была убедительно доказана еще работами Л.О. Бадаляна, основоположника отечественной детской неврологии, и работами К.А. Семеновой, описавшей принципы диагностики и лечения детского церебрального паралича с обеспечением этапности и непрерывности комплексной реабилитации.

Значительное число исследований в специальной медицинской и психолого-педагогической литературе посвящено изучению нарушений развития детей с церебральным параличом: симптоматики, механизмов и структуры двигательных расстройств (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, В.Т. Кожевникова, Е.М. Мастюкова, Е.Н. Правдина-Винарская, К.А. Семенова, Е.Г. Сологубов, М.Б. Эйдинова и др.), особенностей психического развития (Л.Д. Данилова, Э.С. Калижнюк, Е.И. Кириченко, А.В. Кроткова, И.Ю. Левченко, Т.Н. Симонова и др.); речевых нарушений (Е.Ф. Архипова, Л.Д. Данилова, М.И. Ипполитова, Л.В. Лопатина, И.А. Смирнова, Л.Б. Халилова и др.); психолого-педагогической поддержки семьи (В.В. Ткачева). Все эти исследователи обеспечили решение важных, но, тем не менее, локальных вопросов в решении проблемы помощи детям данной категории.

Эмоциональная сфера играет большую роль в усвоении знаний, умений и навыков, также в установлении контактов с окружающими и в социальной адаптации учащихся в школе и вне ее. Важная роль эмоций в жизни человека в процессе освоения ребенком социального опыта, глубокое внимание специалистов к данной проблеме, а также недостаточная разработанность отдельных ее аспектов определяет актуальность нашей работы.

**Объект исследования:** эмоциональная сфера личности младших школьников.

**Предмет исследования:** особенности эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Цель исследования:** изучить особенности эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

**Гипотеза исследования** состоит из следующих положений:

– эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется недостаточно развитыми умениями распознавать эмоции, повышенной тревожностью, агрессивностью и враждебностью;

– реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволяет гармонизировать эмоциональную сферу младших школьников с детским церебральным параличом.

Для реализации поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы в исследовании были определены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ психологических особенностей детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом;

2. Изучить особенности эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

3. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

4. Определить эффективность реализованной программы.

В ходе исследования были использованы следующие **методы**:

– теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования;

– констатирующий эксперимент, включающий в себя: методику исследования эмоционального состояния (по Э.Т. Дорофеевой), методику по изучению особенностей использования мимики и пантомимики, методику изучения понимания детьми графических изображений эмоций, «Шкала тревожности» Кондаша, тест агрессивности Басса-Дарки;

– формирующий эксперимент, направленный на коррекцию эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом;

– методы математической обработки данных – метод углового преобразования  $\phi$  Фишера.

**Теоретические основы исследования:** работы отечественных психологов и дефектологов: культурно-исторической теории Л.С. Выготского, теории о соотношения психологического развития в норме и с нарушениями (Т.А. Власова, Ю.А. Кулагина, А.Р. Лурия, В.И. Лубовский, Л.И. Солнцева и др.), исследования эмоциональной сферы личности детей с ДЦП Э. Вагеноса, А.Г. Закаблук, В.В. Лебединского.

**База исследования:** автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов» г. Тюмень

**Надежность и достоверность** данных, полученных в работе, обеспечивается применением методик, адекватных цели и объекту исследования, методического аппарата психологической науки, качественным и количественным анализом материала.

**Структура выпускной квалификационной (дипломной) работы.**

Настоящая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы из 51 наименования и приложения.

# Глава I. Теоретические аспекты изучения особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом

## 1.1. Детский церебральный паралич: определение, формы

Термин «детский церебральный паралич» (далее – ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга. ДЦП развивается в результате поражения головного и спинного мозга, от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают нарушения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах [4, с. 327].

К основному симптому ДЦП - двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и другие. У некоторых детей наблюдается судорожный синдром.

Первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 году. В течение почти 100 лет ДЦП называлось болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

В 1958 году на заседании VIII пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин утвердили и дали определение: «детский церебральный паралич — не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга» [17, с. 47].

Но, до настоящего времени идут научные дискуссии по поводу этого термина. В специальной литературе можно найти большое количество терминов для обозначения этого типа нарушений.

У детей, страдающих ДЦП, встречаются самые разнообразные нарушения: двигательные, интеллектуальные, речевые, расстройства других высших корковых функций. П.Я. Фищенко выделяет следующие особенности детского церебрального паралича [27, с. 16]:

1. Законченность патологического процесса и наличие остаточных явлений церебрального поражения.

2. Возникновение патологического процесса на определенной стадии развития мозга, вследствие чего развитие мозга происходит с задержкой.

Эти обстоятельства, с одной стороны, создают известные особенности течения клинических синдромов, которые являются резидуальными по существу и характеризуются различной степенью восстановления функций. С другой стороны, имеется как бы процессуальность, которая выражается в тех или других дефектах развития пораженного мозга и по мере роста ребенка проявляется новыми патологическими симптомами [27, с. 19].

Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения. Двигательные нарушения имеют характер параличей по типу тетра-, пара- или гемипарезов, которые характеризуются центральными параличами определенных групп мышц, расстройствами координации, гиперкинезами. Двигательные нарушения часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами, эпилептиформными припадками. У детей с детскими параличами задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыков сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, со временем начала проведения систематической лечебно-коррекционной работы [3, с. 60].

В клинической практике Бадалян Л.О., Журба Л.Т. выделяют следующие, наиболее часто встречающиеся, формы (синдромы) [4, с. 97]:

1. Спастическая диплегия (синдром Литтля);
2. Спастическая гемиплегия (детская церебральная гемиплегия, гемипарез);
3. Двойная спастическая гемиплегия (тетраплегия);
4. Атонически-астатическая форма;
5. Гиперкинетическая форма.

1. Спастическая диплегия. Спастическая диплегия — наиболее распространенная форма ДЦП, характеризующаяся двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях; причем ноги страдают больше, чем руки. Степень вовлечения в патологический процесс рук может быть различной - от выраженных парезов до легкой неловкости, которая выявляется при развитии у ребенка тонкой моторики. Мышечный тонус в ногах резко повышен: ребенок стоит на полусогнутых и приведенных к средней линии ногах; при ходьбе наблюдается перекрещивание ног. Развиваются контрактуры в крупных суставах. Сухожильные рефлексy высокие, отмечаются клонусы стоп. Вызываются патологические рефлексy. У детей со спастической диплегией отмечается патология формирования теменно-затылочных структур мозга. У некоторых больных со спастической диплегией отмечаются и симптомы расстройства функций лобных отделов мозга. Вследствие этого отмечаются выраженные астенодинамические проявления, двигательные нарушения, скованность, которые нередко затрудняют оценку уровня психического развития ребенка [4, с. 98].

2. Спастическая гемиплегия. При спастической гемиплегии нарушения отмечаются преимущественно на одной стороне. В руке больше повышен мышечный тонус сгибателей, а в ноге - разгибателей. Поэтому рука согнута в локтевом суставе, приведена к туловищу, а кисть сжата в кулак. Нога разогнута и повернута внутрь. При ходьбе ребенок опирается на пальчики. Паретичные конечности отстают в росте от здоровых. Дети с гемипарезом

позже овладевают двигательными навыками. В тяжелых случаях уже в первые недели можно отметить ограничение спонтанных движений. Умственная отсталость (от легкой задержки, до глубокого интеллектуального дефекта) наблюдается примерно у 40% больных. Снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений [4, с. 99].

3. Двойная гемиплегия. Двойная гемиплегия характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, однако обычно руки страдают больше, чем ноги. Мышечный тонус часто асимметричен. Тяжелое поражение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части туловища влечет за собой выраженную задержку речевого и психического развития. Дети не сидят, не ходят, не могут себя обслуживать. В дошкольном возрасте, когда двигательная активность становится более выраженной у некоторых детей появляются гиперкинезы в двигательных отделах рук и ног, а так же оральные синкинезии. У большинства больных выражен псевдобульбарный синдром. Эта форма ДЦП часто сочетается с микроцефалией и малыми аномалиями развития, что свидетельствует о внутриутробном поражении мозга. При двойной гемиплегии не редко наблюдаются эпилептиформные припадки. С.А. Бортфельд отмечает, что при гемипаретической форме церебрального паралича у ребенка может развиваться задержка речевого развития за счет алалии, особенно при поражении левого полушария. В 50% случаев у детей старшего возраста наблюдаются гиперкинезы, которые появляются по мере снижения мышечного тонуса, психическое развитие замедлено. Степень задержки варьируется от легкой до тяжелой. На задержку развития влияет наличие часто возникающих эпилептиформных припадков [4, с. 100].

4. Агонически-астатическая форма. Агонически-астатическая форма характеризуется мышечной гипотонией. При этой форме церебрального паралича на втором-третьем году жизни выявляются симптомы поражения мозжечка: интонцеонный тремор, туловищная атаксия, расстройства координации движений. У этих больных резко страдают статические

функции: они не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить, сохранять равновесие. Часты речевые нарушения в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Отмечается выраженная ЗПР. Степень снижения интеллекта зависит от локализации поражения мозга. При поражении преимущественно лобных долей доминирует глубокая ЗПР. При преимущественном поражении мозжечка психическое развитие страдает меньше, но в этом случае доминируют симптомы поражения мозжечка [4, с. 101].

5. Гиперкинетическая форма. Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. Гиперкинезы появляются после первого года жизни, за исключением тяжелых случаев, когда их можно обнаружить уже на первом году. Гиперкинезы сильнее выражены в мышцах лица, нижних отделах конечностей и мышцах шеи. Эпилептиформные припадки наблюдаются редко. Часто наблюдаются речевые расстройства. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучения и социальную адаптацию. Среди детей с церебральными параличами больные с гиперкинетической формой в клиническом аспекте и в вопросах реабилитации являются наиболее тяжелым контингентом вследствие выраженных двигательных расстройств, осложненных другими неврологическими и психическими нарушениями [4, с. 102].

При ДЦП (особенно при гиперкинетической форме) довольно часто отмечается снижение остроты слуха, особенно на высокочастотные тона. Это может приводить к нарушению произношения ряда звуков при отсутствии дизартрии. В дальнейшем отмечают трудности при обучении этих детей чтению и письму. У некоторых больных отмечается недоразвитие фонематического слуха. Любое нарушение слухового восприятия может привести к задержке речевого развития, а в тяжелых случаях к глубокому недоразвитию речи [17, с. 76].

Интеллектуальное развитие детей с церебральными параличами протекает в неблагоприятных условиях и часто задерживается и искажается. Интеллект при ДЦП бывает, изменен по-разному: примерно 30% детей имеют недоразвитие интеллекта по типу олигофрении, у 25-30% интеллект сохранен, а у остальных наблюдается задержка интеллектуального развития, обусловленная двигательными, речевыми и сенсорными расстройствами [17, с. 84]. Надо заметить, что у большинства детей с церебральными параличами наблюдаются признаки органического варианта осложненного психического инфантилизма. При осложненном психическом инфантилизме наряду с различными патологическими проявлениями выделяют психическую незрелость - эмоциональная сфера таких детей находится как бы на более ранней ступени развития, свойственной детям младшего возраста.

