

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.
В. П. АСТАФЬЕВА»
(КГПУ им. В. П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Кафедра специальной психологии

ВЫГОВСКАЯ ВАЛЕНТИНА АЛЕКСАНДРОВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ**

Направление: 44.04.02 Психолого–педагогическое образование
направленность (профиль) образовательной программы
Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития детей

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

и.о. заведующего кафедрой
канд. пед. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы:
канд. псих. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

07.12.2022 _____
(дата, подпись)

Научный руководитель:
канд. псих. наук, доцент Н.Г. Иванова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

07.12.2022 _____
(дата, подпись)

Обучающийся В.А. Выговская
(фамилия, инициалы)

07.12.2022 _____
(дата, подпись)

Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. АНАЛИЗ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
1.1. Теоретические основы феномена детских страхов.....	9
1.2. Клинико-психолого-педагогические особенности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.....	16
1.3. Причинная обусловленность наличия страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.....	24
1.4. Обзор диагностических методик и психокоррекционных методов по преодолению страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.....	31
Вывод по 1 главе.....	37
ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ.....	39
2.1. Организация, методы и методика констатирующего этапа эксперимента.....	39
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	49
Вывод по 2 главе.....	54
ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	55
3.1. Теоретические основы формирующего эксперимента.....	55
3.2. Содержание психологической программы коррекции страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.....	60
3.3. Контрольный эксперимент и его анализ.....	69
Вывод по 3 главе.....	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	77
БИБЛИОГРАФИЯ.....	81
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	91

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Проблемы обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в последнее десятилетие стали привлекать пристальное внимание многих ученых и различных специалистов. Увеличивающийся интерес к детям с нарушениями в развитии свидетельствует о реформации взглядов на оказание помощи больному ребенку и его семье. Ставятся задачи по развитию личности детей с детским церебральным параличом и их последующей успешной интеграции в социальную среду. При этом жизнедеятельность личности определяет не сама болезнь, в данном случае речь идет о детском церебральном параличе, а его социально-психологическая реализация (Выготский Л.С.). [14]

Изучение психологических особенностей страха и его проявлений, а также причин, приводящих к его возникновению у лиц с детским церебральным параличом, обусловленных различными потрясениями, являются сегодня актуальными. В ряде работ страх рассматривается как одна из причин нарушений психофизического развития ребенка, как некая часть неврозов и депрессий (Александровский Ю.И., Захаров А.И., Хосе А.М., Эберлейн Г. и др.). [5, 22]

Количество лиц как среди взрослых, так и среди детей, испытывающих страхи, т.е. сильные эмоциональные переживания (агрессия, тревожность) часто приводят к отклоняющимся формам поведения у детей, что свидетельствует о значимости данного аспекта исследования в процессе развития личности и индивидуальности ребенка с детским церебральным параличом (Ивлева Е.И., Мухина В.С., Мэй Р., Прихожан А.М., Щербатых Ю.В. и др.) [58, 59, 97, 106, 108]

Изучение особенностей страха у детей с детским церебральным параличом в контексте анализа социальной ситуации развития ребенка, его возникновение сегодня является одной из важных задач современной психологии. В отечественной и зарубежной психологии представлены

характеристики разных психических нарушений у детей с детским церебральным параличом (Мамайчук И.И., Мастюкова Е.М., Калижнюк Э.С., Шипицына Л.М. и др.). [54, 104]. Рассматриваются вопросы, связанные с образованием данной группы обучающихся и их психологической коррекционной работе (Ипполитова М.В., Данилова Л.А., Левченко И.Ю. Приходько О.Г. и др.). [32, 49]

Проблема развития эмоциональной сферы этой группы детей, особенности проявления страха представлены в немногочисленных работах (Климанова Ю., Колчина А.Г., Пятакова Г.В., Романова О.П., Шевченко Ю.С.). [38, 40]

Исследования эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с церебральным параличом указывают на повышенный уровень тревожности у данной группы, а также на наличие неадекватных, бредоподобных страхов, страхов, основанных на особенностях своей двигательной недостаточности.

На *социально-педагогическом уровне* актуальность исследования обусловлена необходимостью создания специальных условий по психокоррекции страхов у обучающихся младших классов с детским церебральным параличом и тем, что имеющийся у ребенка дефект формирует у него разнообразные страхи, что приводит в последствии к высокому уровню тревожности у ребенка (Захаров А.И., Ильин Е.П., Прихожан А.М., Прохоров А.М., Реан А.А., Субботинский И.В. и др.). [28, 29]

На *научно-теоретическом уровне* исследования актуальность работы заключается в практическом отсутствии разработанности теоретической и практической базы существенной группы страхов у младших школьников с детским церебральным параличом, что в свою очередь усугубляет и без того тяжелое положение данной группы детей (Буянов М.И., Гарбузов В.И., Павлов И.П., Сеченов И.М. и др.). [15]

На *научно-методическом уровне* актуальность исследования обусловлена необходимостью своевременной диагностики страхов у

младших школьников, предупреждения их закрепления с целью исключения нанесения ребенку психологической травмы, что свидетельствует о важности теоретических и практических знаний в данной области научных знаний.

На основе вышеизложенного нами определены **противоречия** между:

– необходимостью коррекции страхов у обучающихся младших классов с детским церебральным параличом и недостаточным вниманием к решению данной проблемы со стороны психологических служб;

– запросом общества на оптимизацию уровня выраженности страхов у обучающихся младшего школьного возраста и возможностями системы образования по созданию условий, необходимых для психологической коррекции страхов у рассматриваемой группы обучающихся.

Проблема исследования. Изучение и психокоррекция страхов младших школьников с детским церебральным параличом является важным условием последующей успешной социализации данного контингента лиц в современное общество.

Цель исследования. Теоретически обосновать, разработать и экспериментально апробировать эффективность психологической программы, направленной на преодоление страхов младших школьников с детским церебральным параличом.

Объект исследования. Страхи обучающихся младших классов с детским церебральным параличом.

Предмет исследования. Психологическая программа коррекции страхов младших школьников с детским церебральным параличом.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что эффективность психокоррекционной работы с младшими школьниками с детским церебральным параличом будет повышена при условии внедрения психологической программы, направленной на преодоление страхов у данной группы обучающихся.

В соответствии с поставленной целью и гипотезой исследования были определены следующие **задачи исследования:**

1) На основе анализа психолого-педагогической, социально-психологической литературы по проблеме исследования определить основы феномена детских страхов и обусловленность наличия страхов детей младшего школьного возраста.

2) Изучить особенности становления детских страхов детей младшего школьного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

3) Разработать, апробировать и экспериментально проверить эффективность психологической программы по преодолению страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Методологическую и теоретическую основу исследования составили труды таких ученых как Агаркова Е.А., Акопян Л.С., Бавина Т.В., Дубровина И.В., Запорожец А.В., Зинкевич-Евстегнеева Т.Д., Зубкова А.С., Котова Е.О., Трубайчук Л.В., Самойленко И.В., Щербатых Ю.В., Шамилова Г.А., Шевченко Ю.С. [4, 7, 16, 26, 27, 81, 101, 102]

Методы исследования были определены в соответствии с поставленной целью, гипотезой и задачами работы. Для достижения поставленных задач исследования нами использовался комплекс дополняющих друг друга методов исследования:

1) теоретические методы: анализ психологической и педагогической литературы по рассматриваемой проблеме исследования, обобщение передового теоретического и практического материала;

2) эмпирические методы: наблюдение, тестирование, опрос, статистический анализ полученных результатов, констатирующий и формирующий эксперименты, сравнение, систематизация и обобщение полученных данных.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что ее результаты позволят углубить научные представления о феномене страхов у детей, понять причинную обусловленность появления страхов младших школьников с детским церебральным параличом, осуществить обзор

диагностических методик и психологических коррекционных методов по преодолению страхов у обучающихся младших классов вышеуказанной нозологической группы.

Практическая значимость исследования обусловлена тем, что представленные результаты магистерской работы, раскрывающие особенности формирования страхов у обучающихся младшего школьного возраста могут быть использованы в психологической коррекционной работе педагога-психолога, сотрудников образовательных организаций. Результаты исследования по изучаемой проблеме могут быть полезны родителям, педагогам и узким специалистам, работающим с детьми с детским церебральным параличом.

Апробация результатов исследования осуществлялась:

1) Выговская В.А. Теоретический обзор изучения проблемы страхов в психологии. Психология особых состояний: от теории к практике: материалы V Всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов и аспирантов. Красноярск, 25 апреля 2022 г. [Электронный ресурс] / отв. ред. Н.А. Лисова; ред. кол. Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2022. Стр. 8 – 10.

2) Выговская В.А. Исследование страхов младших школьников с детским церебральным параличом: сборник трудов конференции. / В.А. Выговская, Н.Г. Иванова // Актуальные вопросы гуманитарных и социальных наук : материалы II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. (Чебоксары, 24 нояб. 2022 г.) / редкол.: Ж.В. Мурзина [и др.] – Чебоксары: ИД «Среда», 2022.

Организация исследования. Базой исследования явились: Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Специальная (коррекционная) школа № 18» (ЯНАО, город Новый Уренгой, улица Сибирская, дом 49 а). В исследовании принимали участие младшие школьники 1 класса в возрасте 7 – 8 лет в количестве 12 детей.

Исследование проводилось в период с 2020 по 2022 гг. и проходило в несколько этапов:

Первый этап (октябрь 2020 – март 2021) – проводился анализ психолого-педагогической, социально-психологической литературы по проблеме исследования, определялась актуальность проводимого исследования;

Второй этап (апрель 2021 – июнь 2021) – определение проблемы и гипотезы проводимого исследования, выявлялись теоретические основы, цель исследования и задачи, уточнялся объект, предмет исследования и разрабатывался план экспериментальной работы;

Третий этап (июль 2021 – декабря 2021) – осуществлялся подбор диагностических методик для исследования причин страха обучающихся младших классов с детским церебральным параличом, а также анализ полученных результатов;

Четвертый этап (январь 2022 – май 2022) – разрабатывалась и реализовывалась психологическая программа коррекции страхов младших школьников с детским церебральным параличом;

Пятый этап (июнь 2022 – ноябрь 2022) – осуществлялась обработка результатов на этапе контрольном эксперимента исследования, формулировались выводы и заключения в работе.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, включает 4 таблицы, 6 гистограмм. Список литературы включает 114 наименований.

ГЛАВА I. АНАЛИЗ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Теоретические основы феномена детских страхов

В настоящее время вопросами детских страхов занимаются многие зарубежные и отечественные ученые, что обусловлено причиной нарушения личностного развития детей. Рассмотрим ряд трактовок понятий страха, описанных в научно-психологической литературе.

Согласно определению, данному в психологическом словаре, страх – это специфическое эмоциональное состояние, которое проявляется в опасной для человека ситуации и вызывается конкретной, близкой либо наступившей опасностью [74].

Еще одно определение страха дано Ребер А.С., согласно которому под страхом понимается аффективное отражение в сознании конкретной угрозы жизни и благополучия человека. Страх имеет инстинктивную основу самосохранения, характеризуется защитной реакцией, сопровождается некоторыми физиологическими изменениями в сфере высшей нервной деятельности, что проявляется повышением частоты пульса, дыхания, артериального давления и выделения желудочного сока [75].

Анализ научно-теоретических источников по проблеме страха определил ряд основных подходов к исследованию психологического явления в зарубежной литературе. Достаточно широко вопросы страха изучались западными психологами, которые рассматривали несколько философско-психологических подходов.

Первый психологический подход основывался на поведенческих основах страха и описан в трудах Г. Айзенка, А. Бандура, Ч. Спилберга, Дж. Уотсона. Авторы рассматривали феномен страха, который имел условно-рефлекторную основу, содержание которого составляли переживания травматического опыта [85].

Дж. Уотсон, являясь основателем бихевиоризма, писал, что страх, являясь базовой врожденной и первичной эмоцией, возникает на основе условных рефлексов и по мере взросления ребенка меняет свою характеристику. Автор, при рассмотрении данной проблемы, считал, что человек запоминает реакцию, оставленную после испуга, и не пытается осмыслить и интерпретировать свой страх. Автор полагал, что новорожденный малыш уже имеет страхи и проявляет их при громких звуках, а также когда внезапно теряет опору либо равновесие, при этом невозможно, используя методы воспитания, тренировки, искоренить страх. Сама социальная среда, а также условия, в которых находится ребенок способствуют появлению новых страховых переживаний, которые его «размножают» [19].

Второй психологический подход связан с именами таких психоаналитиков как А. Адлер, Г.С. Салливен, А. Фрейд, З. Фрейд, К. Хорни, К.Г. Юнг. З. Фрейд рассматривал данный феномен, как «невротический страх», не связанный с объективной опасностью. Ученые разошлись в мнениях относительно невротического страха. Одни считали, что невротический страх появляется в результате вытеснения важных энергетических импульсов, проявляющихся в результате слабости «Я». Другие исследователи считали, что основой невротического страха является внутренняя специфика тревоги. Однако большинство исследователей, являвшихся последователями З. Фрейда, считали, что в таких феноменах как страх и тревога имеют место не только индивидуально-психологические аспекты их возникновения, но и социальные [2, 12, 92, 110].

Согласно З. Фрейду и его учению страх – аффективное состояние, которое может быть как реальным, так и невротическим. Реальный страх обусловлен восприятием внешней опасности, т.е. предполагаемого поражения, ожидаемого повреждения и связан с инстинктом самосохранения – бегством. Что касается невротического страха, то он проявляется в разных формах. Одни люди ждут, ожидают, предчувствуют страх и формируют у себя

невроз страха. Другие связывают страх с объектами либо ситуациями и таким образом формируют у себя фобии в виде боязни высоты, животных, темноты, которые сопровождаются истериками [94, 95].

Третий психологический подход основывается на положениях философии экзистенциализма, рассматривался в трудах А. Камю, С. Кьеркегора, П. Тиллих, М. Хайдеггера, Л. Шестова и др. Феномен страха рассматривался исследователями как характеристика человеческого бытия, которая является важной для существования человека [114].

А. Кемпински, Р. Мэй, Ф. Риман выражали разные мнения относительно «смысла» страха, т.е. того места, которое страх занимает в системе метафизического психологического либо биологического существования человеческого индивида, считая, что существуют положительные аспекты страха для развития «Я» [59, 77, 96].

Четвертый психологический подход основан на концепции психологии гуманизма. Ряд авторов (А. Маслоу, В. Оклендер, К. Роджерс и др.), рассматривали страх как некий негативный феномен, который мешает процессу самоактуализации личности из-за потребности в безопасности при фрустрации, как одной из потребности, описанной в трудах А. Маслоу. По К. Роджерсу основой тревоги становятся разные проявления неконгруэнтности (неестественности) бытия. Автор считал, что тревога возникает у человека, когда отсутствует осознание «здесь и сейчас» и психика человека возвращается к катастрофическим ожиданиям и деструктивным воспоминаниям [56, 113].

Риман Ф. указывает на то, что страх является возможностью и способом интеллектуального развития человека и при встрече со страхом человек становится духовно зрелым, а пережив и преодолев его, начинает предъявлять к жизни новые требования, тем самым раскрывая свои новые возможности, т.е. это победа, которая делает человека сильнее, а каждый уход от страха, от борьбы ослабляет человека и приводит к поражению [77].

Ф. Риман выделил несколько форм страха: страх самоотвержения, который рассматривается как потеря и зависимость «Я»; страх самостановления – стагнация «Я», которая рассматривается как изоляция и незащитность; страх изменений, рассматривается как неуверенность и переменчивость; страх перед необходимостью, которая рассматривается как несвобода [77].

Кьеркегор С., рассматривая проблему тревоги указывал, что она причиняет боль индивидууму, которую просто невозможно избежать, т.к. именно тревога способствует его росту и развитию и будет находиться рядом с человеком до тех пор, пока он ее не преодолеет. Автор писал, что сила человеческого «Я» появляется, когда встречается с тревогой и только таким способом возможно достижение зрелости. Страх и тревога являются энергетическими стимуляторами в человеческой жизни и являются нормой. По мнению Р. Мэй тревога освобождает человека от скуки и обостряет восприятие, создает необходимое напряжение, позволяющее сохранить человеку жизнь. По его мнению, тревога говорит о происходящей внутри индивидуума борьбе, по итогу которой находится конструктивное решение проблемы. [59]

Для описания эмоционального проявления Ч. Спилбергер рассматривал страх, как реакцию, связанную с антиципацией нанесенного ущерба из-за реальной объективной опасности во внешней среде, окружении. Ученый считал, что в основе страха лежит его интенсивность эмоциональной окраски, которая равна пропорциональной эмоциональной реакции и величине, вызывающей ее [18].

Ряд отечественных ученых под страхом понимают эмоциональное состояние, которое формируется в ситуации опасности биологического либо социального существования, ориентированное на источник угрозы либо реальной, либо воображаемой (Ю.А. Неймер, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский) [67].

Как считал А.И. Захаров, страх – фундаментальная эмоция, возникающая вслед за воздействием потенциально угрожающего стимула, и является естественным сопровождением развития человека. Также автор разработал классификацию страхов и выделил, что по характеру страхи делятся на природные, ситуативные, личностные и социальные; по степени реальности могут быть как реальные, так и воображаемые; по степени интенсивности определяются как острые и хронические [22].

По мнению А.И. Захарова эмоция страха появляется в ответ на возникновение угрожающего стимула. Существуют два характера угрозы – универсальная и фатальная, которые противостоят друг другу – это крах жизненных ценностей и страх смерти. Автор указывает, что в самом обобщенном виде страх подразделяется на ситуативный и личностный, которые часто смешиваются либо дополняют друг друга [22].

Отечественный физиолог И.П. Павлов рассматривал страх, как проявление естественного рефлекса, как пассивно-оборонительную реакцию человека с незначительным торможением деятельности коры больших полушарий. Ученый считал, что страх имеет основу инстинкта самосохранения и носит защитный характер, сопровождаясь некоторыми изменениями в высшей нервной деятельности, выражающийся в учащенном пульсе, дыхании и т.п. [63].

А.Д. Орлова, Е.И. Рогов, В.Г. Степанов и др. считали страх позитивной эмоцией, т.к. авторы указывали на охранительную и регуляторную функцию в жизнедеятельности человека и не признавали данное эмоциональное состояние вредным для человека, считая, что страх не имеет способность регулировать деятельность и поведение человека [53, 79, 86].

Левитов Н.Д. описывает в своих трудах эмоцию, вызываемую предметами либо ситуациями, несущими в себе опасность и риск. Автор считает, что опасность и риск являются угрозами для человека, но разница между ними заключается в том, что опасность носит внешний характер, который можно избежать либо преодолеть, а риск нацелен на внутреннее

состояние человека, который рискуя может оказаться победителем либо проигравшим. При этом при отсутствии риска либо опасности отсутствует сам страх, который может носить мнимый характер [51].

Отечественный ученый Черникова О.А. изучая эмоцию страха, рассматривает ее как состояние, проявляющееся в форме боязни, тревожности, панических атак, опасения, растерянности [100].

Однако в отличие от Черниковой А.А. Ильин Е.П. считает, что выше представленные формы страха по своей сути не являются формами, т.к. они характеризуют всего лишь степень выраженности, силу страха, варьирующие от боязни и робости до паники и ужаса [29].

Существенный вклад в изучении проблемы страхов были внесены отечественными учеными (Березин Ф.Б., Гарбузов В.И., Захаров А.И., Левитов Н.Д., Павлов И.П., Сеченов И.М., Черникова А.А. и др.) [10, 15. 21, 100].

Генезис страха определяется реальным воздействием предвосхищения опасных факторов. На проявление страха влияет характер угрозы, интенсивность и сама специфика переживания, которые могут детерминировать вариации страхов и выдавать различный диапазон страха в виде его оттенков: боязнь, испуг, ужас, а в ситуации неопределенной опасности выражаться в форме тревоги. Автор указывал, что страх позволяет человеку познать действительность и выполняет обучающую коммуникативную роль для личностного становления и формирует жизненный опыт [23].

Отечественный психиатр Ф.Б. Березин продуктивно подошел к вопросу понимания тревожности и различения понятий тревоги и страха как относящиеся к «явлениям тревожного ряда». Автор попытался определить различия между конкретным страхом как некой реакцией на объективную угрозу и иррациональным страхом, который возникает при повышении тревоги и проявляется в неопределенной опасности [10].

Страх – это реакция на избегание опасности. С одной стороны, страх является основой для социализации человека, а с другой – способствует накоплению не одобряемых социумом форм поведения человека.

По мнению Ю.В. Щербатых, страх является средством познания окружающего мира, окружающей действительности, приводящее к избирательному отношению к нему, который при этом выполняет обучающую функцию в процессе становления личности [114]. Автор описывает следующие функции страха: страх стимулирует человека к активной деятельности, что является важным в критических ситуациях; страх позволяет лучше запомнить опасные либо неприятные события в жизни человека; страх вырабатывает определенную стратегию поведения в ситуации возникновения дефицита, недостатка информации.

Существуют причины, вызывающие страх. С момента своего рождения ребенок при громком звуке пугается, боится незнакомых ему людей, испытывает страх потери матери, ощущения высоты. В раннем возрасте ребенок начинает дублировать страх других людей, когда его замечает у окружающих. Начиная с дошкольного возраста появляются страхи, обусловленные наличием темноты, чувством одиночества, наличием воображаемых существ и страха смерти.

Изучая вопросы возникновения страхов Н.И. Конюхов считал страх психическим состоянием с яркими астеническими проявлениями в виде чувств тревожности и беспокойства, и при возникновении биологического либо социального уничтожения индивида в ситуации угрозы направляется на источник действия или надуманной опасности [41].

Таким образом, многогранность феномена понятия страха, его проекций на разных уровнях отражения реальной действительности, сложные взаимоотношения и слияние с другими эмоциями, механизмы его проявления, сами последствия для нормальной психической жизни человека, свидетельствуют о не простом определении понятия страха. Однако анализируя психолого-педагогическую литературу мы выявили, что страх

рассматривается как эмоциональное состояние человека, возникающее вследствие угрозы существования человека (биологическая и/или социальная), как нормальный рефлекс пассивного и оборонительного характера, как некий сигнал либо предупреждение надвигающейся опасности, как некое свойство личности и т.п.

1.2. Клинико-психолого-педагогические особенности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом

Под детским церебральным параличом (далее ДЦП) называется тяжелое заболевание, возникающее у ребенка в процессе поражения мозга (спинного и головного) на ранних этапах внутриутробного формирования, а также в период родов либо в период новорожденности. Важным клиническим проявлением при ДЦП отмечается двигательное нарушение. Также у данной группы детей наблюдаются нарушения деятельности сенсорных анализаторов (зрения, слуха), речи и когнитивных функций. У части детей имеют место судорожные синдромы.

Согласно статистическим данным, приведенным Мамайчук И.И. на 10 000 новорожденных, которые имеют церебральный паралич, приходится 34 – 42 ребенка, что свидетельствует о неуклонном росте за последние десятилетия детей с данным синдромом, ранее до 15 детей по статистике.

Впервые клиническое описание ДЦП было предложено в 1861 году английским врачом В. Литлем, который отметил, что при родовых травмах у детей наступал паралич конечностей. Данное заболевание около ста лет назывался болезнью Литля [60].

Впервые З. Фрейд использовал термин «детский церебральный паралич» и рассматривался как непрогрессирующее заболевание головного мозга.

Бадалян Л.О. принадлежит заслуга по изменению названия «детский церебральный паралич» на термин «дизонтогенетические поструральные

дискинезии», который считал, что нарушение деятельности нервной системы представляет собой не разрушение уже готового механизма, а его задержку либо искажение. Автор писал, что «эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» [8].

Многие ученые отмечали, что при патолого-анатомической и клинической картине ДЦП у детей наблюдается снижение интеллектуальной деятельности и речи [11, 47].

Ряд ученых посвятили свои научные труды изучению познавательных и коммуникативных процессов у детей с ДЦП (Мастюкова Е.М., Мамайчук И.И., Калижник Э.С. и др.).

На современном этапе развития науки ДЦП рассматривается как болезнь, возникающая как следствие поражения мозга в перинатальный период (хронические заболевания матери, токсикозы, несовместимость крови матери и плода и др.) и в период новорожденности, которая является резидуальной формой нервно-психической патологии деятельности ЦНС тяжелого генеза. Основу ДЦП определяет органический дефект мозга, имеющий сложную структуру расстройств (неврологических и психических) (Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Калижник Э.С. и др.). При ДЦП отмечается полиморфная картина психических проявлений, которые имеют характер в виде замедленного, неравномерного, диспропорционального развития некоторых психических функций. (Калижник Э.С., Ковалев, Смуглин и др.) [57].

ДЦП возникает как следствие органического поражения ЦНС под воздействием ряда неблагоприятных факторов, описанных выше. В настоящее время выявлено более 40 факторов, оказывающих повреждающее воздействие на центральную нервную систему ребенка.

В патогенезе психических нарушений при данной клинической картине страдают наиболее молодые мозговые структуры, которые начинают свое

развитие уже в постнатальный период. У детей с ДЦП страдает прежде всего двигательная сфера, которая сочетается с нарушением деятельности сенсорной сферы и может являться одной из причин недоразвития когнитивной сферы у данной группы детей.

В качестве причин возникновения ДЦП отмечают пренатальные, натальные и постнатальные вредоносные факторы, приводящие к тяжелым последствиям. Как указывают научные факты чаще встречается полиморфная картина и их комбинация влияний, имеющих место на разных этапах развития ребенка. К числу вредоносных факторов, поражающих мозговую деятельность ребенка, относят заражение матери инфекциями в период беременности, психические травмы, физические родовые, черепно-мозговые травмы и др. [48].

В научной литературе накоплен опыт разработок классификаций ДЦП, основанные на характере клинических проявлений, этиологических признаках, а также патогенетических особенностей. Широкое распространение в клинической психологии получила классификация, предложенная Семеновой К.А. с соавторами. Авторы выделяют несколько основных форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, двойная гемиплегия, атонически-астеническая форма, а также на практике отмечается смешанная форма ДЦП [66].

Наиболее частой формой ДЦП является спастическая диплегия, которая еще носит название синдром либо болезнь Литля. При этой форме заболевания поражаются нижние конечности, но ребенок может сам себя обслуживать. Отмечается у детей достаточно часто ЗПР и легкая умственная отсталость. Более 70% детей имеют речевые нарушения в форме дизартрии [103].

Следующая форма ДЦП носит название гемипаретическая форма, которая возникает в ранний постнатальный период из-за инфекций, травм, которые нарушают деятельность пирамидных путей. Данная форма ДЦП

характеризуется тем, что нарушается деятельность одной из сторон тела. Левая часть тела поражается при правостороннем повреждении мозга и наоборот, при поражении мозга с левой стороны страдает левосторонняя часть тела. Данная форма характеризуется тем, что больше всего поражены верхние конечности. При этом отмечается легкая форма умственной отсталости либо задержка психического развития.

Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича возникает из-за билирубиновой энцефалопатии, как результат гемолетической болезни новорожденного ребенка. У детей в их неврологическом статусе отмечаются гиперкинезы, ригидность мышц туловища, шеи и ног. При наличии тяжелого двигательного нарушения, трудности развития навыков самообслуживания у детей уровень интеллекта выше, по сравнению с другими формами ДЦП по классификации Семеной К.А. [66].

Самой тяжелой формой ДЦП является гемиплегия, которая характеризуется поражением верхних и нижних конечностей тела. У детей отмечаются тяжелые речевые нарушения и выраженная умственная отсталость.

Редко встречается пятая форма ДЦП – атонически-астеническая форма по сравнению с предыдущими и характеризуется низким мышечным тонусом, трудностями координации, недоразвитием речи и интеллекта [49].

Степень тяжести нарушений моторной сферы варьирует в разном диапазоне, где можно встретить грубые двигательные нарушения и незначительные или минимальные. То же относится и к речевым и психическим нарушениями у детей с ДЦП. Степень и характер двигательного нарушения имеет разную степень выраженности. При тяжелых нарушениях такой ребенок не может обслужить себя. При средней степени тяжести дети с ДЦП могут овладеть ходьбой, но будут передвигаться медленно, неуверенно и как правило с помощью специальных приспособлений. При легкой форме ДЦП такие дети ходят самостоятельно и могут себя обслужить, но у них отмечаются неправильные позытонические положения тела. Они неловкие,

замедленные, со сниженной мышечной силой и нарушениями в ручной моторике.

В связи с повреждением мозговых структур существенно нарушается развитие познавательной деятельности и личности этих детей. При своевременной клинико-психолого-педагогической помощи за счет пластичности нервной системы ребенка дефект компенсируется на столько на сколько это возможно при определенной форме ДЦП.

По данным Семеновой К.А. только около 40% детей с ДЦП при спастической диплегии и гемипаретической формах, обучающихся в школе имеют нарушения когнитивной сферы. У 70% детей с ДЦП, имеющих спастическую диплегию первично интеллект сохранен, а у 30% отмечается легкая умственная отсталость, у 7% глубокие интеллектуальные нарушения [66].

При наличии гиперкинетической формы ДЦП возникают трудности социальной адаптации несмотря на первично сохранный интеллект. Эти дети не могут в силу тяжелого двигательного дефекта посещать образовательную организацию. Наиболее благоприятный прогноз социализации имеют дети с двойной гемиплегией и атонически-астатической форм ДЦП.

Анализируя исследования отечественных и зарубежных клиницистов, у детей отмечается медленное развитие психомоторики [43, 44, 112].

Семенова К.А. с соавторами определили следующие стадии протекания детского церебрального паралича: первые месяцы жизни – ранняя стадия, первые годы жизни – ранняя резидуальная, с 2 – 4 до 16 лет – поздняя резидуальная.

Ранняя стадия ДЦП отмечается острыми нарушениями ликвородинамики в процессе родов, что приводит у ребенка к трудностям регуляции тонуса мышц по типу ригидности, задержке в развитии движений и возникновению атипичных движений. Эти дети характеризуются наличием задержки психического развития стойкого характера и речевыми нарушениями. Данная стадия продолжается в зависимости от тяжести

заболевания от нескольких месяцев до четырех лет. Ранняя резидуальная стадия ДЦП является непродолжительной при двойной гемиплегии. Произвольная моторика задерживается в развитии и нарастают патологические синергии. Третья стадия заболевания характеризуется наличием патологического двигательного стереотипа, контрактур, деформаций, которые имеют место быть в течение первых стадий заболевания. На данной стадии автор выделяет две подстадии. Первая подстадия характеризуется патологическими двигательными стереотипами, которые приводят к тому, что ребенок может передвигаться сам либо с помощью, может овладеть навыками письма, элементами самообслуживания и трудовыми умениями. Грубых речевых нарушений не отмечается. Вторая подстадия наступает в первые месяцы жизни ребенка и характеризуется наличием артрогенных контрактур, тяжелых деформаций. Отмечается выраженная умственная отсталость и речевые нарушения [66].