Таким образом, детские церебральные параличи определяются как непрогрессирующие неврологические расстройства, возникающие в результате повреждения или недоразвития нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Они проявляются нарушениями мышечного тонуса и произвольных движений, неспособностью сохранять нормальную позу. Двигательные нарушения (парезы, параличи, расстройство координации, непроизвольные движения) являются ведущим клиническим синдромом детских церебральных параличей. Классификация клинических форм церебрального паралича учитывает распространенность двигательных нарушений, характер изменения мышечного тонуса, степени выраженности речевых и психических расстройств. Значительную роль в формировании особенностей психики ребенка с церебральным параличом исследователи отводят локализации поражения, наличию двигательного дефицита, сенсорным нарушениям. Большое значение также имеет наличие и глубина интеллектуального дефекта.

## **1.2. Роль биологических и социальных факторов в формировании эмоциональной сферы детей с церебральными параличами**

Э.С. Калижнюк выделяет ряд факторов как биологических, так и социальных, которые ведут к патологическому развитию личности ребенка с ДЦП, а соответственно и к нарушению развития эмоциональной сферы [24, с. 57]:

1) грубая органическая патология (неврологическая - параличи и гиперкинезы, психопатологическая - интеллектуальная недостаточность и другие резидуально-органические расстройства);

2) психотравмирующие обстоятельства;

3) реакция на осознание и переживание дефекта ребенком.

Опираясь на теорию Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта [14, с. 73], можно фактор органической патологии отнести к фактору, определяющему первичные нарушения эмоциональных комплексов. Следовательно, второй и третий факторы формируют отклонения вторичного характера.

Психологические исследования больных с церебральными параличами подтверждают клинические данные о корреляции формы заболевания с определенными проявлениями эмоциональной и личностных нарушений.

К психотравмирующим обстоятельствам, влияющим на развивающуюся личность ребенка, относятся [18, с. 94]:

1) переживание недоброжелательного отношения сверстников, положение отвергнутого или ситуация «мишень для насмешек», чрезмерного внимания окружающих;

2) условия социальной депривации в связи с изменением межличностных отношений в детском коллективе и ограничением контактов, а также явлениями госпитализма, так как большинство больных находятся в больницах и санаториях длительный период;

3) условия эмоциональной депривации из-за разлуки с матерью или ввиду неполной семьи, так как в 25% отцы оставляют семьи;

4) психическая травматизация, связанная с лечебными процедурами (гипсованием, операциями на конечностях), после которых у некоторых детей возникают реактивные состояния, поскольку они надеются на непосредственный результат, быстрое излечение, тогда как им предстоит длительное лечение, выработка нового двигательного стереотипа;

5) затруднения в процессе обучения в связи с параличами, гиперкинезами и пространственными нарушениями;

б) условия сенсорной депривации из-за дефектов слуха, зрения.

В значительной мере патологическому развитию эмоциональной сферы ребенка способствует неправильное воспитание. Семьи детей-инвалидов имеют особый внутрисемейный психологический микроклимат, отражающий адаптацию семьи, с одной стороны, к хронически больному ребенку, а с другой - к окружающему «здоровому» миру. К сожалению, далеко не всегда психологическая обстановка в семье способствует нормальному воспитанию ребенка. Преобладающим типом воспитания в таких семьях является гиперопека, или гиперпротекция, с чрезмерным вниманием к больному ребенку, стремлением выполнить все его желания, подменить его деятельность собственной, оградить ребенка от насмешек сверстников, предупредить чувство зависти, обиды. Подобное воспитание предрасполагает к формированию черт эмоциональной незрелости, робости и застенчивости [27, с. 34].

Реже наблюдается неправильное воспитание по типу гипоопеки, с недостаточным вниманием к ребенку вследствие отрицательного отношения к нему в семье. Крайним вариантом такого воспитания является эмоциональное отвержение, безнадзорность, которая иногда сочетается с неблагоприятными, асоциальными условиями, алкоголизмом родителей. Частичная эмоциональная депривация может быть обусловлена условиями неполной или «деформированной» семьи (наличие отчима). Недостаток

эмоционального общения с матерью возникает и при частой госпитализации ребенка на длительный срок из-за необходимости регулярного лечения.

Одним из специфических неблагоприятных факторов для детей с церебральными параличами являются длительное пребывание в условиях частичной изоляции, невозможность полноценно передвигаться, общаться со сверстниками, участвовать в их играх.

Рассматривая особенности психики у лиц с физическими недостатками, можно говорить, что чрезмерное накопление психогенных факторов может привести к нарушению и нормальной психики, если эти факторы имеют особое значение в жизни данной личности.

В связи с психогенией, переживанием чувства собственной неполноценности, вначале опосредованно в ситуации непринятия в игры, положение «отвергнутого» или в ответ на насмешки сверстников возникают компенсаторные психогенные реакции, формирующиеся в двух направлениях. Одним детям свойственны невротические реакции пассивно-оборонительного характера, которые клинически оформляются в депрессивные, астено-фобические. Другие дети реагируют агрессивно-защитными формами поведения в виде аффективной несдержанности, оппозиционности, готовности к конфликтам и агрессии [49, с. 60].

Большое значение в формировании эмоций, как мы уже отмечали, имеет реакция ребенка на осознание и переживание своего дефекта. В возникновении данной реакции имеет значение латеризация и локальный фактор поражения мозга.

Вероятно, в одних случаях локальный фактор ускоряет осознание и переживание дефекта, а в других задерживает.

В клинической практике Т.В. Виноградовой установлены некоторые особенности внутренней картины болезни при различной локализации очага поражения в головном мозге. Поражению задних отделов левого полушария чаще сопутствовала адекватная внутренняя картина болезни; задних отделов правого полушария - сочетание адекватного когнитивного уровня

внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождении между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным эмоциональным ее переживанием было характерно для лиц с поражением левой лобной области, в то время как поражение правой лобной доли сопровождалось значительным расхождением между когнитивным и эмоциональным планами внутренней картины болезни при несоответствии их имеющимся объективным измерениям [16, с. 132].

Проведенное И.И. Мамайчук клинико-катамнестическое наблюдение показало, что у детей с гемипаретической формой церебрального паралича анозогнозия дефекта наблюдалась при доминантности левого полушария. Несомненно, играет роль не только локальный компонент, определяющий при поражении левого полушария осознания больным своего дефекта, тревожность, направленная на его коррекцию, а при поражении правого полушария - анозогнозию, но и степень выраженности двигательных нарушений [17, с. 147].

Таким образом, детский церебральный паралич является своеобразной моделью, иллюстрирующей взаимоотношение биологических и социальных факторов в генезе психогенного патологического формирования личности и ее эмоциональной сферы на измененной «почве», к которой относят преморбидные особенности, акцентуацию характера, своеобразную резидуально-органическую недостаточность, тесно связанную с локализацией и распространенностью поражения головного мозга. Вероятно, при патологическом формировании психики ребенка и в целом его личности происходит взаимодействие указанных компонентов в однозначном направлении.

Следовательно, формирующаяся личность больного церебральным параличом является результатом интеграции многих социальных и биологических факторов.

### **1.3. Эмоциональные особенности детей младшего школьного возраста с ДЦП**

Рассмотрим, каким образом проявляется роль измененной «почвы» - органического поражения головного мозга - в выборе формы эмоционального реагирования ребенком на воздействия окружающей среды.

Эмоции детей с ДЦП качественно отличаются от эмоций детей с нормальным развитием. И это, в первую очередь, обусловлено поражением головного мозга при данной патологии. Как уже отмечалось, в возникновении эмоциональных состояний главнейшую роль играет центральная нервная система. Так как детский церебральный паралич возникает в результате раннего поражения определенных структур головного мозга, то соответственно, сам механизм эмоционального реагирования изначально нарушен. И процесс развития и формирования эмоциональной сферы, у ребенка с ДЦП должен иметь отличия от аналогичного механизма нормального развития эмоций.

В зависимости от локализации поражения мозга (формы ДЦП) наблюдается различная картина эмоциональных проявлений. Наиболее полно в исследованиях затрагивают описание эмоциональных критериев характерных детям со спастической диплегией и гиперкинетическим синдромом. Так как данные формы церебральных параличей встречаются достаточно часто.

У детей со спастической диплегией наблюдаются психогенные реакции астено-невротического типа. При длительном наблюдении за этими детьми удается выявить у них достаточную дифференцированность эмоций. Уже в раннем детстве их эмоционально-волевая сфера отличается повышенной чувствительностью к различным внешним раздражителям (яркому свету, громкому звуку). Дети пугливы, эмоционально лабильны, склонны к различным страхам [17, с. 89].

Страх вызывает резкие изменения в общем состоянии ребенка (учащается пульс, нарушается дыхание, повышается мышечный тонус, появляется потливость, усиливаются насильственные движения, может подняться температура). В школьном возрасте нарастает повышенная ранимость, впечатлительность. У подростков наблюдаются глубокие личностные реакции - обидчивость, переживание чувства физической неполноценности.

Переживание двигательного дефекта у детей с ДЦП развивается на основе сформировавшихся эмоциональных комплексов к 7-9 годам и по сути, является вторичным эмоциональным нарушением, которое влечет за собой склонность к невротическим и психотическим реакциям. То есть в данном случае обнаруживается взаимовлияние эмоций и осознание ребенком своего дефекта. У детей со спастической диплегией агрессивность, расторможенность встречаются редко, чаще наблюдаются проявления тормозимого варианта органического инфантилизма. В структуре эмоций при этом выражен астенический радикал - повышенная тормозимость, робость, пугливость, лабильность настроения, трудности адаптации в условиях детских учреждений [17, с. 101].

У детей с гиперкинетическим синдромом привязанности избирательны и глубоки. В раннем возрасте они адекватно реагируют на новую обстановку, беспокоятся, требуют постоянного внимания.

При этом у них наблюдаются склонность к невротическим нарушениям. Кроме того, возникает угроза патологического развития личности по тревожно-мнительному, аутистическому (уход в себя, в мир своих фантазий) или инфантильному типу. Многие авторы отмечают, что эти дети проявляют живой интерес к окружающему, на прогулках следят за играми сверстников, при изоляции от сверстников выражают бурный протест, при этом у них усиливаются гиперкинезы, появляются выраженные вегетативные реакции. При поступлении в стационар для лечения у многих детей раннего возраста наступает декомпенсация в форме реакции

дезадаптации с психомоторным возбуждением и другие нарушениями [49, с. 123].

У детей младшего школьного возраста более отчетливой, чем в дошкольном возрасте, становится недостаточная критичность, которая проявляется в неадекватной оценке ими ситуации, отсутствие глубокого переживания своего дефекта. Недостаточная критичность обычно сочетается с эйфорией, отмечаются двигательная расторможенность, иногда импульсивность, повышенная эмоциональная возбудимость, драчливость. У таких детей страхи могут перерасти в синдром витальной (жизненной) дезадаптации. При этом на различные зрительные и слуховые раздражители дети отвечают не ориентировочной, а защитной реакцией. У них отмечается повышенная возбудимость, слабая воля, неумение преодолевать препятствия и слабая мотивация к их преодолению. Достаточно агрессивный эмоциональный фон у детей, объясняется тем, что в первую очередь органическое поражение затрагивает те участки головного мозга, которые непосредственно отвечают за возникновение агрессии (таламус, кора больших полушарий) [17, с. 105].