Исследования особенностей сенсорно-перцептивных и интеллектуальных сфер при ДЦП как в зарубежной, так и в отечественной литературе недостаточно. Некоторые ученые выявляют связь между нарушениями познавательной сферы при ДЦП и нарушениями моторики [17, 31 111]. Как показывают исследования ученых нарушения восприятия предметов и трудности зрительно-пространственной ориентировки при ДЦП определены, прежде всего, двигательными нарушениями. При этом чем тяжелее по своей степени дефект тем более они выражены.

Недоразвитие пространственного восприятия отмечается у всех детей при всех формах ДЦП, которые носят временный характер [55].

Существенные трудности возникают при изучении познавательных процессов у детей с ДЦП. Нарушения двигательнo-кинестетической функциональной системы у детей с ДЦП обусловлены недоразвитием сенсорной, интеллектуальной и речевой сфер [82].

Практический опыт работы с детьми с детским церебральным параличом показывает, что при адекватном подборе психологической

помощи при условии учета индивидуальных и психологических особенностей этих детей дает положительную динамику умственного и личностного развития этой группы детей.

Важное значение имеет предупреждение вторичных реакций на факт наличия двигательного дефекта. Клинико-психолого-педагогическое обследование детей с ДЦП является сложным из-за наличия тяжелого двигательного нарушения у детей, а также речевых дефектов, интеллектуальных и сенсорных нарушений.

У детей с ДЦП нарушения психического развития перекликаются с двигательными расстройствами. Эта группа детей является полиморфной по своим двигательным характеристикам, что не позволяет активно познавать окружающую действительность, приводит к «функциональной приспособляемости» к дефекту.

При ДЦП отмечаются нарушения тонуса мышц, являющегося важным для преднастройке движения. При нарушении тонической функции в раннем возрасте, как следствие, нарушается развитие ряда рефлексов, которые обеспечивают удержание головы, возможности сидеть, стоять и сохранять позу в заданном положении. В старшем возрасте недоразвитие мышечного тонуса оказывают существенное влияние на работоспособность ребенка и его обучаемость. Это выражается в высокой утомляемости ребенка. У него устают руки, нарушается внимание. Наличие гипертонуса мышц, недостаточная пластичность способствуют появлению быстрой утомляемости и снижению внимания, что отмечается особенно ярко в процессе письма и в рисунках этих детей. Скованные движения не позволяют этим детям провести линию до конца, а сам рисунок отмечается мелким размером и прерывистыми линиями [83].

Нарушение тонуса мышц у детей с ДЦП свидетельствует о дефиците подкорковых функций, что приводит к нарушению развития автоматических действий. У этих детей страдает синхронность движений ног и рук во время ходьбы, при поворотах туловища, отсутствуют выразительные движения,

особенно мимические, которые ярко проявляются в ситуации общения, что усугубляет задержку психического развития при ДЦП. Отсутствие выразительности в моторной сфере проявляется невыразительности, бедности, монотонности мимики, жестовых проявлений, автоматизированных движений [103].

При патологии кортикального уровня действий, как отмечал Лурия А.Р., отмечается симптоматика трудностей, связанных с деятельностью моторных функций. При нарушении ядерных зон сенсомоторных отделов головного мозга страдают некоторые компоненты действий, а именно сила, точность, скорость, которые отмечаются при дефектах конечностей ребенка при ДЦП. При нарушении премоторных и постцентральных отделов мозга выявляются трудности выполнения целостных двигательных актов, называемых апраксией. В норме премоторные системы функционируют как посредники, которые поддерживают связь между такими системами как кортикальная и экстрапирамидная, что сказывается на характере нарушений. При премоторном нарушении имеет место дисфункция «кинетической мелодии» движения, которая вместо плавной становится толчкообразной не связанной друг с другом элементами.

При постцентральных нарушениях коры отмечается афферентная апраксия с нарушениями кинестетических импульсов, которые отражаются на трудностях выбора необходимой комбинации движений. Но важно понимать, что движения ребенка с ДЦП в детском возрасте находятся в стадии формирования [52].

При ДЦП отмечается диффузная симптоматика, которая содержит в себе повреждения двигательной сферы и ее недоразвитие. К недоразвитию относят синкинезии, а именно произвольные действия, которые не связаны с произвольностью движений. При попытке поднять руку одновременно, поднимается и вторая рука либо двигая пальцами на одной руке ребенок совершает те же действия и на другой. Синкинезии имеют место и у здоровых детей в раннем возрасте, но постепенно с моментом взросления они

исчезают, а при ДЦП сохраняются у ребенка, у подростка в течение достаточно длительного времени, а при тяжелых случаях остаются с человеком навсегда.

Таким образом, анализ клинико-психолого-педагогических особенностей детей с детским церебральным параличом свидетельствует о наличии достаточно полиморфной картины из-за различных двигательных, познавательных и речевых особенностей у детей рассматриваемой группы, что оказывает влияние на личностное становление и полноценное развитие, отмечается диффузная симптоматика, которая содержит в себе повреждения двигательной сферы и ее недоразвитие.

1.3. Причинная обусловленность наличия страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом

Психологические проявления страха, причинной обусловленности факторов страха все больше начинают интересовать психологов и педагогов в современном мире.

В научных исследованиях страх рассматривается как часть неврозов либо депрессий (Александровский Ю.А., Захаров А.И., и др.) [24, 25].

В последнее время, как указывают факты, увеличивается количество лиц, которые испытывают существенные эмоциональные переживания (Прихожан А.М., Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И. и др.). Страх и другие его проявления в виде тревожности, агрессии часто проявляются у детей с ДЦП в период личностного и индивидуального становления ребенка. Страх – это отражение отношений индивида к фактам, действительности жизни, эмоциональное переживание требует дальнейшего изучения [62].

Выявление и понимание особенностей страха у детей с ДЦП и их возникновения является важной задачей, стоящей перед современной психологической наукой.

В психологии подробно описаны и охарактеризованы разные нарушения психического характера у детей с церебральным параличом, решались вопросы, связанные с обучением и воспитанием этой группы детей, их коррекционно-воспитательной деятельностью, но развитие эмоциональной сферы личности, особенности переживания страха у детей с ДЦП представлена частично и являются немногочисленными [98].

Дети с ДЦП растут, как правило, в условиях болезни, что обуславливают особенности их страхов, так как они формируются как отражение своеобразных жизненных ситуаций, с которыми они сталкиваются в процессе своего взросления. Предпосылкой страхов детей с ДЦП является их биологическая природа, на который накладывает отпечаток их двигательная патология. При наличии двигательных ограничений у этой группы детей нарушается контроль за собственными движениями, за соблюдением заданной позы, нарушается контроль сенсорной сверхчувствительности, что может находить выражение в интенсивном реагировании на звуки окружающего пространства, яркий свет и даже прикосновения. Помимо биологических на формирование страхов оказывают влияние социальные факторы. Следствие социальных дефектов проявляются в форме вторичных нарушений. У детей возникают проблемы взаимодействия с социумом, а также трудности общения с окружающими детьми и взрослыми, которые могут неадекватно воспринимать больного ребенка с ДЦП и проявлять негативное либо пассивное отношение к нему [73].

Дети с ДЦП имеют пониженный фон настроения, который имеет тенденцию к ограничению социальных контактов в связи с низкой самооценкой, высокой тревожностью и в соответствии с этим легким возникновением страхов. Данные особенности данной группы детей обусловлены особенностями неправильного воспитания такого ребенка в условиях семьи [30].

При изменении соотношения биологических и социальных факторов, которые нарушают эмоциональное развитие ребенка, возникают страхи и их фиксация несмотря на то, что эмоциональные нарушения носят вторичный характер.

На формирование детских страхов у детей с ДЦП оказывают влияние сочетание биологических и социальных факторов, а именно: недостаточность церебрально-органического характера, проявления паралича клинического характера, психологическая травма как следствие переживаний собственной неполноценности, наличие психических деприваций, условия семейного воспитания и развития [47].

Большое количество детей с ДЦП испытывают страх даже при простых тактильных раздражениях, связанных с массажем тела либо изменением положения тела в пространстве, при смене обстановки. Многие дети боятся закрытых дверей, новых предметов, что приводит к изменениям общего состояния ребенка с ДЦП. Такие дети растут пугливыми. Они нерешительные и неуверенные в себе и, оказавшись в новых для себя условиях, теряются [93].

Особо хочется остановиться на социально-психологических факторах, которые способствуют появлению тревожности и страхов у детей с ДЦП. Родители стремятся к симбиозу со своим ребенком с двигательными нарушениями и гиперопекают его. Иногда отмечается наличие завышенных и непоследовательных требований к ребенку, а также волнение по поводу его двигательных нарушений, т.е. сомнения в его социальных возможностях [91].

Трудности взаимоотношений в семье, в которой воспитывается ребенок с ДЦП и педагогическая некомпетентность родителей такого ребенка негативно влияют на его психосоматическое становление, т.к. отсутствует единый подход в реализации коррекционно-педагогических и медицинских мер воздействия и как следствие, могут приводить к вторичным отклонениям в развитии ребенка [72].

Риск возникновения страхов, формирующихся в семье от социально-психологической структуры самой семьи. При жестком доминировании одного из родителей у детей с ДЦП возникает коммуникативный барьер со взрослым. Наличие конфликтов внутри семьи между родителями ребенка с ДЦП также оказывают влияние на появление страхов из-за несогласованных требований с их стороны. Низкий образовательный и культурный уровень родителей, алкоголизм, конфликты, неблагополучие в семье, как социально-психологические факторы, приводят к повышению уровня тревожности и как следствие становлению страхов у детей [78].

По данным исследования Прихожан А.М., двигательные нарушения, а также ошибки воспитания детей с детским церебральным параличом способствуют интенсивности переживаний, которые специфичны для появления страхов. У детей могут быть разные страхи: страх пространства, медицинские страхи, страх физической боли, страх темноты, громких либо неожиданных звуков, а также социальные страхи, сформированные родителями в процессе воспитания детей с ДЦП [68].

Прихожан А.М. выделяет следующие виды страхов у детей с ДЦП, основанные на ситуациях, связанных с обучением (страх учебы), с представлениями о себе (самооценочный страх), страх общения (межличностный страх). Ребенок, находящийся в таком состоянии, ежедневно подвергается страху. У него трудности, связанные с контактом с окружающим миром, который рассматривается им как пугающий его и антогонистический, что приводит к его закреплению и влияет на личностное становление ребенка, на его характер и формирует низкую самооценку и пессимизм [39, 69].

Пережитые детьми с двигательной патологией негативные события оставляют глубокий след. К вышеперечисленным причинам можно отнести страх домашних животных, просмотр кинофильмов, оставивших эмоциональный след, чтение сказок и страх отрицательных персонажей литературного произведения, после чего ребенок переносит этот образ в

реальную жизнь, реальная ситуация, в которой ребенок с ДЦП столкнулся с агрессией либо угрозой в свой адрес, а иногда в адрес близких ему людей [89].

Запугивания, с которыми столкнулся ребенок с ДЦП, как со стороны близких, так и других людей, в форме «не будешь меня слушаться, оставлю тебя здесь», «отнесу тебя в лес, пусть тебя волк съест», «оставлю одного в комнате», «позову доктора пусть тебе укол сделает» и т.п. приводят к ужасу, появлению страха к любой картинке, на которых изображен доктор, волк, темнота, собака и т.д. Реально столкнувшись с врачом у ребенка может начаться длительная истерика [76].

Как указывалось, выше, наличие тревожности за своего ребенка у родителей, их постоянные переживания за него, предостережения о возможной опасности и произнесение формулировок: «не подходи к кошке, она тебя поцарапает», «не ходи туда – упадешь», «аккуратно – это опасно» и др., приводят к появлению. Тревожности, которое незаметно начинает перерастать в неконтролируемый страх даже перед незначительными действиями, новыми событиями, новыми местами [87].

Проявление агрессии со стороны взрослых людей – родителей, близких родственников, которые открыто применяют физическую силу и демонстрируют превосходство над ребенком даже по незначительному поводу, приводит к тому, что у ребенка с ДЦП снижается уровень доверия к окружающим людям. Эти дети постоянно ждут неприятности, что способствует развитию у них желание постоянно обманывать, чтобы избежать наказания и агрессии в свой адрес [109].

Ребенок с ДЦП, столкнувшись с сценами насилия в процессе просмотра фильма, мультфильмов, в книгах, т.е. со злом в любом его проявлении, начинает на бессознательном уровне переносить эти знания и полученный опыт в свою реальную жизнь, и эти герои «оживают» и подстерегают ребенка с ДЦП в темной комнате, в шкафу, за углом, под кроватью и т.д. [70].

Личность ребенка с ДЦП формируется в условиях ограниченного жизненного пространства, а иногда полной зависимости от помощи окружающих людей. Становление таких личностных качеств как умение достигать поставленных целей, активность, жизненная стойкость у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата затруднена и как следствие приводит к трудностям формирования навыков самостоятельности, взаимоотношений с внешним и внутренним миром. Эти особенности формируют синдром социального инфантилизма, неуверенности в себе, комплекса неполноценности и появлению страха самостоятельного ведения жизнедеятельности [17].

Такие дети испытывают внутренний страх. Симбиотические отношения создают видимость, что возможен факт самостоятельной жизни, но это только усугубляет тревогу и закрепляет страх. У подростков с ДЦП речь идет о невротической основе страха.

Практическая деятельность показывает, что у подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в старшем школьном возрасте не сформированы навыки социальной адаптации и возникают сложности самореализации. Большая часть детей с ДЦП испытывает коммуникативные трудности и как следствие, умение самостоятельно организовать свою жизнь [9].

Этих детей характеризует наличие разнообразных расстройств эмоциональной сферы в виде повышенной возбудимости, двигательной расторможенности, робости, застенчивости, реакциями протеста. Наличие частой смены настроения сочетается с инертными эмоциональными реакциями. Эмоциональная неустойчивость психики влияет на личность ребенка с ДЦП. Начав плакать либо смеяться, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата не могут успокоиться [68].

У детей с ДЦП нарушено формирование личности, что связано с действием ряда факторов (биологических, психологических, социальных), которые обусловлены условиями неправильного воспитания и собственной

неполноценности. Двигательный дефект оказывает влияние на отношение ребенка к миру. У детей снижена мотивация к деятельности. У них страхи, связанные с передвижением, с построением форм общения. Такие дети стремятся ограничить круг своего взаимодействия с окружающим миром, т.к. не уверены в себе. У детей с ДЦП отмечается повышенная внушаемость. Личностная незрелость характеризуется наивностью суждений, практической не ориентированностью в самостоятельной деятельности и уже сформировавшимися иждивенческими установками [49].

Дети с ДЦП в школе проявляют тревожность. У них возникает страх перед ответами у доски, что может проявляться в форме заикания либо возникновения насильственных движений. Детей сложно увлечь, т.к. все свое время они направляют на подготовку к урокам, т.к. стремятся выучить заданное наизусть.

В школьном возрасте у детей формируется страх за свое здоровье. Особенно это отмечается у детей, растущих в семьях, в которых все внимание родителей направлено на болезнь ребенка с ДЦП. В присутствии ребенка родители ведут беседы о болезни, что затем способствует появлению страха и даже паники.

Если у ребенка с нормой развития страх возникает при столкновении с незнакомым предметом либо явлением, то у ребенка с ДЦП из-за ограничений представлений об окружающем его мире, что свидетельствует о узком кругозоре, отсутствии впечатлений, знаний о предметах и явлениях. Болезненно выраженное чувство страха у ребенка с ДЦП может появиться при показе незнакомых ему предметов, поэтому важно делать это осторожно, обучая постепенно преодолевать свой страх [103].

1.4. Обзор диагностических методик и психокоррекционных методов по преодолению страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом

Психодиагностика эмоциональной сферы ребенка с ДЦП изучалась Мамайчук И.И. Согласно проведенным исследованиям, автором были выявлены высокие показатели, связанные с эмоциональной нестабильностью этих детей, что говорит о эмоциональной неуравновешенности и неустойчивости, высокой возбудимости и лабильности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Использование личностного опросника Кетелла определило наличие низких когнитивных возможностей детей с ДЦП, обусловленных низкой организацией мышления. Согласно полученным данным, у детей была выявлена сдержанность, высокая озабоченность, пессимизм. Ученым было выявлено доминирование тревожного фона настроения, высокая фрустрированность, зависимость от окружающих ребенка людей и конформность. Высокий уровень притязаний у этих детей является ведущим индикатором нарушения эмоциональной сферы [54].

Шипицына Л.М. отмечает важность психодиагностики не только для ребенка с ДЦП, но и его окружения, а именно семьи. Психологическое обследование семьи является важным на самых ранних этапах развития ребенка с ДЦП. Важной задачей по мнению автора является исследование эмоционального тонуса ребенка, его возбудимости, исследование тревожности и чувства страха. В соответствии с этим перед специалистами стоит установка выбрать способы, методические приемы, тесты, посредством которых решаются психодиагностические задачи.

По мнению Мамайчук И.И. обследование ребенка с ДЦП из-за наличия двигательных, сенсорных, когнитивных и речевых нарушений затруднено. В связи с этим обследование направляется на получение качественных данных. Задания должны быть адекватны не только биологическому возрасту

ребенка, но и его актуальному уровню развития. Как указывает Мамайчук И.И., если ребенок полностью обездвижен, его важно уложить в удобное положение для него. Дидактический материал располагается в поле зрения ребенка. При выраженных гиперкинезах (непроизвольных движениях), проводят специальные упражнения для их уменьшения [54, 103].

Как указывают Мамайчук И.И., Шипицына Л.М. существующие диагностические методики используются в процессе обследования детей с ДЦП частично из-за грубых нарушений речи и движения. Ученые определили, что невозможно в полном объеме использовать тест Векслера для определения интеллектуальных функций у детей из-за их неспособности справиться с рядом, предложенных им заданий (субтесты 7, 9, 11 и 12) и нужен пересмотр временных ограничений на их выполнение, предусмотренных методикой [103].

В процессе психодиагностики детей с ДЦП также существуют ограничения для использования проективных методик, т.к. разнообразие степени нарушений речи и движений существенно затрудняет их применение с учетом вербальных характеристик у детей. Исследователю, занимающемуся обследованием детей с ДЦП, важно уметь владеть существенным количеством методик и их умением заменить при необходимости в процессе обследования и подобрать наиболее пригодные для работы с ребенком с учетом его речевых и моторных возможностей.

Существует требования к использованию методического арсенала в процессе обследования ребенка с ДЦП. При обследовании детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата используются методы фиксированного наблюдения в разных ситуациях, а также тестовое психологическое обследование, которое дается в устной форме и проводится с ребенком индивидуально. Начиная с 12 – 14 лет можно использовать опросники. Важно дозировать нагрузку, т.к. данная группа детей отличается повышенной утомляемостью. В младшем школьном возрасте время обследования не должно превышать 30 минут [103].

Для диагностики двигательных функций можно использовать графические тесты, методику нервно-психического развития ребенка с ДЦП. Для изучения особенностей личности и эмоциональной сферы рекомендуется использование теста Розенцвейга, опросник Айзенка, личностный вопросник Кеттелла, тест Люшера, теста семейных установок, методики Рене-Жиля и т.д. [34].

Психологическая диагностика страха требует дифференцированного подхода, т.к. перед специалистом стоит задача диагностики направленности конфликта. Дети, у которых возникают конфликты отличаются бурными аффективными вспышками, невротоподобными состояниями (страх). Эмоциональные реакции изучаются в деятельности ребенка с ДЦП и в процессе общения с родителями и специалистами. Психологу важно уточнить сформировавшиеся родительские установки и стили воспитания ребенка с ДЦП [36].

Особое внимание уделяется при обследовании ребенка с ДЦП анализу психологической травмы – это внешние раздражители, оказывающие болезненное влияние на ребенка. К таким травмам относится неожиданный испуг ребенка и его болезненное воздействие, которое имело место дома либо в школе. Острые психические травмы могут возникать как следствие самостоятельного передвижения, что формирует впоследствии страх [37].

Проведение комплексной диагностики детей с детским церебральным параличом не всегда позволяет определить прогноз развития ребенка и подготовить психологические коррекционные меры воздействия из-за полиморфной картины развития ребенка.

С целью исследования проявления страхов у школьников можно использовать такие методики как:

– методика «Несуществующее животное», относящаяся к проективной группе методик;

- методика «Страхи в домиках» А.И. Захарова, М.А. Панфиловой направлена на выявление и определение ведущих видов страха (темноты, смерти, одиночества, медицинские страхи и др.);
- методика «Список страхов» М.А. Кузнецов, И.В. Бабарикина направлены на изучение школьных страхов у детей и подростков;
- методика «Шкала явной тревожности для детей SMAS ставит своей целью выявить тревожность у детей и детей, находящихся в группе риска для профилактики и сохранения здоровья, анализ имеющихся проблем у ребенка с ДЦП;
- методика «Шкала тревожности» О. Кондаша направлена на изучение уровня тревожности подростков в трех плоскостях: учебная деятельность, т.е. изучается школьная тревожность, изучаются взаимоотношения со сверстниками и значимыми взрослыми, т.е. межличностная тревожность и изучаются представления ребенка о себе, т.е. самооценочная тревожность;
- методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина ставит своей целью определение уровня тревожности в данный момент (реактивная) и личностной (устойчивая) [42, 61, 80].

В психологической науке существует немалое количество психотехник и упражнений нацеленных на коррекцию страхов и тревожности в работе с детьми школьного возраста. Данная проблема рассматривалась в трудах Г.С. Абрамовой, И.В. Бабарикиной, А.И. Захарова, Ф. Рима, А.С. Спиваковской, Ю.В. Щербатых и др. [1, 22, 77, 88, 107].

Для коррекции страхов ученые предлагают использование бихевиоральной терапии, основанной на устранении неадекватных форм поведения и обучение ребенка адаптивному поведению (Вольте Д.), метод десенсибилизации, основанной на снижении эмоциональной восприимчивости к ситуациям и предметам (Вольте Д.), метод психодрамы, основанный на драматической импровизации спонтанного выражения чувств (Морено Дж.); метод арт-терапии с целью гармонизации личности как

способа самовыражения и самопознания (Наумбург М., Хилл А.); НЛП, представляющий собой набор техник, избавляющих от проблем, связанных со страхами; психокатализ, как ускоренная регуляция процессов, возникших стихийно (Ермошин А.Ф.); эмоциональная регуляция учебной деятельности, предложенная Чебыкиным А.Я. [20, 99].

Психологическая коррекция является одной из важных составляющих в процессе работы с детьми с ДЦП различной степени тяжести. В процессе психокоррекции страхов у детей важно учитывать сложную структуру развития ребенка, изучить характер сочетания различных социальных и биологических факторов [105].

При психокоррекции эмоциональных нарушений, к которым относится и страх у детей с ДЦП наблюдаются агрессивность, тревожность, мнительность, повышенная возбудимость. В связи с этим важным этапом работы психолога с детьми является коррекция самооценки, самопознания, развитие устойчивости и саморегуляции [90].

К методам психокоррекции страхов относятся игротерапию, психоанализ, арттерапию, метод десенсибилизации, поведенческий тренинг, аутогенную тренировку. Все эти методы коррекции являются основными. Также могут использоваться в психологической коррекции страхов у детей с ДЦП специальные методы – тактические и технические. Которые направляются на устранение страха с учетом индивидуальных и психологических особенностей ребенка. Эти группы методов тесно переплетаются друг с другом в процессе психокоррекции [88].

Зарубежные исследователи предлагают для коррекции страхов активно использовать недирективную игровую коррекцию с использованием игр с песком и водой. С ее использованием возможно налаживание легкого контакта с ребенком с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и решение ряда задач: развитие самовыражения ребенка, коррекция эмоционального дискомфорта и развитие саморегуляции [50].

Групповые методы психологической коррекционной работы активно используются в работе с детьми и подростками. Анализируя работы Спиваковской А.С. мы определили, что автор выделяет 4 блока реализации: диагностический (предусматривает изучение особенностей эмоциональной сферы ребенка, анализ), установочный (формируется положительное отношение ребенка с ДЦП к занятиям), коррекционный (гармонизируется процесс эмоционального неблагополучия ребенка), оценочный (анализируются отчеты родителей о том, как вел себя ребенок с ДЦП в начале занятия и после него) [84].

Мамайчук И.И., Шипицына Л.М с целью коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП выделяют несколько этапов при групповой психокоррекции страха. Целью первого этапа, который носит название успокаивающий, является вербально-музыкальная психокоррекция для снятия напряжения у ребенка с ДЦП. На втором этапе, который является обучающим, дети с ДЦП выполняют релаксирующие упражнения. Авторы предлагают сначала тренировать мышцы рук, т.к. в этих мышцах легче вызвать расслабление. Третий этап – восстанавливающий, нацеленный на выполнение упражнений по коррекции настроения ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата [103].

Таким образом, анализ диагностических и коррекционных методик по преодолению страхов у детей с детским церебральным параличом позволил выявить разнообразие подходов в выборе диагностических критериев оценивания уровня сформированности страхов у детей и требует дифференцированного подхода, а также при определении психокоррекционных подходов по их преодолению в связи с высокой полиморфностью данной группы детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Выводы по 1 главе

Проанализировав психологическую и педагогическую литературу по проблеме исследования, мы определили, что:

1) многогранность феномена понятия страха, его проекций на разных уровнях отражения реальной действительности, сложные взаимоотношения и слияние с другими эмоциями, механизмы его проявления, сами последствия для нормальной психической жизни человека, свидетельствуют о не простом определении понятия страха. Однако анализируя психолого-педагогическую литературу мы выявили, что страх рассматривается как эмоциональное состояние человека, возникающее вследствие угрозы существованию человека (биологическая и/или социальная), как нормальный рефлекс пассивного и оборонительного характера, как некий сигнал либо предупреждение надвигающейся опасности, как некое свойство личности и т.п.

2) анализ клинико-психолого-педагогических особенностей детей с детским церебральным параличом свидетельствует о наличие достаточно полиморфной картины из-за различных двигательных, познавательных и речевых особенностей у детей рассматриваемой группы, что оказывает влияние на личностное становление и полноценное развитие, отмечается диффузная симптоматика, которая содержит в себе повреждения двигательной сферы и ее недоразвитие;

3) обзор диагностических методик и психокоррекционных методов по преодолению страхов детей с детским церебральным параличом позволил выявить разнообразие подходов в выборе диагностических критериев оценивания уровня сформированности страхов у детей и требует дифференцированного подхода, а также при определении психологических коррекционных подходов по их преодолению в связи с высокой полиморфностью данной группы детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Из выше сказанного следует, что несмотря на огромное количество работ по диагностированию, анализу и корректированию страхов у детей младшего школьного возраста с ДЦП, актуальность проблематики существенна по сей день. Нерешенными остаются вопросы своевременной диагностики индивидуально-типологических особенностей развития детей с детским церебральным параличом и как следствие своевременной коррекции.

ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ

2.1. Организация, методы и методика констатирующего этапа эксперимента

Целью констатирующего этапа эксперимента являлось изучение страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Экспериментальной базой исследования явилась Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Специальная (коррекционная) школа № 18» (ЯНАО, город Новый Уренгой). В эксперименте приняли участие 12 обучающихся (учащиеся 1 класса в возрасте 7 – 8 лет. Все дети имели диагноз – детский церебральный паралич. Данная группа детей передвигалась самостоятельно, имела нормальное психическое развитие и разборчивую речь. Интеллектуальное развитие этих детей сочеталось с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности и имела повышенную внушаемость. Личностная незрелость проявлялась в наивности их суждений, слабой ориентировкой в бытовых вопросах и в практической жизни.

Теоретико-методологическую базу исследования составили:

1) положения ученых, находящихся в области изучения детских страхов (Агаркова Е.А., Акопян Л.С., Захаров Е.И., Зубкова А.С., Кулинцова И.Е., Щербатых Ю.В. и др.);

2) положения о личностно-ориентированном подходе, в основе которого находится учет индивидуальных особенностей каждого ребенка (Запорожец А.В., Трубайчук Л.В. и др.).

Экспериментальное исследование особенностей страхов младших школьников с ДЦП реализовалось с учетом следующих этапов:

1) подготовительный,

- 2) диагностический;
- 3) аналитический.

На *подготовительном этапе* исследование предусматривало осуществление психолого-педагогического анализа литературы по рассматриваемой проблеме исследования; уточнялись объект, предмет и гипотеза исследования; определялась структура психологической программы коррекции страхов младших школьников с ДЦП.

На *диагностическом этапе* исследования определялось оптимальное содержание констатирующего эксперимента исследования, этапы работы, методы и методики исследования, определялось содержание психологической коррекционной работы преодоления страхов младших школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, апробация программы.

На *аналитическом этапе* исследования осуществлялся анализ результатов контрольного этапа эксперимента, обобщение результатов и их интерпретация, оформление полученных результатов исследования.

Используемые методы и методики исследования страха младших школьников с ДЦП определялись методологическими предпосылками, поставленной целью и задачами экспериментальной исследовательской деятельности, а также отдельными этапами исследования.

Нами использовались следующие методы психолого-педагогического исследования: обзор литературных источников, метод наблюдения, метод беседы, тестирование метод эксперимента, количественно-качественный метод исследования (математический анализ).

Поставленные задачи исследования требовали использования констатирующего, формирующего и контрольного этапов исследования, предусматривающие создание соответствующих психологических ситуаций и их последующее изучение. При создании специальных условий для проведения эксперимента, направленного на выявление психологического процесса, исследователь имеет возможность повторять эксперимент

несколько раз и получает возможность осуществлять исследование с разными испытуемыми, но в одинаковых условиях, а также определять возрастные, индивидуально-типологические особенности развития исследуемых детей. В процессе проведения эксперимента имеется возможность при необходимости менять условия проведения эксперимента, что позволяет варьировать возможности для поиска и обоснования эффективных приемов в образовательно-воспитательной работе с младшими школьниками. Также при применении данного метода имеется возможность для установления причинно-следственных зависимостей в процессе изучаемых переменных. В процессе использования метода эксперимента существует возможность для исследователя активно вмешиваться в ситуацию обследования детей при необходимости.

Использование метода тестирования при исследовании страхов у детей с детским церебральным параличом позволяло нам выявить и уточнить наличие преобладающих видов страха у детей. Использование данного метода обусловлено необходимостью выявления широкого спектра страхов, которым подвергаются школьники с детским церебральным параличом, прежде чем приступать к их психокоррекции.

Метод теоретического анализа исследования определялся с учетом поставленных задач на этапе теоретического и констатирующего этапов исследовательской деятельности. Проведенный теоретический анализ страхов определил содержание понятия «страх», классификацию страхов, причинную обусловленность их возникновения, а также особенности проявления страха у младших школьников с ДЦП.