При гиперкинетической форме церебрального паралича, в некоторых случаях наблюдаются астенические черты, которые имеют своеобразную органическую «окраску», сочетаясь с повышенной эмоциональной лабильностью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к истероформному реагированию.

При гемипаретической форме особенности эмоций по клинической картине могут быть ближе к особенностям эмоций, возникающих при гиперкинетической форме паралича. При данном заболевании, скорее всего, будет наблюдаться агрессивность, расторможенность. В эмоционально-волевой сфере детей, вероятно, будет отмечаться повышенная эмоциональная лабильность. Фобический синдром, скорее всего, будет выражен в меньшей степени, чем у детей со спастической диплегией. При двойной гемиплегии

нарушения эмоций должны быть выражены ярче, вследствие более глубокого поражения центральной нервной системы [17, с. 109].

Особенности эмоций детей с атонически-астатической формой ДЦП в литературе описаны не достаточно. Но так как у детей с таким дефектом наблюдается, в большинстве случаев задержка психического развития, то вполне вероятно предположить, что на их эмоциональную сферу будет накладываться отпечаток интеллектуальный дефект. У большинства детей с данной патологией присутствует задержка психического развития органического варианта осложненного психического инфантилизма. Соответственно допустимо, что в клинической картине этого варианта будут наблюдаться признаки незрелости эмоционально-волевой сферы - преобладание игрового интереса и игровой деятельности, непосредственность, внушаемость и выраженная недостаточная способность к занятиям, требующим волевых усилий. Особенность инфантилизма у этого контингента детей будет заключаться в его органической окрашенности. При этом отсутствует живость эмоциональных проявлений, веселость, отмечается наличие апатии, отрешенность [18, с. 165].

Вопрос о корреляции между степенью нарушения эмоций и выраженностью двигательной патологии до сих пор остается нерешенным. По данным одних авторов, существует прямая зависимость: чем тяжелее двигательный дефект, тем более выражены психические нарушения; по мнению других, такого соответствия нет [18, с. 167]. Тем не менее, дети с сильной степенью выраженности двигательного дефекта в наибольшей мере подвержены влиянию неблагоприятных факторов социально-психологической среды в связи с их несостоятельностью в социальной сфере контактов. Следовательно, чем серьезнее двигательные проблемы ребенка, тем ярче будут проявления.

Семья имеет большое значение в формировании эмоциональной сферы ребенка с ДЦП. Воспитание детей с отклонениями в развитии отличается большим своеобразием и различиями, и во многом зависит от

непосредственного участия в нем всех членов семьи, включая и самого ребенка, существующих в данной семье межличностных отношений, а также восприятия тяжести заболевания и надежды на успех излечения. Больной ребенок в семье более индивидуален, нежели нормально развивающийся, так как здесь во внимание принимается соотношение и взаимодействие благоприятных и неблагоприятных факторов в семейном окружении [27, с. 36].

Данный вывод подтверждают и исследования Э. Вагеноса, который, изучая агрессивность у дошкольников в условиях разных стилей воспитания, выявил следующие закономерности: влияние демократического стиля общения на динамику агрессивности показывает, что только небольшое количество детей (5,9%) при этом стиле общения выражают открытую агрессию. Дети со скрытой агрессией составляют при демократическом стиле воспитания 26,5%, что на 17,4% ниже среднего показателя. При гипоопеке, агрессия становится не ситуативной, а постоянной, агрессивное поведение становится нормой [27, с. 39].

Особую и наиболее значимую роль в жизни ребенка играет его мать, которая не только дает ему жизнь, но и является самым первым и главным воспитателем и учителем. Взаимоотношение между матерью и ребенком, в конечном счете, формирует личность ребенка, его эмоциональность.

Некоторые матери сами способствуют ускорению развития психической патологии у своих детей, их эмоциональных нарушений. Значительный вклад в формирование эмоциональных проявлений ребенка вносит эффект «заражения» эмоциями от матери. Негативные направления в психоэмоциональном состоянии матери имеют существенное значение в формировании образа «Я», развитии физических, эмоциональных и познавательных способностей. Следовательно, у тревожной и мнительной женщины, склонной к различным страхам, а это часто встречается в семьях, где растет ребенок с церебральным параличом, и реакции ребенка будут аналогичными материнским [18, с. 234].

Как ранее было отмечено, одним из специфических неблагоприятных факторов для детей с церебральными параличами являются длительное пребывание в условиях частичной изоляции, невозможности полноценно передвигаться, общаться со сверстниками, участвовать в их играх. Все это приводит, с одной стороны, к задержке психического развития, познавательного и сенсорного опыта, с другой - к формированию тормозимости и аутистических тенденций (замкнутость, неадекватность эмоциональных проявлений, агрессивность, подверженность страхам, часто носящим параноидный характер и т.д.) [27, с. 35].

Дети с церебральными параличами вследствие своей двигательной несостоятельности неизбежно должны отличаться повышенной склонностью испытывать беспокойство, характеризоваться низким порогом возникновения реакции тревоги, ощущать постоянное напряжение, воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги. Тревожность, часто приобретает патологический характер. Этому способствует хроническое состояние конфликта между расхождением возможностей самого ребенка и его ожиданиями. Инвалидность ребенка определяет его не успешность, практически во всех жизненных сферах. Многие психологические потребности остаются не реализованными. Совокупность данных обстоятельств и приводит к повышенному уровню тревоги и беспокойства. Тревожность же, в свою очередь, ведет к агрессивности, страхам, робости, в некоторых случаях к апатии, безразличию, не выраженности эмоций.

Страх и тревога тесно взаимосвязаны. Кроме возрастных страхов, можно предположить, что дети с ДЦП должны испытывать невротические страхи, которые формируются под влиянием неразрешимых переживаний. Свой вклад в эти переживания вносит и двигательная недостаточность, и наличие травмирующего опыта, и тревожность родителей в отношении с ребенком. Вполне логичным является то предположение, что качественная характеристика страхов детей с церебральным параличом должна отличаться

от аналогичной характеристики здоровых детей. Большой вес в данной характеристике, должны занять медицинские страхи, в связи с большим травмирующим опытом взаимодействия с медицинским персоналом, не реализации ожиданий на быстрое излечение после операционного вмешательства. А так же повышенная аффективная и сенсорная гиперчувствительность и ранимость может привести к необычным и неадекватным страхам. Кроме медицинских страхов, у детей с церебральными параличами, которые осознают и глубоко переживают свой дефект, вполне вероятно, появление большого количества социально-опосредованных страхов. В ситуациях вызывающих страх чаще всего будет отмечаться агрессия, носящая самозащитный характер.

Повышенный уровень агрессивности с аффективной взрывчатостью, беспричинной агрессии, бурных вспышек гнева можно объяснить также и положениями теории Дж. Долларда, который утверждал, что в отношении побуждения к агрессии решающее значение имеют следующие факторы: степень ожидаемого субъектом удовлетворения от будущего достижения цели; сила препятствия на пути достижения цели; количество последовательных фрустраций [10, с. 60]. У данного контингента детей можно отметить в наличии все вышеперечисленные причины, которые и повлекут за собой наличие высокого уровня агрессивности. Плюс к этому, сама специфика заболевания - повышение тонуса мускулатуры, возбуждение нервной системы - влечет за собой агрессивные вспышки в поведении ребенка, которые носят эффект катарсиса, необходимого для снижения уровня напряжения. Последнее положение исключает детей с атонически-астатической формой церебрального паралича. Так как при этой форме нарушения тонуса центральной нервной системы будут иметь прямо противоположную характеристику.

Все выше перечисленные эмоциональные состояния и факторы их обуславливающие влекут за собой появление фрустрации. Соответственно, ребенок с ДЦП будет находиться в ситуации хронической фрустрации,

переходящей в дезадаптацию, которая может привести к патологическому развитию личности. Исходя из этого, можно предположить, что дети с ДЦП более уязвимы в отношении разных фрустрационных воздействий, чем их нормально развивающиеся сверстники. У детей данного контингента должна отмечаться пониженная толерантность к фрустрационным воздействиям.

## Выводы по главе I

1. Детские церебральные параличи определяются как непрогрессирующие неврологические расстройства, возникающие в результате повреждения или недоразвития нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Они проявляются нарушениями мышечного тонуса и произвольных движений, неспособностью сохранять нормальную позу. Двигательные нарушения (парезы, параличи, расстройство координации, непроизвольные движения) являются ведущим клиническим синдромом детских церебральных параличей. Классификация клинических форм церебрального паралича учитывает распространенность двигательных нарушений, характер изменения мышечного тонуса, степени выраженности речевых и психических расстройств. Значительную роль в формировании особенностей психики ребенка с церебральным параличом исследователи отводят локализации поражения, наличию двигательного дефицита, сенсорным нарушениям. Большое значение также имеет наличие и глубина интеллектуального дефекта.

2. Детский церебральный паралич является своеобразной моделью, иллюстрирующей взаимоотношение биологических и социальных факторов в генезе психогенного патологического формирования личности и ее эмоциональной сферы на измененной «почве», к которой относят преморбидные особенности, акцентуацию характера, своеобразную резидуально-органическую недостаточность, тесно связанную с локализацией и распространенностью поражения головного мозга. Вероятно, при патологическом формировании психики ребенка и в целом его личности происходит взаимодействие указанных компонентов в однозначном направлении.

3. Эмоции детей с ДЦП качественно отличаются от эмоций детей с нормальным развитием. И это, в первую очередь, обусловлено поражением головного мозга при данной патологии. В зависимости от локализации

поражения мозга (формы ДЦП) наблюдается различная картина эмоциональных проявлений. Переживание двигательного дефекта у детей с ДЦП развивается на основе сформировавшихся эмоциональных комплексов к 7-9 годам и, по сути, является вторичным эмоциональным нарушением, которое влечет за собой склонность к невротическим и психотическим реакциям. У детей младшего школьного возраста более отчетливой, чем в дошкольном возрасте, становится недостаточная критичность, которая проявляется в неадекватной оценке ими ситуации, отсутствие глубокого переживания своего дефекта. Недостаточная критичность обычно сочетается с эйфорией, отмечаются двигательная расторможенность, иногда импульсивность, повышенная эмоциональная возбудимость, драчливость. Дети с церебральными параличами вследствие своей двигательной несостоятельности неизбежно должны отличаться повышенной склонностью испытывать беспокойство, характеризоваться низким порогом возникновения реакции тревоги, ощущать постоянное напряжение, воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги. В ситуациях вызывающих страх чаще всего будет отмечаться агрессия, носящая самозащитный характер.

## **Глава II. Экспериментальное исследование особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

### **2.1. Организация, задачи и методы исследования**

**Цель исследования:** изучить особенности эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

**Гипотеза исследования** состоит из следующих положений:

- эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется недостаточно развитыми умениями распознавать эмоции, повышенными тревожностью, агрессивностью и враждебностью;
- реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволяет гармонизировать эмоциональную сферу младших школьников с детским церебральным параличом.

Для подтверждения гипотезы на данном этапе исследования необходимо решить следующие задачи:

1. Выявить особенности эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.
3. Определить эффективность реализованной программы.

Для решения поставленных задач нами проводилось экспериментальное исследование, состоящее из трех этапов.