Метод наблюдения при исследовании страхов у рассматриваемой группы младших школьников позволил своевременно отследить внешние проявления школьников, определить их реакцию, состояние и любые возникающие у детей изменения. Данный метод достаточно универсален и позволяет изучить детей с тех условиях, в которых они непосредственно находятся, в которых протекает их жизнедеятельность. Полученные

результаты наблюдений фиксировались в специальных протоколах исследований. Данный метод имеет преимущества, так как появляется возможность фиксировать наблюдаемые акты поведения и фиксировать одновременно несколько параметров.

С учетом поставленной цели и задач исследования нами были определены следующие компоненты страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом:

- 1) эмоциональный компонент (изучение понимания ребенком собственных чувств и эмоций);
- 2) поведенческий компонент (изучение внешних проявлений ребенка);
- 3) рефлексивный компонент (изучение умения признавать наличие страхов и его последующее обесценивание).

С целью исследования особенностей страхов младших школьников с детским церебральным параличом нами использовались следующие методики:

1. Методика определения уровня тревожности и страхов, предложенная Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Данная методика определяет уровень тревожности, свидетельствующий об уровне эмоциональной приспособленности детей к различным социальным ситуациям, также определяет отношение детей к некой ситуации, а также дает косвенную информацию о уровне взаимоотношений сверстников друг с другом, взрослыми, в семье и в коллективе. Методика в модификации Астапова В.М., 2001 г. [90]
2. Опросник «Уровень тревожности ребенка» Лаврентьевой Г.П. и Титаренко Т.М., 1992 г. [46]
3. Методика «Страхи в домиках», предложенная А.И. Захаровым в модификации М.А. Панфиловой, 2000 г. [64].

В качестве основных критериев мы определили такие компоненты как:

- эмоциональный компонент (предусматривает понимание детьми своих чувств),
- поведенческий компонент (определяет внешние проявления в деятельности и общении),
- рефлексивный компонент (определяет признание наличия страха и его постепенное обесценивание).

Рассмотрим содержание диагностических методик, направленных на исследование уровня страха у младших школьников с детским церебральным параличом.

Методика определения уровня тревожности и страхов (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки).

Цель: определить уровень тревожности младших школьников с ДЦП.

Стимульный материал: рисунки/картинки размером 8,5 x 11 см., представленные в двух вариациях с учетом гендерных особенностей.

Проведение исследования. Ребенку показывают рисунки в строгой последовательности. На каждом рисунке изображена типичная жизненная ситуация. Лицо ребенка (мальчика либо девочки) не прорисовано, представлен лишь контур головы. Каждый рисунок имеет два дополнительных варианта рисунков детской головы по размерам, точно соответствующим контуру лица на рисунке, где одно лицо изображено улыбающимся, а другое печальным. С учетом заданной ребенку инструкции он определяет какое лицо вставит в контур – улыбающееся или печальное. С целью избегания в виде навязывания выбора ребенку экспериментатор чередует название лица. Дополнительных вопросов ребенку не задаются. Выбор ребенком лица (улыбающееся либо печальное), а также различные словесные высказывания ребенка фиксируются в протоколе обследования. Форма бланка представлена в приложении (См. Приложение 1).

Инструкция к картинке 1: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь, какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) играет с малышами – веселое или печальное?»

Инструкция к картинке 2: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) гуляет со своей мамой и малышом?»

Инструкция к картинке 3: «Посмотри на картинку (представлен объект агрессии). Как ты думаешь какое лицо будет у этого ребенка – веселое или печальное?»

Инструкция к картинке 4: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) одевается?»

Инструкция к картинке 5: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) играет со старшими детьми?»

Инструкция к картинке 6: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) идет спать?»

Инструкция к картинке 7: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) в ванной и нужно умываться?»

Инструкция к картинке 8: «Посмотри на картинку (картинка выговор). Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки): веселое или грустное?»

Инструкция к картинке 9: «Посмотри на картинку (картинка игнорирование). Как ты думаешь какое лицо будет у ребенка: веселое или печальное?»

Инструкция к картинке 10: «Посмотри на картинку (картинка агрессивное нападение). Как ты думаешь какое лицо будет у этого ребенка: веселое или печальное?»

Инструкция к картинке 11: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого ребенка, когда нужно убрать вещи по своим местам?»

Инструкция к картинке 12: «Посмотри на картинку (картинка изоляция). Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки): веселое или печальное?»

Инструкция к картинке 13: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) идет вместе со своими родителями?»

Инструкция к картинке 14: «Посмотри на картинку. Как ты думаешь какое лицо будет у этого мальчика (девочки), когда он (она) ест в одиночестве?»

На основании полученных результатов определяется индекс тревожности ребенка (ИТ), равный процентному соотношению числа эмоционально-негативных выборов (грустное/печальное лицо) к общему количеству рисунков (14 рисунков).

$$\text{ТИ} = \frac{\text{число эмоционально-негативных выборов}}{\text{общее количество рисунков}} \times 100\%$$

С учетом уровня индекса тревожности обучающиеся подразделяются на несколько групп (3 группы):

Низкий уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%);

Средний уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);

Высокий уровень тревожности (ИТ выше 50%)

Опросник «Уровень тревожности ребенка ребенка» (Лаврентьевой Г.П. и Титаренко Т.М.)

Цель: выявление тревожного ребенка в коллективе сверстников, внешние проявления и реакции которого выявят наличие страхов.

Ход исследования. За ребенком ведется наблюдение и фиксируются полученные результаты

Наблюдаемые критерии:

1. Не может долго работать, не уставая.
2. Ему трудно сосредоточиться на одном виде деятельности.
3. Любое задание вызывает у ребенка беспокойство (возомоторные реакции).

4. Выполняя задание очень напряжен и скован.
5. Смущается чаще других детей.
6. Часто акцентирует свое внимание на напряженных ситуациях в жизни.
7. Краснее в незнакомой обстановке.
8. Жалуется, что снятся страшные сны.
9. Конечности часто холодные и влажные.
10. Отмечается частое расстройство стула.
11. При волнении высокое потоотделение.
12. Отсутствует аппетит.
13. Беспокойно спит, засыпает с трудом.
14. Пуглив, нерешителен, многое вызывает страх.
15. Легко расстраивается, часто беспокоен.
16. Не может сдержать слезы, часто плачет.
17. Плохо переносит ожидание.
18. Не любит включаться в новую для себя деятельность.
19. Не верит в свои силы и в себя.
20. Боится трудностей, не берет ответственности.

Общий балл тревожности определяет по количеству набранных положительных ответов. За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Критерии оценивания:

12 – 17 баллов – высокий уровень тревожности,

7 – 11 баллов – средний уровень тревожности,

1 – 6 баллов – низкий уровень тревожности.

Методика «Страхи в домиках» (Захаров А.И. в модификации М.А. Панфиловой)

Цель: исследовать наличие страхов и определить преобладающие виды страхов.

Стимульный материал: лист формата А4 с нарисованными домами в красном и черном цветах, цветные карандаши.

Ход исследования. Ребенку предлагается нарисованные дома. В эти дома младшим школьникам предлагают поселить страхи. В красный дом заселяют «нестрашных» страхов, а черные дома – «страшные» страхи. После заселения страхов по своим домам ребенку предлагают закрыть черный дом на замок (замок рисует ребенок), а ключ предлагают выбросить либо потерять или предлагается заштриховать страхи, чтобы те сидели в домике и больше никогда никого не пугали. По мнению авторов методики данный акт позволит успокоить имеющиеся страхи у ребенка.

Инструкция: «Перед тобой домики. В красном домике живут нестрашные страхи, а в черном домике живут страшные страхи. Мне нужна твоя помощь. Помоги мне расселить страхи из списка. Я буду называть страхи, а ты определи в какой дом его селить»

Список вопросов:

1. Ты боишься, когда остаешься один?
2. Ты боишься нападения?
3. Ты боишься заболеть, заразиться?
4. Ты боишься умереть?
5. Ты боишься того, что умрут родители?
6. Ты боишься каких-то детей?
7. Ты боишься каких-то людей?
8. Ты боишься маму или папу?
9. Ты боишься, что тебя накажут?
10. Ты боишься чудовищ (страхи сказочных персонажей)?
11. Ты боишься засыпать?
12. Ты боишься страшных снов (каких именно)?
13. Ты боишься темноты?
14. Ты боишься животных (волка, собак, медведя, пауков, змей и т.д.)?
15. Ты боишься машин, поездов, самолетов (страх транспорта)?

16. Ты боишься грозы, бури, наводнения, землетрясения (страхи стихий)?
17. Ты боишься, когда очень высоко (страх высоты)?
18. Ты боишься, когда глубоко (страх глубины)?
19. Ты боишься, когда ты в тесной комнате, помещении, туалете, переполненном автобусе (страх замкнутого пространства)?
20. Ты боишься воды?
21. Ты боишься огня?
22. Ты боишься войны?
23. Ты боишься пожара?
24. Ты боишься больших улиц, площадей?
25. Ты боишься врачей?
26. Ты боишься, когда идет кровь?
27. Ты боишься уколов?
28. Ты боишься боли?
29. Ты боишься неожиданных, громких звуков, когда что-то внезапно упадет, стукнет (вздрагиваешь при этом)?
30. Ты боишься сделать что-то плохо?
31. Ты боишься опоздать (не успеть) в школу?

Обработка результатов и регистрируемых показателей. Каждый положительный ответ дает 1 балл. Большое количество страхов является показателем пред невротического состояния у ребенка.

Для выявления определенного вида воздействующего на ребенка страха мы использовали трехбалльную шкалу:

1 б. (низкий уровень) – ребенок легко переходит от одного задания к другому и не концентрируется на своих внутренних ощущениях, которые свидетельствуют о наличие страха либо стимулах, свидетельствующих о возникновении опасного события или его осуществления. Ребенок концентрирует свое внимание не более чем на 30% объектов и ситуаций,

которые относятся к эмоционально-травмирующей группе стимулов («страшилок»).

2 б. (средний уровень) – ребенок время от времени акцентирует свое внимание на внутренних ощущениях, которых свидетельствуют о наличие у него страха, на стимулах, свидетельствующих о приближении опасного события либо о его осуществлении. Ребенок обращает свое внимание не более чем на 60% ситуаций и объектов, вызывающих эмоционально-травмирующие ощущения. При этом количество страхов ребенка соответствует возрасту.

3 б. (высокий уровень) – ребенок постоянно концентрирует свое внимание на внутренних ощущениях либо стимулах, которые свидетельствуют о приближении или осуществлении опасного для него события и его внимание останавливается более чем на 60% ситуаций и объектов, приводящих к эмоционально-травмирующим ощущениям. Количество страхов у ребенка больше возрастной нормы.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Полученные результаты констатирующего эксперимента с обучающимися младших классов с детским церебральным параличом показали неоднозначные результаты. Данная группы респондентов существенно подвержена воздействию вымышленных образов под влиянием эмоций. У обучающихся с ДЦП отмечается чувствительность психики, проявляющаяся в интенсивных переживаниях страха, нарушениях сна, тревожных фантазиях, что приводит к восприятию безобидных предметов как опасных. Высок уровень страха собственной смерти или болезни. Не все обучающиеся были склонны к сотрудничеству и коммуникативному общению. Многие были застенчивы, с низкой социальной активностью, не проявляли эмоций и были замкнуты.

С целью диагностики эмоционального компонента страхов нами использовался метод наблюдения за обучающимися с ДЦП. Изучались: эмоциональный фон, эмоциональная подвижность, речевые и неречевые компоненты выражения эмоций в ситуациях, вызывающих тревожные эмоциональные состояния и страхи у обучающихся младших классов с ДЦП.

Эмоциональный компонент включал понимание младшими школьниками с ДЦП своих чувств и эмоций.

Для изучения эмоционального компонента нами использовалась методика, предложенная Тэмпл Р, Дорки М., Амен В. «Выбери нужное лицо». Согласно данному заданию нами определялся индекс тревожности (ИТ). С учетом выявленного индекса тревожности мы выделили группы детей с высоким, средним или низким ИТ.

При выполнении методики определения уровня тревожности и страхов (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки) нами были получены следующие количественные результаты, представленные на рисунке (См. рисунок 1).

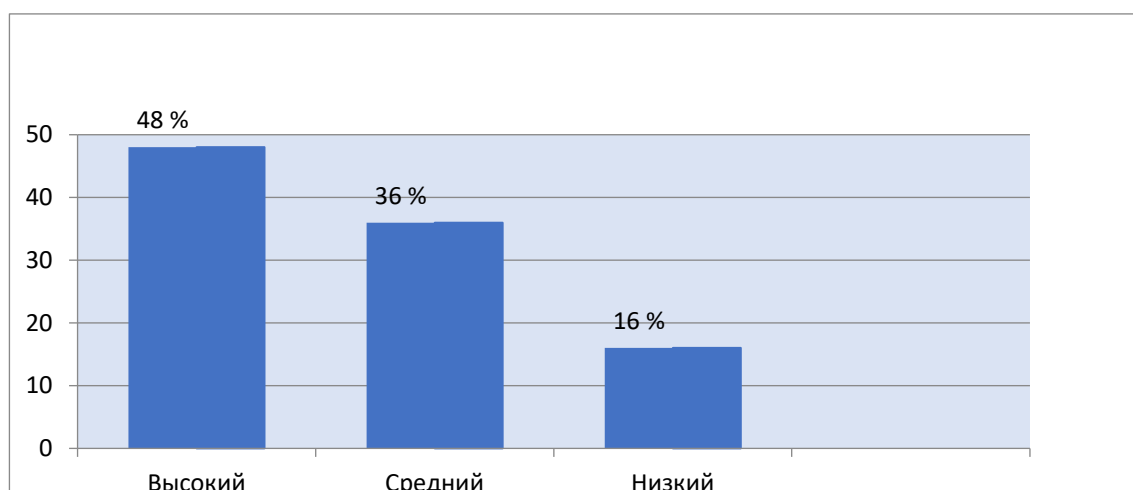


Рисунок 1. - Гистограмма 1. Распределение уровня индекса тревожности по методике «Выбери нужное лицо» на этапе констатирующего эксперимента исследования

На высоком уровне тревожности было выявлено 48% респондентов, у которых индекс тревожности составлял более 60%. Эти дети постоянно концентрировали свое внимание на внутренних ощущениях, которые воспринимали то или иное событие как опасное для себя, что приводило к эмоционально-травмирующим ощущениям у обучающихся с ДЦП (сон в одиночестве и изоляция). Количество страхов у этой группы респондентов было больше нормативных показателей, предусмотренных данным заданием.

На среднем уровне тревожности было выявлено 36 % респондентов. Для этой группы обучающихся с ДЦП такие ситуации как сбор игрушек, одевание, вызвали акцентирование внимания на своих внутренних ощущениях, которые свидетельствовали о наличии у них страха опасного события. Обучающиеся с ДЦП, отнесенные к данной группе, обращали свое внимание на ситуации, связанные со сном в одиночестве и это вызывало у них эмоционально-травмирующие ощущения. При этом ИТ находился в диапазоне от 20 до 50 %.

На низком уровне было выявлено 16 % респондентов, для которых значимыми являлись ситуации, моделирующие отношения ребенок – взрослый и их ИТ не превышал 20%.

Таким образом, были определены три группы респондентов. С высоким уровнем ИТ - 48%, средним уровнем ИТ – 36%, низким уровнем ИТ - 16% детей.