1. Констатирующий этап, включающий в себя изучение особенностей эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом с помощью методики исследования эмоционального состояния (по Э.Т. Дорофеевой), методики по изучению особенностей использования мимики и пантомимики, методики изучения понимания детьми графических изображений эмоций, «Шкалы тревожности» Кондаша, теста агрессивности Басса-Дарки.

2. Формирующий этап, включающий разработку и реализацию коррекционно-развивающей программы эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

3. Контрольный этап, включающий повторное изучение особенностей эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом в контрольной и экспериментальной группах испытуемых, а также определение эффективности и достоверности произошедших изменений с помощью метода углового преобразования Фишера.

В исследовании приняли участие дети-инвалиды младшего школьного возраста (7-9 лет) с диагнозом детский церебральный паралич легкой степени, посещающие курсовую реабилитацию – 24 человека. У всех испытуемых сохранен интеллект.

#### *Описание методик исследования*

1. *Методика исследования эмоционального состояния* (по Э.Т. Дорофеевой) направлена на оценку эмоционального состояния ребенка. Выявляется изменение чувствительности по трем основным цветам, что связано с изменением эмоционального состояния. Ребенку выдают три карточки разного цвета (красная, синяя, зеленая) размером 7x7 см и предлагают разложить их в порядке предпочтения.

В протоколе обследования фиксируются три варианта сдвига цветов и приводится анализ устойчивости выявленного эмоционального состояния ребенка.

Соответствие эмоционального состояния  
типу сдвига цветовой чувствительности

| Сдвиги<br>цветов | Названия сдвигов   | Характеристика эмоций                        |
|------------------|--|--|
| К-С-З<br>К-З-С   | Аффективное<br>возбуждение (АВ)<br>Функциональное<br>возбуждение (ФВ)                              | Положительные эмоциональные<br>состояния (+) |
| З-К-С<br>З-С-К   | Функциональная<br>расслабленность (ФР)<br>Функциональная<br>напряженность,<br>настороженность (ФН) | Нейтральные эмоциональные<br>состояния (*)   |
| С-З-К<br>С-К-З   | Функциональное<br>торможение<br>(ФТ)<br>Аффективное<br>торможение (АТ)                             | Отрицательные эмоциональные<br>состояния (-) |

*2. Методика по изучению особенностей использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции*

Цель: Изучение особенностей использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции.

Ребенку предлагают продемонстрировать веселого, печального, испуганного, сердитого, удивленного мальчика (девочку). Каждое эмоциональное состояние называют по мере выполнения.

Обработка результатов:

*Высокий уровень* – демонстрация всех предложенных эмоций посредством мимики и пантомимики.

*Выше среднего* – демонстрация всех эмоций, посредством мимики или пантомимики. Недостаточная выразительность мимики или пантомимики.

*Средний уровень* – демонстрация не всех предложенных эмоций. Недостаточная выразительность мимики и пантомимики.

*Низкий уровень* – непонимание инструкций. Эмоциональная бедность. Неразвитая пантомимика и мимика.

### *3. Методика по изучению понимания детьми графических изображений эмоций*

Цель: Изучение понимания детьми графических изображений эмоций.

Ребенку предлагаются карточки с графическим изображением радости, горя, страха, гнева и т.п. Предъявляют их по одной с вопросом: «Какое это лицо?»

Каждое графическое изображение эмоционального состояния предъявляют по мере выполнения.

Правильное понимание и называние эмоции обозначают знаком «+», неверное «-».

Обработка результатов:

*Высокий уровень* – распознавание и называние всех предложенных эмоций.

*Выше среднего* – распознавание всех эмоций. Недостаточно точное их называние.

*Средний уровень* – распознавание и называние не всех предложенных эмоций.

*Ниже среднего* – распознавание 2-3 эмоций, неточное их называние.

*Низкий уровень* - непонимание инструкций. Эмоциональная бедность.

4. «Шкала тревожности Кондаша» разработана по принципу «Шкалы социально-ситуативной тревоги» Кондаша. Особенность шкал такого типа состоит в том, что в них человек оценивает не наличие или отсутствие у себя каких-либо переживаний, симптомов тревожности, а ситуацию с точки зрения того, насколько она может вызвать тревогу. Преимущество шкал такого типа заключается, во-первых, в том, что они позволяют выявить области действительности, объекты, являющиеся для школьника основными источниками тревоги, во-вторых, в меньшей степени, чем другие типы опросников, оказываются зависимыми от особенностей развития у учащихся интроспекции.

Методика включает ситуации трех типов:

- 1) Ситуации, связанные со школой, общением с учителями;
- 2) Ситуации, актуализирующие представление о себе;
- 3) Ситуации общения.

Подсчитывается общая сумма баллов отдельно по каждому разделу шкалы и по шкале в целом. Полученные результаты интерпретируются в качестве показателей уровней соответствующих видов тревожности, показатель по всей шкале – общего уровня тревожности.

Уровни тревожности:

15–20 показателей – высокая тревожность

7–14 – средняя

1–6 – низкая тревожность.

*Высокий уровень тревожности* – дети, которые хорошо и даже отлично учатся, ответственно относятся к учебе, общественной жизни, школьной дисциплине, однако это видимое благополучие дается им неоправданно большой ценой и чревато срывами особенно при резком усложнении деятельности. У таких школьников отмечаются выраженные вегетативные реакции, невротоподобные и психосоматические нарушения. Тревожность в этих случаях часто порождается конфликтностью самооценки, наличием в ней противоречия между высокими притязаниями и достаточно сильной неуверенностью в себе. Подобный конфликт, заставляя этих школьников постоянно добиваться успеха, одновременно мешает им правильно оценить его, порождая чувство постоянной неуверенности, неустойчивости, напряженности.

*Оптимальный уровень тревожности* – дети в целом спокойны, уравновешенны, социально адаптированы, но в стрессовых ситуациях, ситуациях публичного выступления, незнакомой для себя ситуации они будут испытывать некоторое беспокойство. Однако, оно не будет нарушать их социальную адаптацию.

*Низкий уровень тревожности* – дети, характеризующиеся условно говоря, «чрезмерным спокойствием». Подобная нечувствительность к

неблагополучию носит, как правило, компенсаторный, защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Школьник как бы не допускает неприятный опыт в сознание. Эмоциональное неблагополучие в этом случае сохраняется ценой неадекватного отношения к действительности, отрицательно сказываясь и на продуктивности деятельности.

##### 5. «Тест на изучение агрессивности» Басса-Дарки

Цель методики: выявление различных форм агрессивных и враждебных реакций по следующим шкалам.

Физическая агрессия (нападение) - использование физической силы против другого лица.

Косвенная агрессия - под этим термином понимают как агрессию, которая окольными путями направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки), так и агрессию, которая ни на кого не направлена - взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топаний ногами, битье кулаками по столу и т.д. Эти взрывы характеризуются ненаправленностью и неупорядоченностью.

Склонность к раздражению (коротко - раздражение) - готовность к проявлению при малейшем возбуждении, вспыльчивости, резкости, грубости.

Негативизм - оппозиционная манера поведения, обычно направленная против авторитета или руководства; это поведение может нарастать от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся законов и обычаев.

Обида - зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или мнимые страдания.

Подозрительность - недоверие и осторожность по отношению к людям, основанная на убеждении, что окружающие намерены причинить вред.

Вербальная агрессия - выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань).

Кроме того, выделяется восьмой пункт - угрызения совести, чувство вины. Ответы на вопросы этой шкалы выражают степень убеждения обследуемого в том, что он является плохим человеком, совершающим неправильные поступки, наличие у него угрызения совести.

Физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение и вербальная агрессия вместе образуют суммарный индекс агрессивных реакций, а обида и подозрительность - индекс враждебности.

Бланк опросника представлен в приложении 1.

## 2.2. Анализ и интерпретация результатов констатирующего эксперимента

Изучение эмоционального состояния испытуемых проводилось с помощью методики диагностики эмоционального состояния Э.Т. Дорофеевой. Для выявления доминирующего эмоционального состояния диагностика проводилась в течение 11 дней, и для анализа результатов для каждого испытуемого было выбрано эмоциональное состояние, повторяющееся большее число раз (см. рис.1).

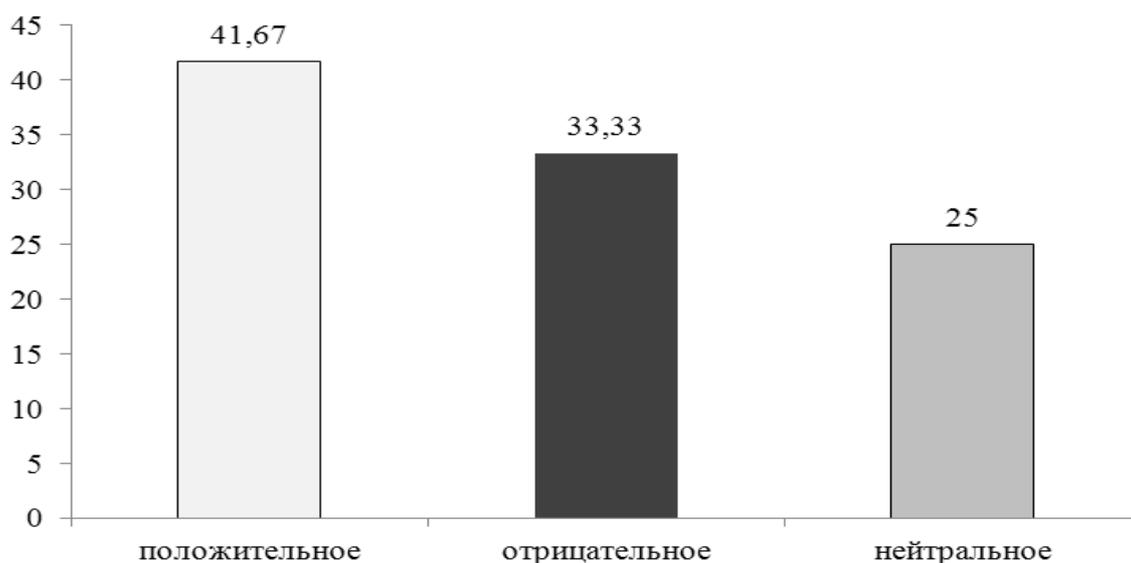


Рис.1. Результаты показателей методики диагностики эмоционального состояния (по Э.Т. Дорофеевой)

Отрицательное эмоциональное состояние отмечается у 33,3% испытуемых, что свидетельствует о наблюдении состояния функционального и аффективного торможения – неудовлетворение потребностей (печаль, тоска, напряженность): от состояния грусти до подавленности, от озабоченности до тревоги, от состояния растерянности до страха, доминировании сильных отрицательных эмоций.

У 41,7% отмечается доминирующее положительное эмоциональное состояние, которое свидетельствует о состоянии аффективного и функционального возбуждения, о доминировании положительных эмоций у испытуемых, диапазон переживания от чувства удовлетворения до восторга.

У 25% испытуемых наблюдается нейтральное эмоциональное состояние, которое свидетельствует о состоянии функциональной расслабленности до функциональной напряженности и настороженности. Характеризуется отсутствием выраженных переживаний, оценивается как спокойное устойчивое состояние, оптимальное для реализации человеческих отношений, контактов, различных видов деятельности, где не требуется напряжение, при этом ориентировочные реакции, характеризуются повышенным вниманием, активностью.