В результате данной методики мы видим, что у большей части детей с ДЦП выявлен высокий и средний уровни тревожности, что свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности детей к тем или иным социальным ситуациям. Ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению. В некоторых случаях становится агрессивным, легко идет на конфликт.

Анализируя результаты выполнения опросника «Уровень тревожности ребенка» (Лаврентьевой Г.П. и Титаренко Т.М.), целью которого было исследование поведенческого компонента, а именно внешних проявлений,

обучающихся с ДЦП нами изучался поведенческий компонент, который выражался во внешних реакциях ребенка на наличие тревожных состояний при выполнении предложенных ему заданий. (см. Приложение 2)

Количественные показатели сформированности уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом представлены на рисунке (см. рисунок 2).

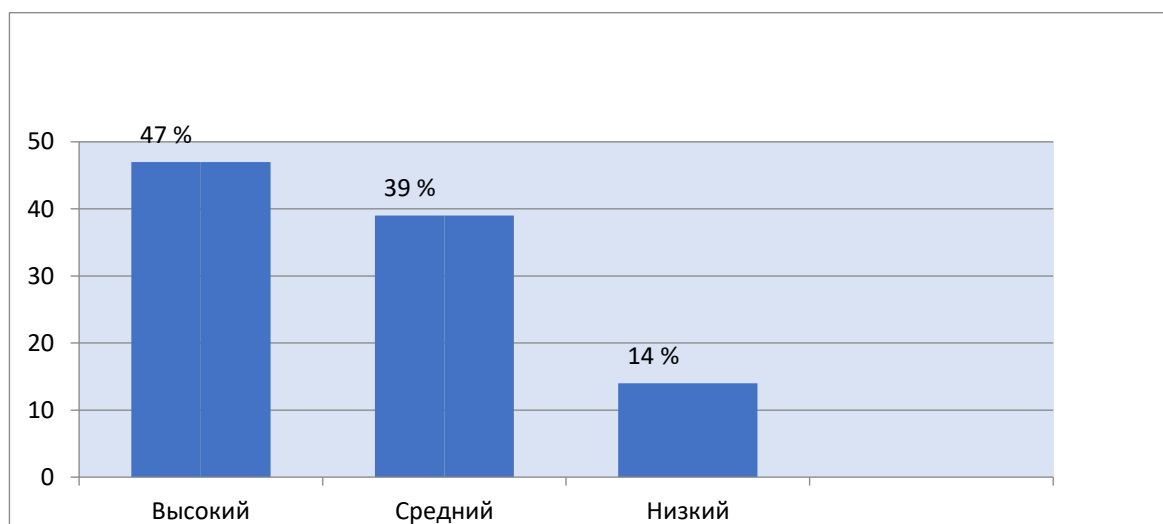


Рисунок 2. - Гистограмма 2. Результаты диагностики уровня тревожности ребенка по методике Лаврентьевой Г.П., Титаренко Т.М.

Как показали результаты эксперимента, на высоком уровне тревожности было выявлено 47% респондентов. Было отмечено, что во время выполнения задания дети были очень напряжены, скованы и пугливы, что свидетельствует о том, что страхи, переживаемые детьми, существенно влияют на их психику и находят отражение на физиологическом уровне проявлений.

На среднем уровне проявления страхов было выявлено 39 % младших школьников, испытывающих состояния страха в виде внутренних переживаний, которые выражались в форме тревожности и беспокойства.

Лишь 14 % респондентов продемонстрировали низкий уровень страха, который выражался в боязни сталкиваться с трудностями.

Полученные результаты подтвердили наличие тревожных состояний у младших школьников, которые в свою очередь оказывают влияние на психику детей с ДЦП и отражаются на их физиологическом уровне.

Для изучения рефлексивного компонента при выполнении Методика «Страхи в домиках» (Захаров А.И. в модификации М.А. Панфиловой), целью которого являлось исследование наличия страхов и определение преобладающих видов страхов, мы воспользовались трехбалльной шкалой оценок и определили высокий, средний и низкий уровни. (см. Приложение 3) Количественные результаты представлены на рисунке (см. рисунок 3).

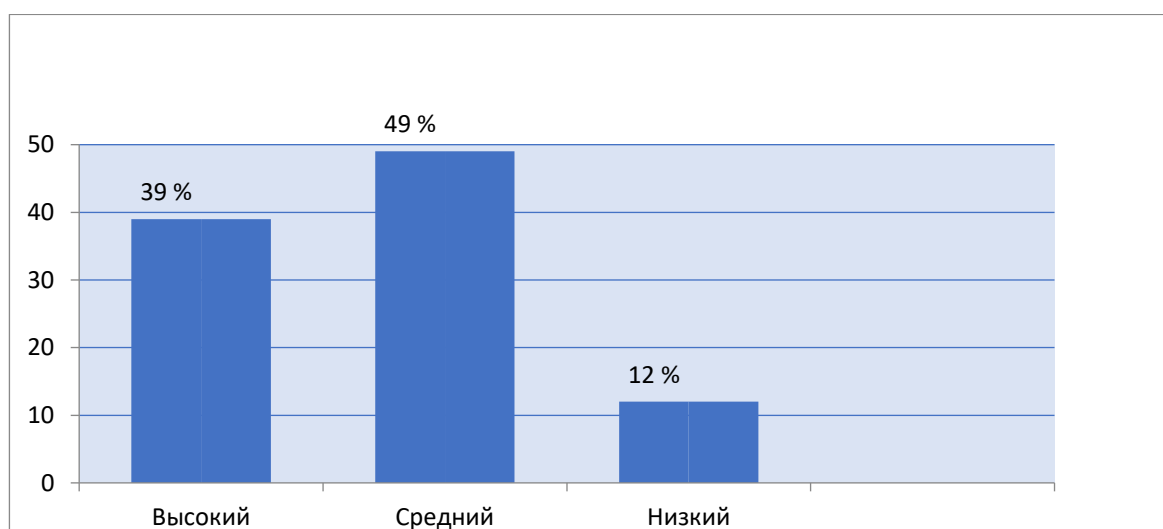


Рисунок 3. - Гистограмма 3. Распределение результатов исследования по методике «Страхи в домиках» А.И. Захарова и М.А. Панфиловой

Рефлексивный компонент предполагал признание обучающимися младших классов с ДЦП наличия у них страхов и их последующее обесценивание. Данная методика позволила определить основные виды страхов у детей и выявить их количество, а затем сгруппировать их.

Анализируя полученные результаты, мы выявили, что высокий уровень тревожности был выявлен у 39 % респондентов с ДЦП. У данной группы младших школьников отмечались такие особенности как тревожность,

неадекватная самооценка, замкнутость и малая общительность. Эти дети были напряжены, подозрительны и недоверчивы к окружающему их миру. Также отмечались социально-опосредованные страхи – страх пожара, войны, воды.

Средний уровень тревожности выявлено у 49 % испытуемых. Эти дети характеризовались нами как общительные дети, но у них отмечался страх животных, страх темноты и страшных снов.

Низкий уровень тревожности был выявлен у 12 % респондентов. Эти обучающиеся отличались наименьшей тревожностью. В общении у детей не отмечалась напряженность. Эти респонденты были уверены в себе и общительны. У них преобладал повышенный фон настроения, и они быстро отвечали на вопросы экспериментатора. Однако был выявлен страх неожиданных резких звуков.

Вывод по 2 главе

Проанализировав результаты констатирующего этапа эксперимента выявлены преобладающие страхи детей младшего школьного возраста: страх пожара, войны, воды, у девочек – страх наказания, страх в виде внутренних переживаний, страх к начинанию нового дела и восприятию опасности для себя.

В ходе эксперимента также были выявлены высокая эмоциональная напряженность в виде подозрительности, недоверии к окружающему миру, а также негативного восприятия себя и других людей. Наличие тревожных состояний оказывают влияние на психику детей с ДЦП и отражаются на их физиологическом уровне.

Выявленные особенности определили необходимость разработки психологической коррекционной программы преодоления страхов младших школьников с детским церебральным параличом.

ГЛАВА III РЕАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

3.1. Теоретико-методологические основы формирующего эксперимента

Наличие страхов у детей младшего школьного возраста с ДЦП приводят к изменению личности детей, которые характеризуются пониженным фоном настроения, стремлением уйти от контактов с социумом, достаточно низкой самооценкой, высокой тревожностью и, соответственно, легкостью возникновения страхов.

Как показывают проведенные исследования, данная группа детей чаще всего боится ухода родителей из жизни, боится, что с родителями может что-то случиться, боятся доставить своим родителям неприятности и расстроить их, боятся физического насилия, наказаний со стороны взрослых, боится фантастических существ. Также таким детям чаще сняться страшные сны, они боятся темноты и замечаний со стороны взрослых. [76, 91, 114]

Младший школьный возраст определяется как период накопления знаний. Дети в этот период доверчивы, подчиняются авторитету педагога и этот период называют вершиной детства. Однако, несмотря на психофизическое развитие детей, которая обеспечивает систематическое обучение в школе, дети сохраняют наивность и при этом утрачивают детскую непосредственность в поведении, так как меняется логика мышления, меняются интересы весь уклад его жизни. К ребенку предъявляются новые требования и появляется новый социальный статус. Особенно сложно в этот период детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в связи с тем, что возникает необходимость перестройки сложившегося уклада жизни, что приводит к появлению отрицательной эмоции – страха. У детей с ДЦП высок уровень страха перед новым и непознанным, перед новыми

требованиями, которые перед ним выдвигают учителя и родители, страх наказания, если с чем-то не справился либо, когда что-то не получилось, а другие дети справились.

Существенные изменения на систему психологической помощи ребенку с ДЦП привели к пониманию того, что одной из первостепенных задач является развитие личности ребенка с ДЦП и его интеграция в социум. В то же время проблема становления эмоциональной сферы детей с ДЦП и их переживания страхов в коррекционной психологии остается актуальной и недостаточно разработанной.

Формирующий эксперимент направлен на разработку и экспериментальную проверку эффективности психологической коррекционной программы по преодолению страхов у обучающихся младших классов с детским церебральным параличом.

Анализ полученных результатов на этапе констатирующего эксперимента показал необходимость разработки психологической коррекционной программы по преодолению страхов у рассматриваемой группы респондентов, так как эти дети нуждаются в определении подходов, адекватных их психофизическим особенностям и направленных на изменение личностного отношения к факторам, вызывающим страх или повышающих уровень их тревожности. Потребность разработки и реализации данной программы определена результатами констатирующего эксперимента.

В процессе осуществления исследовательской работы нами использовались важнейшие методологические принципы специальной психологии, разработанные Ананьевым Б.Г., Божович Л.И., Выготским Л.С., Гальпериным П.Я., Давыдовым В.В., а именно:

Принцип единства коррекции и развития указывает на необходимость осуществления психологической коррекционной работы с учетом психолого-педагогического анализа как внутренних, так и внешних условий, влияющих на развитие ребенка.

Принцип единства возрастного и индивидуального развития ребенка, указывающий на важность осуществления индивидуального подхода к ребенку в контексте его возрастных особенностей развития. Осуществление психологического коррекционного воздействия предполагает знание закономерностей психического развития ребенка с ДЦП, а также важность понимания сменяющих друг друга возрастных стадий для личностного развития ребенка. Проживание каждого этапа онтогенеза способствует реализации возможностей развития ребенка, что является основой формирования личности.

Принцип единства диагностики и коррекции развития ребенка ставит своей задачей оценку вероятностного прогноза развития, основанную на зоне ближайшего развития ребенка. Процессы коррекции и развития ребенка являются взаимообусловленными. Деятельность, которая направлена на реализацию задачи психологической коррекции страхов можно назвать диагностико-коррекционной либо диагностико-развивающей работой.

Принцип деятельностного осуществления коррекции нацелен на выбор средств, подходов, путей и способов реализации поставленной цели. Данный принцип основан на понимании того, что только активная деятельность самого ребенка способна стать движущей силой развития. При этом на каждом этапе развития ребенка существует деятельность, в наибольшей степени оказывающая влияние на развитие ребенка. Данный принцип предполагает осуществление психолого-педагогической коррекции с использованием соответствующих (ведущих) видов деятельности при активном участии самого ребенка и специалиста.

Принцип безусловного принятия ребенка предполагает, что любой специалист, в том числе педагог-психолог принимаю ребенка таким, какой он есть.

Принцип символического реагирования детских проблем предполагает, что все, что вызывает страх и тревогу у ребенка важно превращать в объект творческой проработки.

Реализация выше указанных принципов является важным условием эффективной психологической коррекции.

В процессе разработки психологической коррекционной программы мы ориентировались на ряд требования, а именно:

- определить цель коррекционной работы, выявить круг задач, которые конкретизировали основную цель психологической коррекционной работы с детьми с ДЦП;
- определить формы психологической коррекционной деятельности с детьми;
- подобрать методики/техники психологической коррекционной работы с младшими школьниками с ДЦП, определить время и сроки реализации все коррекционной деятельности;
- определить количество необходимых встреч для работы с детьми (2 раза в неделю);
- определить длительность занятия с детьми с ДЦП;
- составить содержание психологической коррекционной программы;
- реализовать содержание коррекционной программы, определив контроль динамики всего хода психологической коррекционной работы, а также возможность внесения при необходимости дополнений в содержание программы;
- определить средства (материалы / оборудование) осуществления коррекционной деятельности.

После завершения психокоррекционных мероприятий нами составлено психологическое заключение о целях, задачах и полученных результатах реализованной нами психологической коррекционной программы с определением оценки ее эффективности.

В качестве основных приемов психологической коррекционной работы нами использовались такие методические приемы и техники как: релаксационный упражнения, упражнения на концентрацию внимания, функциональная музыка, игротерапия, арт-терапия, телесная терапия,

упражнения, направленные на умение определять свое настроение с использованием цвета, упражнения по снятию эмоциональных блоков, упражнения по преодолению страхов сказочных персонажей и упражнения, направленные на отражение агрессии в игровой форме. Также осуществлялось обучение умению контролировать свои отрицательные эмоции и управлять тревожностью.

Релаксационные упражнения – подготовка тела и психики к деятельности, сосредоточение на собственных ощущениях, избавление от нервного напряжения.

Упражнения на концентрацию внимания – акцент внимания на зрительных, звуковых, а также телесных ощущениях, на своих переживаниях, эмоциях, чувствах.

Функциональная музыка – восстанавливающая, а также успокаивающая музыка способствует снятию эмоционального напряжения и переключению внимания.

Игротерапия – важна для снятия напряжений в мышцах, снятия тревожности, способствует повышению уверенности в собственных возможностях и уменьшению страхов.

Арт-терапия – актуализация страхов с использованием изобразительных средств, повышение уверенности, коррекция мелкой моторики рук и снижение уровня тревожности; изменение эмоционального состояния и разрушение стереотипов поведения.

Телесная терапия – направлена на снижение мышечных зажимов, уровня тревожности и внутреннего напряжения.

Упражнения, направленные на умение определять свое настроение с использованием цвета – упражнения: «Цвет настроения», «Воздушный шар».

Упражнения по снятию эмоциональных блоков – активизация процесса принятия решений, а именно упражнения «Передай другому страшную рожу», «Передай другому что-то приятное». «Лисица и зайцы» и др.

Упражнения по преодолению страхов сказочных персонажей – преодоление страха образа Бабы Яги, Терминатора, Кощея и др.

Упражнения, направленные на отражение агрессии в игровой форме – контроль отрицательных эмоций (Однажды на поле вышли ..., Осада города. Волшебный замок и др.)

Игры на отработку контроля отрицательных эмоций и тревожности – рисование своего страха и его описание «Нарисуй и озвучь свой страх».

Нами использовались упражнения на этапе завершения занятия, обсуждались итоги работы с детьми с ДЦП, что способствовало выработке положительных личностных качеств и чувства благодарности к партнеру. В конце занятия младшие школьники обменивались мнениями о том, как они себя сейчас чувствуют, что им больше всего понравилось на занятиях с психологом, а что не очень и почему, какие у них возникали трудности и чувства.

Представленные выше научно-теоретические и методические подходы и техники легли в основу определения содержания психологической коррекционной работы по преодолению страхов у младших школьников с ДЦП. Совокупность представленных подходов психологической коррекции и их реализация в процессе формирующего эксперимента способствовали успешной реализации поставленных коррекционных целей и задач в работе.

3.2. Содержание психологической программы коррекции страхов детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом

Целью формирующего этапа исследования являлась разработка и экспериментальная апробация эффективности психологической коррекционной программы, направленной на преодоление страхов младших школьников с детским церебральным параличом.

Достижение поставленной цели предусматривало решение следующих задач психологической коррекционной работы:

- 1) приобретение знаний, направленных на преодоление уровня тревожности и страхов,
- 2) обучение младших школьников с ДЦП приемам и способам снятия напряжения; умениям самостоятельно контролировать и регулировать собственное поведение,
- 3) формирование навыков, необходимых для снижения уровня тревожности и страхов, умения эффективно выстраивать социальные связи и отношения,
- 4) коррекция и развитие системы отношений к эмоциональным проявлениям, проявление устойчивого отношения к неблагоприятным эмоциональным факторам (страх, тревожность, беспокойство, конфликтные ситуации и др.).

В качестве основы в содержании разработанной нами программы выступил системный подход, предусматривающий внутреннюю и внешнюю деятельность и развитие любого психологического феномена в совокупной целостности. Также предусматривалась соподчиненность и координация более крупной, общей системы, частью которой является психологический феномен. С учетом системного подхода для младших школьников с ДЦП были созданы определенные внешние условия, с использованием необходимых средств психологической работы с детьми для повышения их мотивации и интереса к заданиям.

Психокоррекционная работа проводилась с младшими школьниками с марта по май 2022 года.

Продолжительность реализации психологической коррекционной программы по коррекции страхов младших школьников с ДЦП осуществлялась на протяжении 3 месяцев и составила 30 занятий. Продолжительность одного занятия в подгруппе составляла 40 минут. Частота занятий – 2 раза в неделю. Эффективность коррекционной работы

достигалась в результате работы с детьми в тренинговой группе, что позволяло детям строить доверительные отношения друг с другом и приобретать новый для себя опыт взаимодействия с другими участниками со схожими страхами. Полноценная психологическая работа всей группы зависела от выполнения всех заданий, как обязательных для всех участников. Младшим школьникам объяснялись правила поведения в группе и необходимость их соблюдения всеми участниками.

Помимо коррекционной работы с детьми предусматривались такие формы работы с педагогами и родителями как консультирование по вопросам снятия уровня тревожности и страхов у детей, обучение родителей и педагогов приемам снятия эмоционального напряжения у детей с ДЦП, родительские собрания и круглые столы.

Нами были определены следующие *направления психологической коррекционной работы* с младшими школьниками с ДЦП:

- 1) развитие установок по повышению позитивного настроения и сплоченности младших школьников с ДЦП на психокоррекционных занятиях;
- 2) формирование чувства близости с участниками группы и другими людьми для достижения взаимопонимания и сплоченности;
- 3) обеспечение путей поиска преодоление страхов и способность развивать эмпатии, умение сопереживать другим;
- 4) формирование навыков выражения эмоционального настроения, выражение чувства страха в рисунке;
- 5) создание благоприятных условий для активизации младших школьников с целью развития способности снятия внутреннего напряжения: тревожности / страхов;
- 6) коррекция и совершенствование путей преодоления чувства страха;
- 7) развитие навыков оценки своего поведения и поведения окружающих;

8) содействие развитию умения справляться с чувством тревожности и страха, развитие эмпатии и умения сопереживать другим;

9) развитие чувства смелости и умения преодолевать собственный страх.

Программа психологических коррекционных занятий состояла из нескольких этапов:

1 этап – диагностический (предусматривал сбор необходимой информации для последующей коррекционной работы с детьми);

2 этап – коррекционно-реабилитационный (предусматривал проведение занятий с детьми с целью преодоления / коррекции / предупреждения страхов у младших школьников с ДЦП и самостоятельного преодоления возникших отрицательных эмоциональных состояний);

3 этап – итоговая диагностика (предусматривала выявление динамики происходящих изменений в эмоциональной сфере младших школьников с ДЦП);

4 этап – консультирование и психолого-педагогическое сопровождение родителей и педагогов.

Структура коррекционно-реабилитационных занятий;

- 1) Ритуал приветствия (знакомство друг с другом на 1 занятии);
- 2) Разминка (упражнение);
- 3) 2 – 3 упражнения по теме занятия (коррекционно-развивающий этап);
- 4) 2 – 3 игры по теме занятия (коррекционно-развивающий этап);
- 5) Рефлексия;
- 6) Ритуал прощания (упражнение «Горячие ладошки»).

Выбор игр и упражнений для занятий с младшими школьниками:

— сначала младшим школьникам предлагаются легкие игры и упражнения для установления доверительных отношений, а затем более сложные игры и упражнения;

— после каждого упражнения с детьми проводится беседа, обмен мнениями, впечатлениями и чувствами;

— от игр и упражнений младшие школьники должны чувствовать только положительные эмоции и легкость.

Основные методы, используемые в процессе реализации психологической коррекционной работы: игры, упражнения, обсуждение, рисунки, релаксационные упражнения, наблюдение, беседа, индивидуальные и групповые консультации с родителями младших школьников с ДЦП.

Осуществление экспериментальной программы психологической коррекционной работы. Программа реализовывалась с учетом двух направлений: групповая и индивидуальная работы.

Индивидуальная работа либо консультирование проводилась с педагогами и родителями младших школьников с ДЦП. Данная форма работы учитывала результаты диагностики.

Основные темы психологической коррекции .

Тема 1. – «Я не один /одна» (3 часа);

Тема 2. – «Настроение в цвете» (4 часа);

Тема 3. – «Мой сказочный страх» (8 часов);

Тема 4. – «Я принимаю решение и действую» (4 часа);

Тема 5. – «Отрицательные эмоции» (3 часа);

Тема 6. – «Страшный сон» (5 часов);

Тема 7. – «Мой опыт» (3 часа).

Итого: 30 часов.

Тематический план психологической коррекционной работы с младшими школьниками с ДЦП по преодолению и устранению страхов представлен в таблице 1.

Таблица 1. - Тематический план психологической коррекционной работы с младшими школьниками с ДЦП по преодолению и устранению страхов

№	Наименование темы занятия	Всего часов	Работа с родителями и педагогами
1	2	3	4
1	<p>Тема 1. «Я не один / одна».</p> <p>Тема: Здравствуйте! Вот и я.</p> <p>Цель: развитие эмпатии и позитивного настроения, сплочение обучающихся; снятие мышечного напряжения, обучение расслаблению.</p>	3 ч.	Работа с родителями «Мешок страхов»
2	<p>Тема 2. «Настроение в цвете».</p> <p>Занятие 2. Цель: развитие собственного «Я», формирование чувства близости с окружающими людьми, развитие взаимопонимания и сплоченности с окружением.</p>	4 ч.	Консультирование педагогов по работе с тревожными младшими школьниками
	<p>Занятие 3.</p> <p>Тема: Мне не страшно, а смешно!</p> <p>Цель: обеспечить пути поиска по преодолению страха; развивать эмпатию и чувство сопереживания окружающим.</p>		Консультирование родителей на тему: «Все о страхах»

1	2	3	4
3	<p>Тема 3. «Мой сказочный страх»</p> <p>Занятие 4. «Не боимся насекомых».</p> <p>Цель: развивать навыки самооценки собственного поведения и поведения окружающих, учить справляться со страхами с использованием арт-терапии</p>	8 ч.	
	<p>Занятие 5. «Почему грустил трусишка?»</p> <p>Цель: формировать навыки адекватного выражения эмоционального настроения</p>		
	<p>Занятие 6. «Смелость города берет»</p> <p>Цель: развивать смелость, умение преодолевать страхи.</p>		
	<p>Занятие 7.</p> <p>Тема: «У страха глаза велики».</p> <p>Цель: создать условия для активизации обучающихся с целью снятия эмоционального напряжения / страха.</p>		
	<p>Занятие 8.</p> <p>Тема: «Страх мой».</p> <p>Цель: создать условия для коррекции чувства страха</p>		

Продолжение таблицы

1	2	3	4
4	<p>Тема 4. «Я принимаю решение и действую»</p> <p>Занятие 9. Тема: «Смелый трусишка».</p> <p>Цель: обучение и совершенствование путей коррекции и преодоления страхов</p>	4 ч.	
	<p>Занятие 10. Тема: «Вкусная капуста»</p> <p>Цель: развитие поиска путей преодоления чувства страха.</p>		Консультация на тему: «Методы коррекции страхов»
5	<p>Тема 5 «Отрицательные эмоции»</p> <p>Занятие 11. Тема: «Поединок двух страхов»</p> <p>Цель: развитие личностных качеств: смелости; преодоление чувства страха</p>	3 ч.	
6	<p>Тема 6. «Страшный сон»</p> <p>Занятие 12. Тема: «Спать пора».</p> <p>Цель: развивать поведенческие навыки в среде сверстников и сравнение с поведением других.</p>	3 ч.	Консультирование на тему: «Детский невроз страха»

Окончание таблицы

1	2	3	4
	<p>Занятие 13. «Моя кровать – моя крепость».</p> <p>Цель: развитие умения преодолевать чувство страха, способствовать развитию чувства эмпатии, умения сопереживать окружающим</p>		
7	<p>Тема 7 «Мой опыт»</p> <p>Занятие 14. Тема: «Как победить страх?»</p> <p>Цель: способствовать развитию смелости и умения преодолевать собственные страхи.</p>	3 ч.	Памятка для родителей «Рецепты избавления от гнева»
	Итого:	30 ч.	

Ожидаемые результаты реализации программы:

- 1) Скорректируются страхи, произойдет развитие коммуникативных умений, повышение представления о собственной ценности, уверенность в себе и в собственных возможностях;
- 2) Снизится уровень тревожности и появится осознание проблемы, а также сформируется умение управлять собственными эмоциями в различных ситуациях;
- 3) Разовьется способность к стрессоустойчивости в меняющихся условиях.

Критерии оценки достижения планируемых результатов.

У младших школьников с ДЦП повысится уровень адекватного восприятия действительности, появится способность преодолевать

собственные страхи и ограничения, а также эмоциональная и поведенческая саморегуляция; улучшатся коммуникативные умения к сотрудничеству; научатся преодолевать и управлять чувством страха, повысится собственная ценность.

Оценка результатов исследования положительного воздействия психологической коррекционной программы определялась с использованием повторного психодиагностического обследования с помощью методов и методик, которые были отобраны на этапе констатирующего эксперимента.

Анализ полученных данных младших школьников с ДЦП проводился в форме соотнесения данных, которые были получены в ее ходе с уровнями результативности диагностического (констатирующего) эксперимента.

3.3. Контрольный эксперимент и его анализ

Контрольный этап эксперимента осуществлялся нами после реализации психологической программы, нацеленной на коррекцию и преодоление страхов младших школьников с ДЦП.

Цель контрольного этапа исследования – определить эффективность психологической программы коррекции страхов младших школьников с детским церебральным параличом.

В соответствии с поставленной целью на этапе контрольного эксперимента, нами решались следующие задачи: проведение повторной диагностики на выявление уровня страхов у рассматриваемой группы респондентов; анализ количественных и качественных результатов; сравнение результатов диагностики уровня сформированности страхов младших школьников с ДЦП.

С целью проверки эффективности организованной и проведенной психологической коррекционной работы с младшими школьниками нами осуществлялось повторное диагностическое исследование для определения

динамики. В процессе контрольного эксперимента за основу были взяты те же методики, что и на этапе первичной диагностической работы.

Полученные результаты были нами проанализированы и осуществлялось сравнение с результатами, которые были получены на этапе проведения психокоррекционной работы.

Исследование уровня тревожности и страхов, предложена Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Данная методика определяла уровень тревожности и страхов, свидетельствующий об уровне эмоциональной приспособленности детей к различным социальным ситуациям, также определяла отношение детей к некой ситуации, а также давала косвенную информацию об уровне взаимоотношений сверстников друг с другом, взрослыми, в семье и в коллективе, что нашло свое отражение на рисунке 4.

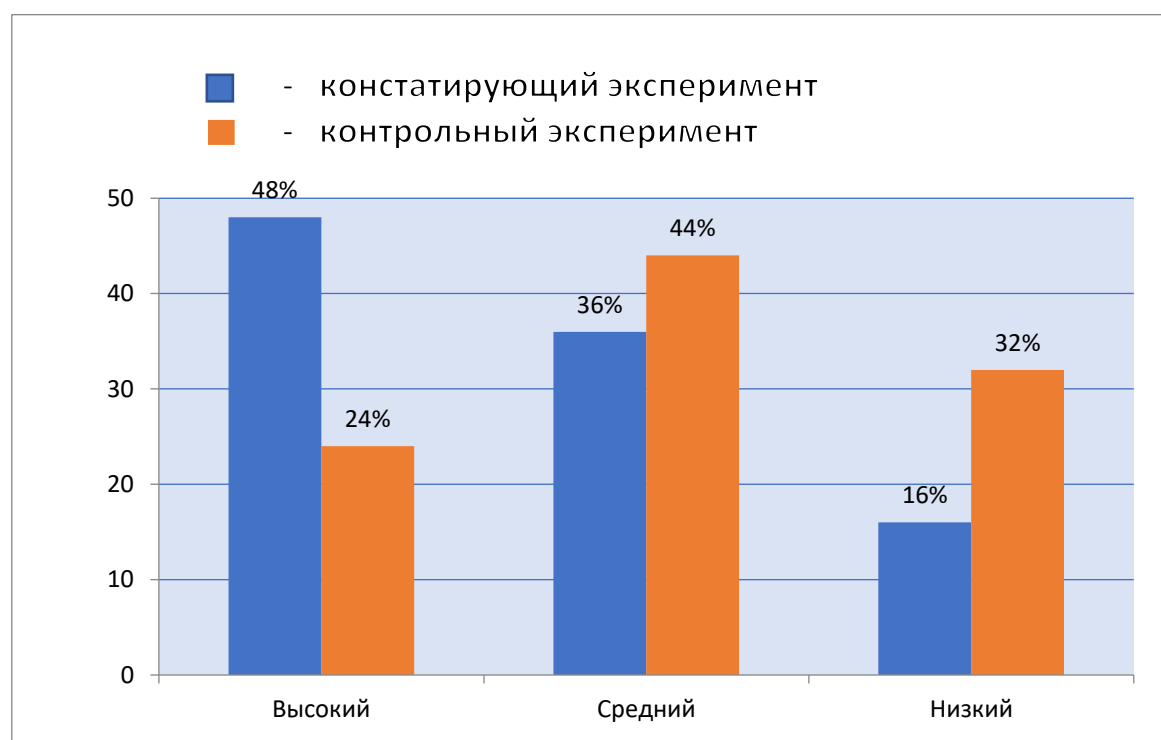


Рисунок 4. - Гистограмма 4. Сравнительные результаты распределения уровня индекса тревожности и страхов по методике «Выбери нужное лицо» (контрольный этап эксперимента)

На эффективность проведенного мероприятия психокоррекционных занятий указывает увеличение числа младших школьников с ДЦП с выраженными показателями «низкий уровень» с 16% (2 чел.) до 32 % (4 чел.). Анализ результатов указывает, что в экспериментальной группе идет увеличение числа младших школьников с показателем «средний уровень» с 36% (4 чел.) до 44% (5 чел.). На начало эксперимента при изучении уровня тревожности и страхов на высоком уровне было выявлено 48% (6 чел.), а на конец составило 24% (3 чел.), что свидетельствует о положительной динамике.