Для исследования особенностей мимики и пантомимики в развитии эмоциональной сферы ребенка была проведена методика с использованием демонстрации заданной эмоции психологом.

В результате проведения данной методики выявились следующие показатели: средний уровень определения заданной эмоции отмечается у большинства 83,33% испытуемых, что свидетельствует о демонстрации не всех предложенных эмоций, наблюдается недостаточная выразительность мимики и пантомимики, ярко выраженная разрегулированность моторно-двигательных реакций, неадекватность мимических выражений смыслу ситуации.

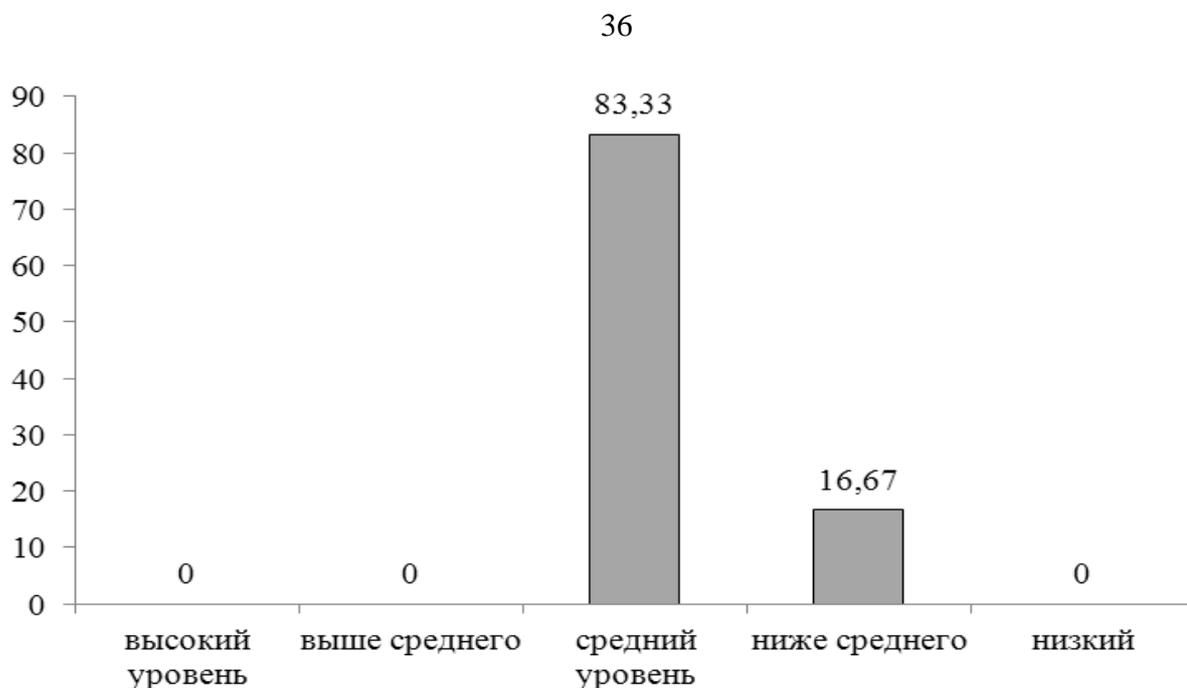


Рис.2. Результаты по изучению особенностей использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции

Уровень определения заданной эмоции ниже среднего отмечается у 16,67% испытуемых, что свидетельствует о непонимании инструкций детьми, наблюдается эмоциональная бедность, не развита мимика и пантомимика. Для данных испытуемых характерны почти полное отсутствие мимики и жестикюляции, мышцы лица расслаблены, тело вялое.

Результаты методики изучения понимания графических изображений эмоций показало, что большая часть испытуемых (75%) имеют средний уровень понимания графических изображений, что говорит о распознавании и назывании не всех предложенных эмоций.

8,33% испытуемых имеют уровень понимания графических изображений выше среднего, что свидетельствует об умении распознавать все виды эмоций, но недостаточное их называние.

16,67% испытуемых показали низкий уровень понимания графических изображений, что свидетельствует о непонимании инструкций детьми, наблюдается эмоциональная бедность.

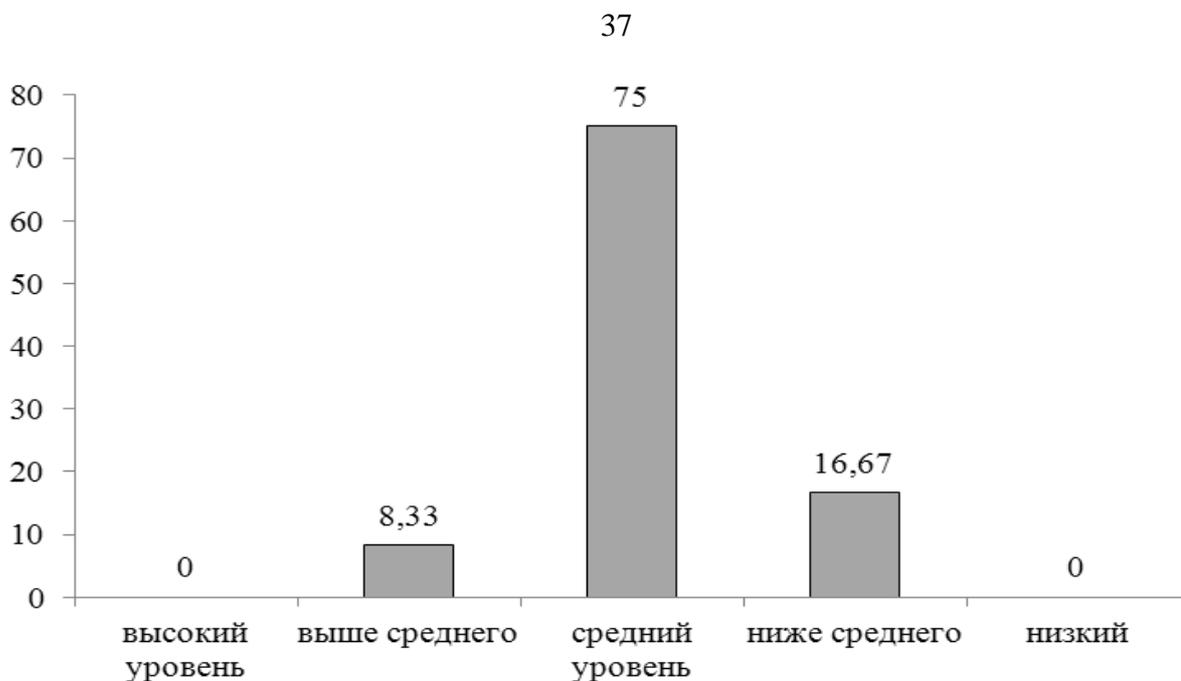


Рис. 3. Результаты методики на изучение понимания детьми графических изображений эмоций

Изучение уровня тревожности с помощью шкалы Кондаша в группах испытуемых показало следующее (см. рис. 4).

Низкий уровень тревожности имеют 29,16% испытуемых – характеризуются, условно говоря, «чрезмерным спокойствием», когда подобная нечувствительность к неблагополучию носит, как правило, компенсаторный, защитный характер и препятствует полноценному формированию личности – школьник как бы не допускает неприятный опыт в сознание, и эмоциональное неблагополучие в этом случае сохраняется ценой неадекватного отношения к действительности, отрицательно сказываясь и на продуктивности деятельности.

Средний или оптимальный уровень тревожности свойственен 25% испытуемых; такие младшие школьники в целом спокойны, уравновешены, социально адаптированы, но в стрессовых ситуациях, ситуациях публичного выступления, незнакомой для себя ситуации они будут испытывать некоторое беспокойство, однако, оно не будет нарушать их социальную адаптацию.

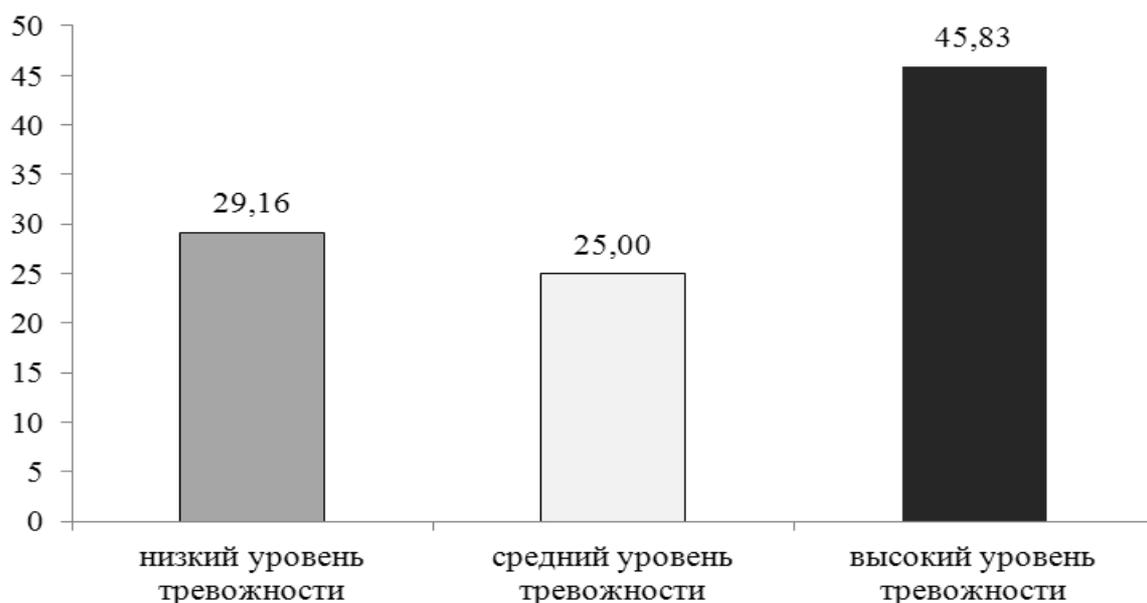


Рис. 4. Результаты изучения уровня тревожности у испытуемых

Высокий уровень тревожности свойственен значительной части испытуемых (66,6%), у них отмечаются выраженные вегетативные реакции, невротоподобные и психосоматические нарушения. Тревожность в этих случаях часто порождается конфликтностью самооценки, наличием в ней противоречия между высокими притязаниями и достаточно сильной неуверенностью в себе. Подобный конфликт, заставляя этих школьников постоянно добиваться успеха, одновременно мешает им правильно оценить его, порождая чувство постоянной неуверенности, неустойчивости, напряженности.

Изучение особенностей проявления агрессивности показал, что испытуемым свойственно проявление таких видов агрессивности, как: физическая и вербальная агрессия, подозрительность, ярко выражена обида и низкий уровень чувства вины (см. рис. 5). Таким образом, для младших школьников свойственно использование физической силы против другого лица, готовность к проявлению при малейшем возбуждении, вспыльчивости, резкости, грубости, чувство зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или мнимые страдания.

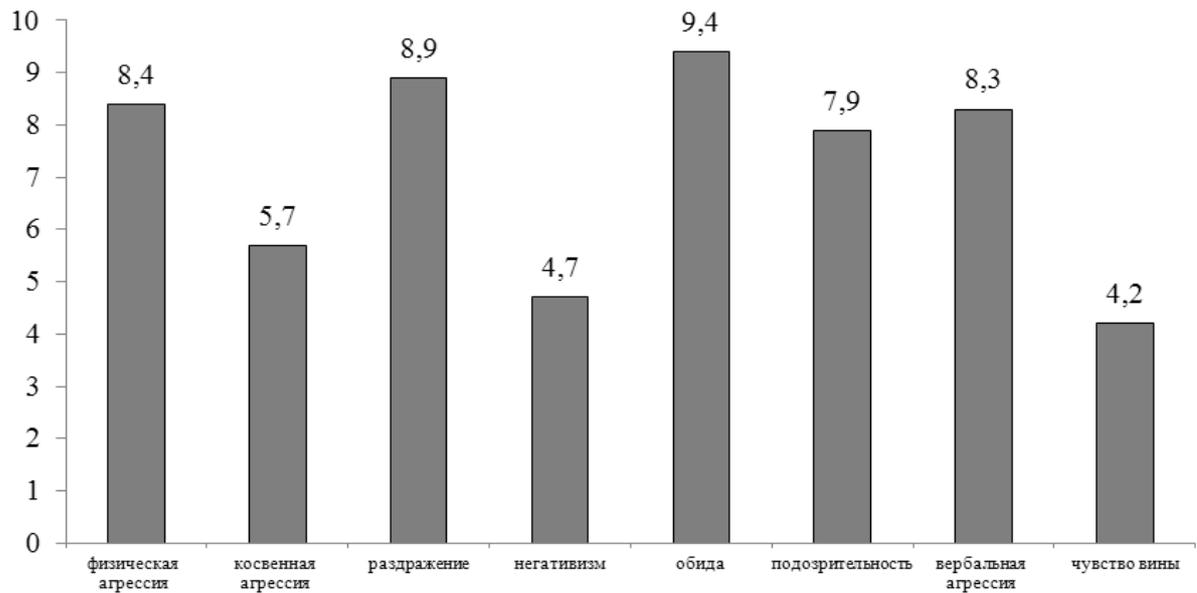


Рис. 5. Анализ особенностей проявления агрессивности

Они испытывают недоверие и осторожность по отношению к людям, основанная на убеждении, что окружающие намерены причинить вред, при этом выражают негативные чувства как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань).

Таким образом, эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется переживанием различного спектра эмоциональных состояний – положительное, отрицательное и нейтральное. Для таких школьников свойственен средний уровень определения заданной эмоции и графического понимания эмоций, при этом наблюдается недостаточная выразительность мимики и пантомимики, ярко выраженная разрегулированность моторно-двигательных реакций, неадекватность мимических выражений смыслу ситуации. Таким школьникам свойственен как высокий, так и низкий уровень тревожности, что свидетельствует о выраженных вегетативных реакции, невротоподобные и психосоматические нарушениях, так и нечувствительности к неблагоприятию, носящего защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Так же таким школьникам свойственно проявление таких видов

агрессивности, как: физическая и вербальная агрессия, подозрительность, ярко выражена обида и низкий уровень чувства вины.

Таким образом, полученные данные подтверждают первое положение выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется недостаточно развитыми умениями распознавать эмоции, повышенными тревожностью, агрессивностью и враждебностью.

Для проведения формирующего этапа исследования среди испытуемых мы выделили экспериментальную и контрольную группы, в которую вошли одинаковое число школьников с различным доминирующим эмоциональным состоянием (табл. 2).

Таблица 2

Распределение испытуемых в контрольной и экспериментальной группах

| Доминирующее эмоциональное состояние | Экспериментальная группа, всего – 12 чел. | Контрольная группа, всего – 12 чел. |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Положительное                        | 41,6% (5 чел.)                            | 41,6% (5 чел.)                      |
| Отрицательное                        | 33,4 (4 чел.)                             | 33,4 (4 чел.)                       |
| Нейтральное                          | 25% (3 чел.)                              | 25% (3 чел.)                        |

Участники экспериментальной группы приняли участие в занятиях коррекционно-развивающей программы особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

### **2.3. Коррекционно-развивающая программа эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

Для коррекции и развития эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с диагнозом детский церебральный паралич была составлена коррекционно-развивающая программа «Навстречу друг другу».

Программа «Навстречу друг другу» – это система коррекционно-развивающих занятий, которые строятся в доступной и интересной для детей форме.

Цель программы: коррекция и развитие эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

В процессе проведения решались следующие задачи программы:

1. Познакомить детей с основными эмоциями: интересом, радостью, удивлением, грустью, гневом, страхом, стыдом, отвращением, презрением.
2. Способствовать обогащению эмоциональной сферы ребенка.
3. Учить детей распознавать эмоциональные проявления других людей по различным признакам (мимике, пантомимике, интонации и пр.)
4. Дать детям понятие о разделении эмоций на положительные и отрицательные.
5. Способствовать открытому проявлению эмоций и чувств различными социально приемлемыми способами (словесными, физическими, творческими и т.д.).
6. Научить распознавать разницу между чувствами и поступками (нет плохих чувств, есть плохие поступки).
7. Обогащать словарь детей за счет слов, обозначающих различные эмоции, чувства, настроения;
8. Обучить навыкам саморасслабления и саморегуляции.

В коррекционно-развивающей работе с детьми младшего школьного возраста с детским церебральным параличом мы руководствуемся следующими принципами:

1. Принцип индивидуализации предполагает учет возраста, учет типа детско-родительских отношений, уровня общего состояния ребенка.
2. Принцип доступности от уровня психологических особенностей ребенка.

3. Принцип наглядности - демонстрация упражнений, этюдов, моделирование ситуаций, игр подтверждает объяснение и помогает ребенку их правильно выполнять.

4. Принцип систематичности и последовательности заключается в непрерывности, регулярности, планомерности процесса, в котором реализуются задачи коррекционно-развивающей работы.

Сроки реализации программы и возраст детей:

Занятия проходили в течение 2 месяцев, в групповой форме:

- тренинг – 8 занятий (1 раза в неделю)

- занятия в сенсорной комнате – 8 занятий (1 раз в неделю)

Продолжительность занятий 35-40 минут.

В учреждении созданы все условия для проведения тренингов и занятий с детьми: занятия проводились в специально оборудованном помещении, в котором все участники могут свободно располагаться и передвигаться. Во время занятий детям предлагается сидеть на стульчиках или на ковре в кругу, так как форма круга создает ощущение целостности, облегчает взаимопонимание и взаимодействие детей.

Стиль ведения занятий – эмоциональный и непринужденный. К каждому ребенку находился индивидуальный подход, учитывались его личностные особенности. На занятиях регулярно использовалось музыкальное сопровождение релаксационной направленности, которое эффективно помогает снять мышечное и психоэмоциональное напряжение у воспитанников. Установка отношений, основанных на эмпатии, сотрудничестве между специалистом и ребенком влияет на возможность развития у ребенка осознанное отношение к коррекционно-развивающему процессу и интерес к достижению положительных результатов.

Воздержания от любых форм навязывания или принуждения, к какой либо деятельности. Сосредоточение внимания не только на коррекционно-развивающем компоненте взаимодействия, но и на понимании потребностей

и возможностей ребенка (совместная деятельность на доступном для него уровне).

Программа «Навстречу друг другу» состоит из трех разделов:

1. «Знакомство» (включает в себя 1 занятие) «Вводное».

Содержание этого раздела помогает установить эмоционально-позитивный контакт с группой детей, ориентировка их в обстановке игровой комнаты, познакомить с правилами и нормами поведения.

2. «Радуга эмоций» включает в себя 5 занятий: «Мои друзья», «Радость встречи», «Я люблю...», «Радуга эмоций» (начало), «Радуга эмоций» (продолжение).

Содержание этого раздела помогает снизить эмоциональное напряжение; создать положительное эмоциональное настроение и атмосферу принятия каждого; развить способность понимать эмоциональное состояние другого и умение выразить свои ощущения.

3. «Познай себя» – активизация внутренних резервов у детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях сенсорной комнаты. Данный раздел включает в себя 2 занятия: «Воздушный шар», «Подарок».

Структура каждого занятия состоит из трех этапов:

В подготовительную часть включаются несложные ритуальные упражнения, которые помогают детям позитивно настроиться на работу в группе, установить контакт.

В основную часть входят специальные упражнения, соответствующие цели и тематике занятия: развивающие игры-драматизации; сюжетно-ролевые игры; игры на развитие навыков общения; упражнения подражательно-исполнительского и творческого характера; этюды; сочинение историй; беседы и рассказы; мини-конкурсы.

Заключительная часть включает в себя «ритуал прощания» с группой.

В программе использовались следующие методы и приемы обучения:

– методы и приемы пространственных представлений: работа с телом, упражнения на изучения тела, иллюстрационный материал, работа с зеркалом;

– методы и приемы развития коммуникативных способностей: рассматривание иллюстраций с последующим диалогом между взрослым и детьми; работа в парах и мини командах; вопросы и ответы при разыгрывании ситуаций или обсуждение чего-либо во время тренинга; задания, требующие от ребёнка развёрнутого ответа, собственного мнения, суждения;

– методы и приемы развития культуры жеста, возможности выражать свои мысли и чувства, эмоции при помощи мимики, пантомимики, движений, осанки, позы.

Критериями эффективности программы являются:

- увеличение числа младших школьников с положительным доминирующим эмоциональным состоянием в экспериментальной группе;
- увеличение числа младших школьников со средним, или оптимальным, уровнем тревожности экспериментальной группе.

#### **2.4. Анализ и интерпретация результатов на контрольном этапе эксперимента**

Сравнительный анализ констатирующего и контрольного эксперимента методики диагностики эмоционального состояния по (Э.Т. Дорофеевой) показал (рис. 7).

В ходе проведения сравнительного анализа результатов констатирующего и контрольного этапов в экспериментальной группе доминирует положительное эмоциональное состояние (75%), которое свидетельствует о состоянии аффективного и функционального возбуждения, о доминировании положительных эмоций у испытуемых диапазон переживания от чувства удовлетворения до восторга.

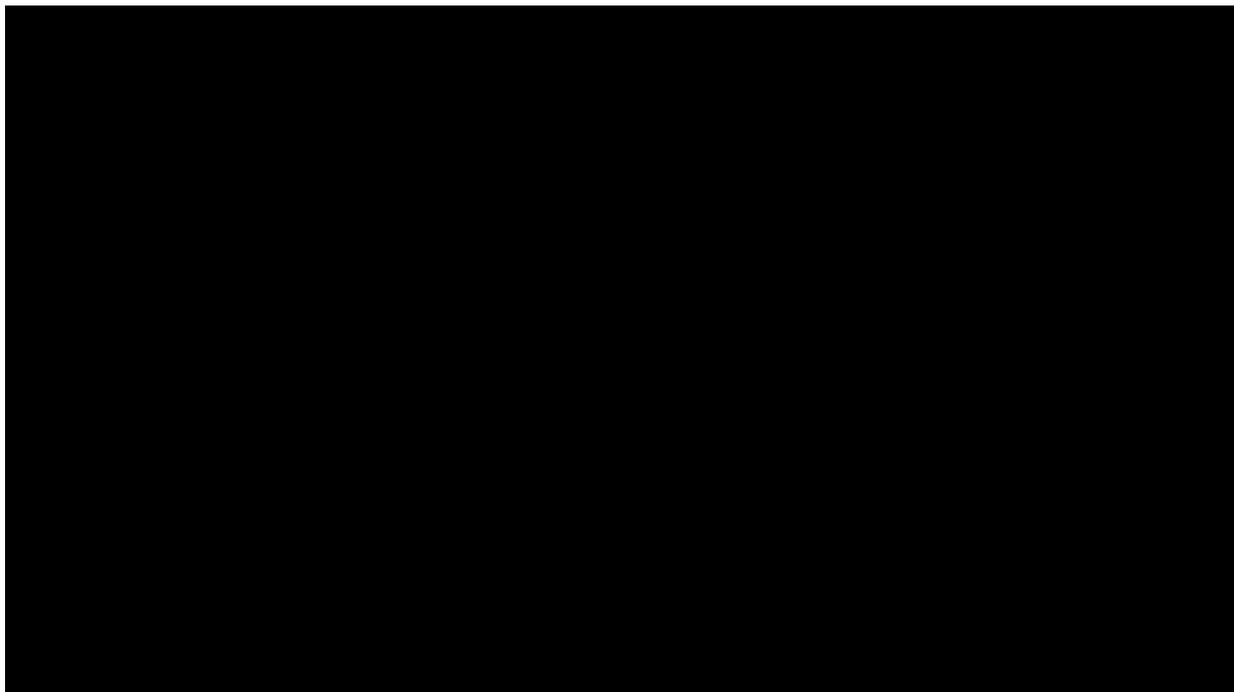


Рис.7. Сравнительные результаты изучения эмоционального состояния на констатирующем и контрольном этапах

Снизилось число участников с отрицательным и нейтральным доминирующим эмоциональным состоянием. В контрольной группе отмечаются незначительные изменения.

Анализ изменений уровня тревожности в экспериментальной группе (см. рис. 8) показал значительное увеличение числа участников со средним (40%) уровнем тревожности, что свидетельствует об оптимальном уровне тревожности, когда школьники в целом спокойны, уравновешены, социально адаптированы, но в стрессовых ситуациях, ситуациях публичного выступления, незнакомой для себя ситуации, они будут испытывать некоторое беспокойство. Однако оно не будет нарушать их социальную адаптацию.

В контрольной группе отмечаются незначительные изменения в уровне тревожности у испытуемых.

Для доказательства достоверности различий по выраженности положительных сдвигов между экспериментальной и контрольной группами мы применили критерий Фишера.

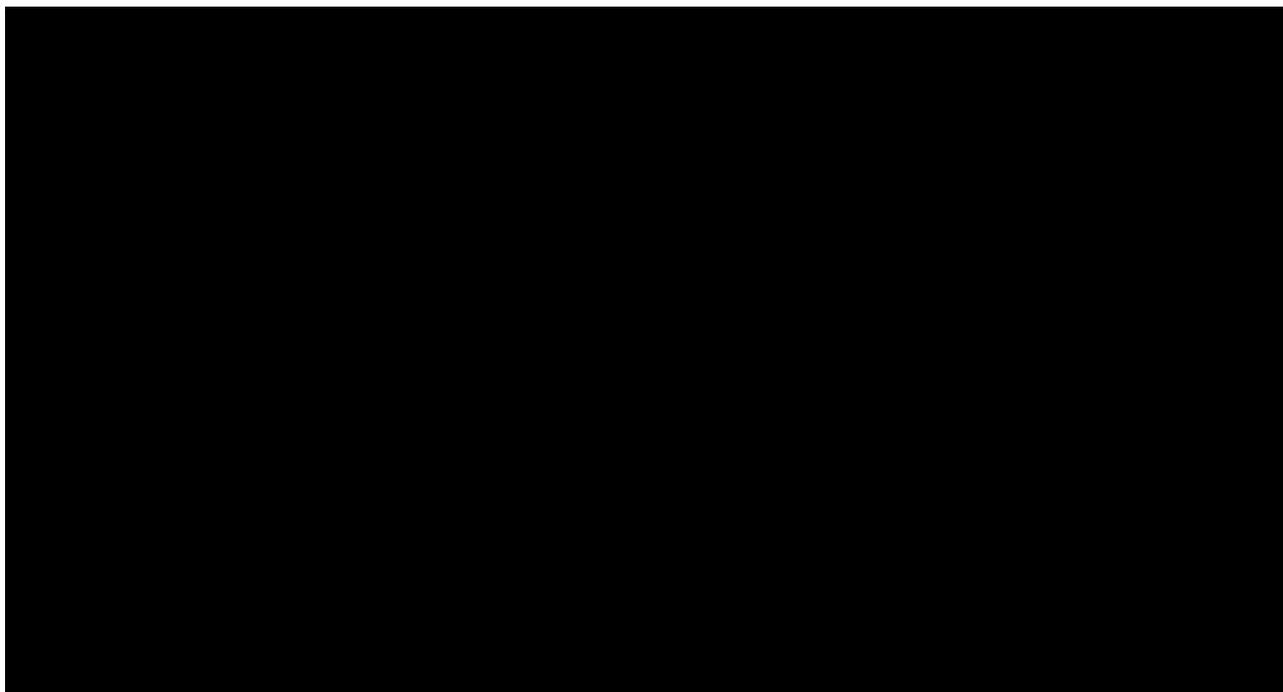


Рис.8. Сравнительные результаты изучения тревожности на констатирующем и контрольном этапах

Критерий Фишера позволяет определить, действительно ли после участия в коррекционно-развивающей программе у участников экспериментальной группы результаты выполнения методик статистически достоверно превосходят результаты выполнения методик у испытуемых контрольной группы, не участвующих в программе.

Эмпирические гипотезы:

H<sub>0</sub>: положительных сдвигов в изменении количества младших школьников с доминирующим положительным эмоциональным состоянием в экспериментальной группе после участия в программе коррекционно-развивающей программе не больше, чем в контрольной группе, не принимавшей участия в программе.

H<sub>1</sub>: положительных сдвигов в изменении количества младших школьников с доминирующим положительным эмоциональным состоянием в экспериментальной группе после участия в коррекционно-развивающей программе больше, чем в контрольной группе, не принимавшей участия в программе.

Сопоставление двух групп испытуемых по процентной доле, показавших сдвиг в положительных результатах изменения положительного эмоционального состояния

| Группы                           | «Есть эффект»         |        | «Нет эффекта»         |        | Суммы |
|----------------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-------|
|                                  | Количество испытуемых | % доля | Количество испытуемых | % доля |       |
| Экспериментальная группа n1 = 12 | 6                     | 50     | 6                     | 50     | 12    |
| Контрольная группа n2 = 12       | 1                     | 9      | 11                    | 91     | 12    |
| Суммы                            | 6                     |        | 18                    |        | 24    |

$$\varphi_1(50\%) = 2,412; \quad \varphi_2(9\%) = 0,453$$

$$\varphi_{\text{эмп.}} = 2,68;$$

$$\varphi_{\text{эмп.}} > \varphi_{\text{кр.}} (p \bullet 0,01). \quad \varphi_{\text{кр.}} = \{1,64(p \bullet 0,05) \quad 2,31(p \bullet 0,01)\}$$

$H_0$  отвергается.  $H_1$  принимается.

Вывод: на основании полученного результата можно сделать заключение, что различия по выраженности положительного сдвига в изменении доминирующего положительного эмоционального состояния у испытуемых экспериментальной группы после участия в коррекционно-развивающей программе достоверно больше, чем у испытуемых контрольной группы, не участвующих в программе.

Эмпирические гипотезы:

$H_0$ : положительных сдвигов в изменении количества младших школьников со средним уровнем тревожности в экспериментальной группе после участия в программе коррекционно-развивающей программе не больше, чем в контрольной группе, не принимавшей участия в программе.

$H_1$ : положительных сдвигов в изменении количества младших школьников со средним уровнем тревожности в экспериментальной группе после участия в программе коррекционно-развивающей программе больше, чем в контрольной группе, не принимавшей участия в программе.

Сопоставление двух групп испытуемых по процентной доле, показавших сдвиг в положительных результатах изменения уровня тревожности

| Группы                           | «Есть эффект»         |        | «Нет эффекта»         |       | Суммы |
|----------------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|-------|-------|
|                                  | Количество испытуемых | % доля | Количество испытуемых | %доля |       |
| Экспериментальная группа n1 = 12 | 5                     | 41,6   | 7                     | 58,4  | 12    |
| Контрольная группа n2 =12        | 0                     | 0      | 12                    | 12    | 12    |
| Суммы                            | 5                     |        | 19                    |       | 24    |

$$\varphi_1(41,6\%) = 2,112; \quad \varphi_2(0\%) = 0$$

$$\varphi \text{ эмп.} = 2,24;$$

$$\varphi \text{ эмп.} > \varphi_{\text{кр.}} (p \bullet 0,05). \quad \varphi_{\text{кр.}} = \{ 1,64(p \bullet 0,05) \quad 2,31(p \bullet 0,01) \}$$

$H_0$  отвергается.  $H_1$  принимается.

Вывод: на основании полученного результата можно сделать заключение, что различия по выраженности положительного сдвига в изменении уровня тревожности у испытуемых экспериментальной группы после участия в коррекционно-развивающей программе достоверно больше, чем у испытуемых контрольной группы, не участвующих в программе.

Поскольку критериями эффективности проводимой программы является увеличение числа младших школьников с доминирующим положительным эмоциональным состоянием и увеличение числа дошкольников со средним уровнем тревожности в экспериментальной группе, то мы можем сделать вывод об эффективности реализованной коррекционно-развивающей программы эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

Таким образом, второе положения выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволяет гармонизировать эмоциональную сферу младших школьников с детским церебральным параличом, подтвердилось.

## Выводы по главе II

Изучение особенностей эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом осуществлялось с помощью методики исследования эмоционального состояния (по Э.Т. Дорофеевой), методики по изучению особенностей использования мимики и пантомимики, методики изучения понимания детьми графических изображений эмоций, «Шкалы тревожности» Кондаша, теста агрессивности Басса-Дарки.

Эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется переживанием различного спектра эмоциональных состояний – положительное, отрицательное и нейтральное. Для таких школьников свойственен средний уровень определения заданной эмоции и графического понимания эмоций, при этом наблюдается недостаточная выразительность мимики и пантомимики, ярко выраженная разрегулированность моторно-двигательных реакций, неадекватность мимических выражений смыслу ситуации. Таким школьникам свойственен как высокий, так и низкий уровень тревожности, что свидетельствует о выраженных вегетативных реакции, невротоподобные и психосоматические нарушениях, так и нечувствительности к неблагоприятию, носящего защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Так же таким школьникам свойственно проявление таких видов агрессивности, как: физическая и вербальная агрессия, подозрительность, ярко выражена обида и низкий уровень чувства вины.

Полученные данные подтверждают первое положение выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется недостаточно развитыми умениями распознавать эмоции, повышенными тревожностью, агрессивностью и враждебностью.

На формирующем этапе проводилась коррекционно-развивающая программа особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного

возраста с детским церебральным параличом с участниками экспериментальной группы. В процессе реализации программы решались такие задачи, как знакомство детей с основными эмоциями, обогащение эмоциональной сферы ребенка, навыки распознавания эмоциональных проявлений других людей по различным признакам, способствование открытого проявления эмоций и чувств различными социально приемлемыми способами (словесными, физическими, творческими и т.д.), обучить навыкам саморасслабления и саморегуляции.

Поскольку критериями эффективности проводимой программы является увеличение числа младших школьников с доминирующим положительным эмоциональным состоянием и увеличение числа школьников со средним уровнем тревожности в экспериментальной группе, и контрольный этап исследования подтвердил это, то мы можем сделать вывод об эффективности реализованной коррекционно-развивающей программы эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

Таким образом, второе положение выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволяет гармонизировать эмоциональную сферу младших школьников с детским церебральным параличом, подтвердилось.

## Заключение

Результаты проведенного нами исследования показали особенности эмоциональной сферы младших школьников с детским церебральным параличом.

Теоретический анализ позволил определить категориальный аппарат работы и концептуальную основу экспериментального исследования. В основу нашей работы были приняты следующие положения.

Детские церебральные параличи определяются как непрогрессирующие неврологические расстройства, возникающие в результате повреждения или недоразвития нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Они проявляются нарушениями мышечного тонуса и произвольных движений, неспособностью сохранять нормальную позу. Двигательные нарушения (парезы, параличи, расстройство координации, произвольные движения) являются ведущим клиническим синдромом детских церебральных параличей. Классификация клинических форм церебрального паралича учитывает распространенность двигательных нарушений, характер изменения мышечного тонуса, степени выраженности речевых и психических расстройств. Значительную роль в формировании особенностей психики ребенка с церебральным параличом исследователи отводят локализации поражения, наличию двигательного дефицита, сенсорным нарушениям. Большое значение также имеет наличие и глубина интеллектуального дефекта.

Детский церебральный паралич является своеобразной моделью, иллюстрирующей взаимоотношение биологических и социальных факторов в генезе психогенного патологического формирования личности и ее эмоциональной сферы на измененной «почве», к которой относят преморбидные особенности, акцентуацию характера, своеобразную резидуально-органическую недостаточность, тесно связанную с локализацией и распространенностью поражения головного мозга. Вероятно,

при патологическом формировании психики ребенка и в целом его личности происходит взаимодействие указанных компонентов в однозначном направлении.

Эмоции детей с ДЦП качественно отличаются от эмоций детей с нормальным развитием. И это, в первую очередь, обусловлено поражением головного мозга при данной патологии. В зависимости от локализации поражения мозга (формы ДЦП) наблюдается различная картина эмоциональных проявлений. Переживание двигательного дефекта у детей с ДЦП развивается на основе сформировавшихся эмоциональных комплексов к 7-9 годам и, по сути, является вторичным эмоциональным нарушением, которое влечет за собой склонность к невротическим и психотическим реакциям. У детей младшего школьного возраста более отчетливой, чем в дошкольном возрасте, становится недостаточная критичность, которая проявляется в неадекватной оценке ими ситуации, отсутствие глубокого переживания своего дефекта. Недостаточная критичность обычно сочетается с эйфорией, отмечаются двигательная расторможенность, иногда импульсивность, повышенная эмоциональная возбудимость, драчливость. Дети с церебральными параличами вследствие своей двигательной несостоятельности неизбежно должны отличаться повышенной склонностью, испытывать беспокойство, характеризоваться низким порогом возникновения реакции тревоги, ощущать постоянное напряжение, воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги. В ситуациях вызывающих страх чаще всего будет отмечаться агрессия, носящая самозащитный характер.

Экспериментальное исследование показало, что эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется переживанием различного спектра эмоциональных состояний – положительное, отрицательное и нейтральное. Для таких школьников свойственен средний уровень определения заданной эмоции и графического понимания эмоций, при этом наблюдается недостаточная выразительность

миимики и пантомимики, ярко выраженная разрегулированность моторно-двигательных реакций, неадекватность мимических выражений смыслу ситуации. Таким школьникам свойственен как высокий, так и низкий уровень тревожности, что свидетельствует о выраженных вегетативных реакциях, невротоподобных и психосоматических нарушениях, так и нечувствительности к неблагополучию, носящих защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Так же таким школьникам свойственно проявление таких видов агрессивности, как: физическая и вербальная агрессия, подозрительность, ярко выражена обида и низкий уровень чувства вины.

Полученные данные подтверждают первое положение выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что эмоциональная сфера младших школьников с детским церебральным параличом характеризуется недостаточно развитыми умениями распознавать эмоции, повышенными тревожностью, агрессивностью и враждебностью.

На формирующем этапе проводилась коррекционно-развивающая программа особенностей эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, направленная на знакомство детей с основными эмоциями, обогащение эмоциональной сферы ребенка, навыки распознавания эмоциональных проявлений других людей по различным признакам, способствование открытого проявления эмоций и чувств различными социально приемлемыми способами (словесными, физическими, творческими и т.д.), обучение навыкам саморасслабления и саморегуляции.

Результаты контрольного этапа эксперимента подтвердили второе положение выдвинутой нами гипотезы, состоящее из предположения, что реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволяет гармонизировать эмоциональную сферу младших школьников с детским церебральным параличом.

### Список литературы

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем.— М.: Медицина. – 1975. – 446 с.
2. Атаханов Р., Бобкова М.Г., Ушакова В.В. Педагогическая психология: Хрестоматия учеб. пособие для студ. спец-й «Психология» и «Педагогика и психология». Тюмень: Тюмен. Гос. ун-т, 2009. – 257 с.
3. Аксенова Л.И. Дефектология [Текст] / Л.И. Аксенова. – М., 1997. – 242 с.
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи [Текст] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба. – Киев, 2003. – 327 с.
5. Барахнин М. Практическая психология для родителей, или как научиться понимать своего ребенка [Текст] / А. Барахнин. – М.: Изд-во. «Аст-Пресс», 1999. – 73 с.
6. Бобкова, М. Г. Формирование профессиональной установки на эмпатийный способ взаимодействия: Дисс. канд. психол. наук/М. Г. Бобкова. -Тобольск, 2005, 216с.
7. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер Пресс, 2009. – 398 с.
8. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. М.: МПСИ, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. – 352 с.
9. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное /Сост. и общ. Ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
10. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб: Питер, 2001. – 352 с.
11. Вилюнас В.К. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
12. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973. – 157 с.

13. В помощь маме «особого» ребенка. Сборник рекомендаций родителям [Текст] / ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области». – Тюмень, 2008. – 10 с.
14. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: «Эксмо», 2004. – 73 с.
15. Глушакова О. Пойми меня [Текст] / О. Глушакова // Школьный психолог. – 2008. – № 8. – С. 21-23.
16. Девиантология. Хрестоматия / под ред. Ю.А. Клейберга. – СПб.: Речь, 2007. – 411 с.
17. Детский церебральный паралич: Хрестоматия [Текст] / Сост. Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – 519 с.
18. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи [Текст] / В.И. Дубровский. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. – 138 с.
19. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей [Текст] / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2005. – 32 с.
20. Закаблук А.Г. Особенности понимания эмоциональных состояний детьми в норме и патологии как основания их социальной адаптации// Коррекционная работа в специальных школах и дошкольных учреждениях. – Л., 1985. – С. 30-39.
21. Запорожец А.В. Роль Л.С. Выготского в разработке проблем эмоций / Отечественная психология. Классические труды. – М.: Директмедиа Паблишинг, 2009. – 1000 с.
22. Изард К. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2009. – 464 с.
23. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001 – 752 с.
24. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев: Вища школа. – 1987. – 269 с.
25. Клиническая психология /под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 960 с.

26. Коломинский Я.Л., Березовин Н.А. Некоторые педагогические проблемы социальной психологии. – М., 1977. – 82 с.
27. Комплексное сопровождение семей, имеющих ребенка-инвалида 5-7 лет с диагнозом детский церебральный паралич легкой степени. Методические рекомендации по сопровождению семьи. Вып. 2 [Текст] / Сост. С.З. Витязева, Л.В. Пискулина, М.Ю. Бистс и др. – Тюмень: АУСОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», 2009. – 35 с.
28. Копилка творческих идей. Сборник рекомендаций родителям [Текст] / Сост. Л.Н. Зыкова, А.Ш. Шакирзянова. – Тюмень: АУ СОН ТО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Родник», 2010. – 64 с.
29. Корчагина Ю. Зачем нужны психологические тесты [Текст] / Ю. Корчагина // Здоровье детей. – 2008. – № 8. – С. 26-28
30. Миланич Ю.М. Эмоциональные нарушения у детей дошкольного возраста. – СПб., 1997. – 124 с.
31. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития учебник для студентов вузов. – М.: Академия, 2009. – 638 с.
32. Новейший психологический словарь. – Ростов-на-Дону: «Феникс» 2007.
33. Практическая психология: Учебно-методическое пособие/Под. ред. доктора психологических наук, профессора С.В.Кондратьевой. – Мн., 1997. – 212 с.
34. Прихожан А.М. Тревога у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: МПСИ, 2000. – 304 с.
35. Прокофьева В.А. Аффективная сфера// Реан А.А. Психология человека от рождения до смерти. – СПб.: «Прайм-Еврознак», 2002. – 656 с.
36. Психодиагностические методы изучения личности: учеб. пособие/ Т.А. Ратанова, Н.Ф. Шляхта. 5- изд. – М.: Флинта: МПСИ, 2008. – 264 с.

37. Психология детства. Учебник. /Под редакцией члена-корреспондента РАО А.А. Реана. – СПб.: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. – 368 с.
38. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. – М.: Владос, 1996. – 529 с.
39. Российская социологическая энциклопедия/под ред. Г.В.Осипова. – М.: Норма-Инфра, 1999. – 667 с.
40. Рубинштейн С.Л.. Основы общей психологии. – М.: Питер, 2010. – 720 с.
41. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: психотерапия, 2010. – 224 с.
42. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М., 1979. – 257 с.
43. Рогов Е.И. Эмоции и воля. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 240 с.
44. Финни Н. Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь. Уход. Развитие: Книга для родителей [Текст] / Под ред. Е. В. Ключковой. – Изд. 2-е, стереотип. – М.: Теревинф, 2005. – 333 с.
45. Хулаева О.В. Психология развития: молодость, зрелость, старость. – М., 2005. – 208 с.
46. Чебыкин А.Я. Об эмоциях, детерминирующих познавательную активность // Психологический журнал. – 1989. – № 4. – С. 47-58.
47. Чистякова М.И. Психогимнастика [Текст] / Под ред. М.И. Буянова. – М.: Просвещение, Изд. Центр ВЛАДОС, 1995. – 160 с.
48. Шаг к здоровью. Сборник методических рекомендаций. Вып. 1 [Текст] / Сост. Т.В. Канаева, Н.Д. Алехина, В.Б. Музелева и др. / Под ред. Канаевой Т.В. – Тюмень: АУСОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», 2008. – 47 с.
49. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / В.В.Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Изд-ва Моск. унт-та, 1990. – 197 с.

50. Эриксон Э. Детство и общество / Э.Эриксон. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Речь, 2000. – 416 с.

51. Якобсон М.Я. Эмоциональная жизнь школьника. – М.: Наука, 1966. – 228 с.