С точки зрения полученных результатов, одной из важных задач коррекции страхов и уровня тревожности младших школьников с ДЦП является профилактика их формирования, а в случае ее обнаружения – нахождение средств своевременной ее коррекции.

Исследование «Уровня тревожности ребенка» по опроснику Лаврентьевой Г.П. и Титаренко Т.М. показали следующие количественные результаты:

Как показывают полученные количественные результаты, после проведения психокоррекционных занятий отмечается снижение высоких показателей уровня страхов с 47% (6 чел.) до 22% (2 чел.). На начало эксперимента на среднем уровне наличия страхов было 39% (4 чел.) а стало 54% (7 чел.). На низком уровне тревожности на начало эксперимента отмечалось 14 % (2 человека), а на конец на этапе контрольного среза – 24% (3 чел.), что свидетельствует о эффективности проведенных коррекционных мероприятий. Отмечается положительная тенденция в изменении личностного отношения младших школьников с ДЦП к надуманным страхам.

Результаты полученные в ходе исследования «Уровня тревожности ребенка» по опроснику Лаврентьевой Г.П. и Титаренко Т.М. после проведения психокоррекционных занятий с младшими школьниками с ДЦП, представленные на рисунке 5.

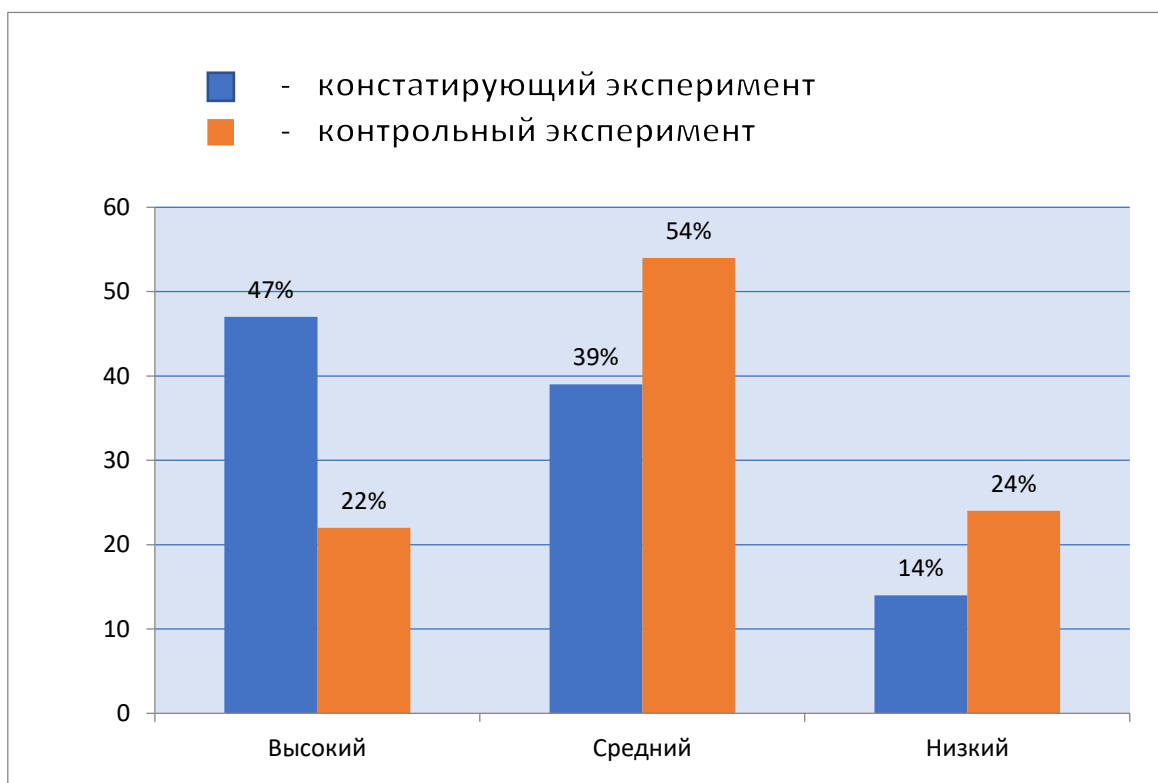


Рисунок 5. - Гистограмма 5. Сравнительные результаты диагностики уровня тревожности ребенка по методике Лаврентьевой Г.П., Титаренко Т.М. (контрольный этап эксперимента)

Результаты исследования по методике «Страхи в домиках», предложенной А.И. Захаровым и М.А. Панфиловой показали, что на этапе контрольного эксперимента произошли качественные и количественные изменения в уровне наличия страхов и определения преобладающих видов страхов, на основе которых мы выявили, что на начало эксперимента показатели высокого уровня тревожности характеризовались 39% (4 чел.), а после формирующего эксперимента количество младших школьников, испытывающих тревожность, уменьшилось на 2 человека и составило 16%. Средние показали остались на прежнем уровне, однако увеличилось количество детей с низким уровнем наличия тревожности после коррекционных занятий и составило с 12% (2 чел.) до 39% (4 чел.).

Количество детей, боящихся других детей, людей, животных, испытывающих страх наказания за что-либо, а также чудовищ, страха темноты и природных явлений значительно уменьшилось, что свидетельствует об их обесценивании для детей. Для младших школьников, по-прежнему, страх вызывали: возможность заболеть, заразиться, сохранялся страх чудовищ или сказочных персонажей, страх опоздать в школу и др.

Количественные результаты на формирующего эксперимента представлены на рисунке 6.

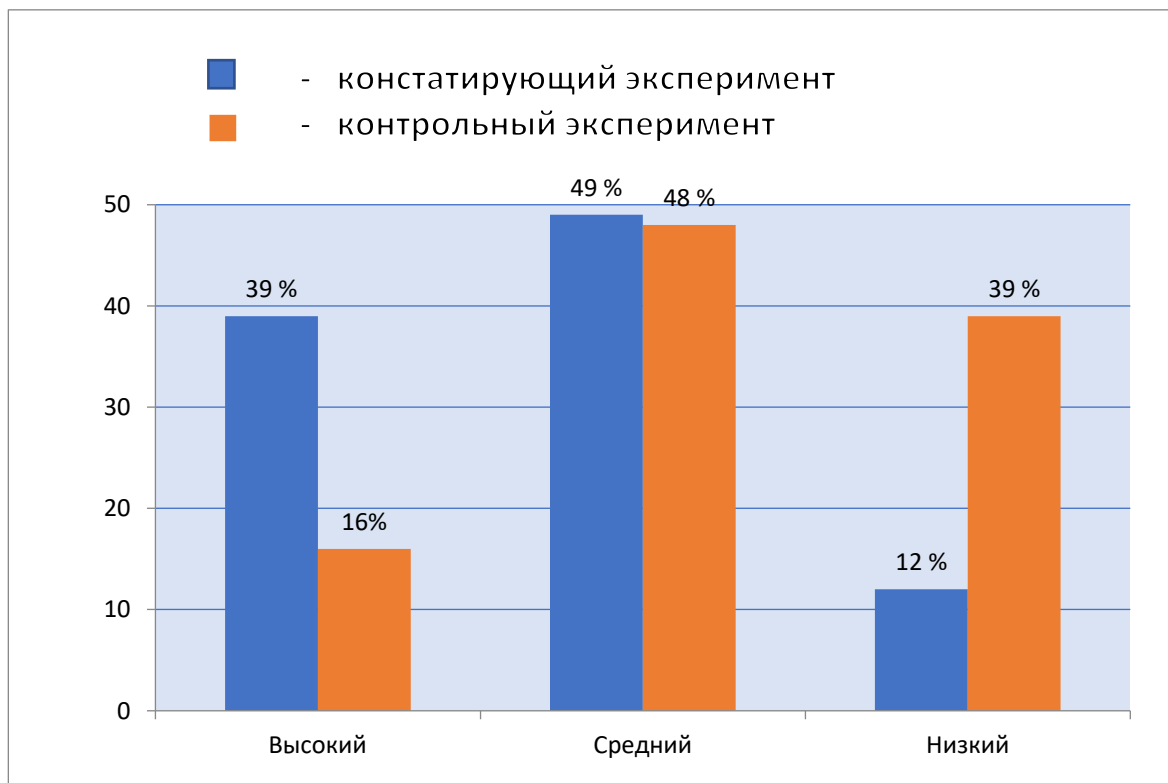


Рисунок 6.- Гистограмма 6. Результаты исследования по методике «Страхи в домиках» по методике А.И. Захарова и М.А. Панфиловой (контрольный этап эксперимента)

В процессе исследований было выявлено, что у детей младшего школьного возраста произошли значительные улучшения на психоэмоциональном уровне, стало привалировать позитивное мышление в связи с обесцениванием страхов, как следствие улучшение настроения. Дети

стали проявлять себя более раскрепощенно в общении, наладились коммуникации со сверстниками. В связи с изменением внутренних установок в положительную сторону развилась уверенность в себе и в собственных возможностях, повысилась собственная ценность. Таким образом, полученные данные контрольного эксперимента доказывают эффективность разработанной нами психологической программы по коррекции страхов младших школьников с ДЦП.

Результаты исследования позволяют прийти к выводам о том, что важна именно профилактическая работа, направленная на предупреждение страхов у рассматриваемой группы обучающихся, так как непроработанный страх может оказывать и приводить к тяжелым психологическим последствиям. Важность коррекционной работы специалиста и других участников образовательных отношений заключается в том, чтобы вовремя оказать помощь ребенку с ДЦП в преодолении страхов, так как от этого зависит его психофизическое здоровье.

Выводы по 3 главе

В представленной главе экспериментального исследования нами была разработана и апробирована психологическая программа, направленная на коррекцию страхов младших школьников с ДЦП. Психокоррекционная работа проводилась на занятиях, где нами использовались игровые упражнения и материалы, предложенные Е.И. Агарковой, С.П. Афанасьевым, Т.В. Бавиной, С.В. Комариным, А.В. Микляевой, П.В. Румянцевой, К. Фопель [7]

По окончанию формирующего эксперимента нами был организован контрольный срез, в процессе которого нами использовались задания, предложенные рядом авторов: Методика определения уровня тревожности и страхов, предложенная Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Данная методика определяет уровень тревожности, свидетельствующий об уровне

эмоциональной приспособленности детей к различным социальным ситуациям, также определяет отношение детей к некой ситуации, а также дает косвенную информацию о уровне взаимоотношений сверстников друг с другом, взрослыми, в семье и в коллективе; Опросник «Уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко; Методика «Страхи в домиках», предложенная А.И. Захаровым и М.А. Панфиловой.

При определении уровня тревожности по первой методике определения уровня тревожности и страхов, предложенной Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. после коррекционных занятий сократилось число (в общем) младших школьников с ДЦП с выраженными показателями «низкий уровень» с 16% (2 чел.) до 32 % (4 чел.). Анализ результатов указывает, что в экспериментальной группе идет увеличение числа младших школьников с показателем «средний уровень» с 32% (4 чел.) до 44% (5 чел.). На начало эксперимента при изучении уровня тревожности и страхов на высоком уровне было 48% (6 чел.), а на конец составило 24% (3 чел.), что свидетельствует о положительной динамике.

Выполняя задания по опроснику «Уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко, мы выявили, что отмечается снижение высоких показателей уровня страхов с 47% (5 чел.) до 22% (2 чел.). На начало эксперимента на среднем уровне наличия страхов было 39% (4 чел.) а стало 54% (7 чел.). На низком уровне тревожности ребенка на начало эксперимента отмечалось 14 % (2 человека), а на конец на этапе контрольного среза – 24% (3 чел.), что свидетельствует о эффективности проведенных психокоррекционных мероприятий. Отмечается положительная тенденция в изменении личностного отношения младших школьников с ДЦП к надуманным страхам.

При выполнении методики «Страхи в домиках», предложенной А.И. Захаровым и М.А. Панфиловой мы определили, что на начало эксперимента показатели высокого уровня тревожности ребенка характеризовались 39% (4 чел.), а после формирующего эксперимента количество младших

школьников, испытывающих страхи, уменьшилось на 2 человека и составило 16%. Средние показатели остались на прежнем уровне, однако увеличилось количество детей с низким уровнем наличия страхов после психокоррекционных занятий и составило с 12% (2 чел.) до 39% (4 чел.).

Таким образом, результаты контрольного этапа эксперимента показали эффективность психологической программы, направленной на преодоление страхов младших школьников с ДЦП. Так, принимавшие участие в обучающем эксперименте дети стали обесценивать ряд страхов и научились их контролировать. У детей снизился уровень страха, наметилась стойкая положительная динамика в умении справляться с чувством тревожности и преодолевать собственные страхи, в связи с чем улучшились коммуникативные умения детей. Вследствии «обнуления» страхов у данной группы детей, наблюдалось устранение психологической зажатости, развилась уверенность в себе и в собственных возможностях, повысилась собственная ценность.

В модифицированном варианте обучающий эксперимент может быть использован в деятельности психологов и других участников образовательных отношений с учетом специфики и психофизических возможностей детей с особыми образовательными возможностями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленная магистерская диссертация посвящена изучению страхов у младших школьников с детским церебральным параличом и коррекции механизмов его возникновения.

В процессе исследования нами была выдвинута гипотеза о том, что эффективность психокоррекционной работы с младшими школьниками с детским церебральным параличом будет повышена при условии внедрения психологической программы, направленной на преодоление страхов у данной группы обучающихся.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы нами был организован констатирующий эксперимент с целью исследования страхов у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, в процессе которого были использованы следующие методики:

Методика определения уровня тревожности и страхов, предложенная Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. Данная методика определяет уровень тревожности, свидетельствующий об уровне эмоциональной приспособленности детей к различным социальным ситуациям, также определяет отношение детей к некой ситуации, а также дает косвенную информацию о уровне взаимоотношений сверстников друг с другом, взрослыми, в семье и в коллективе.

Опросник «Уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьевой и Т.М.Титаренко

Методика «Страхи в домиках», предложенная А.И. Захаровым и М.А. Панфиловой

- В качестве основных критериев мы определили такие компоненты как:
- эмоциональный компонент (предусматривает понимание детьми своих чувств),
 - поведенческий компонент (определяет внешние проявления в деятельности и общении),

— рефлексивный компонент (определяет признание наличия страха и его постепенное обесценивание).

В эксперименте приняли участие 12 обучающихся младших классов с детским церебральным параличом 7-8 лет.

Проанализировав результаты констатирующего этапа экспериментального исследования, мы выявили, что у младших школьников с детским церебральным параличом отмечались следующие виды страхов и их особенности: высокая эмоциональная напряженность в виде неуверенности в себе, подозрительности, недоверия окружающему миру, страха темноты, страха животных, социально-опосредованных страхов, а также негативного восприятия себя и других людей.

Выявленные особенности определили необходимость разработки психологической коррекционной программы преодоления страхов у младших школьников с детским церебральным параличом.

В процессе реализации формирующего эксперимента нами были определены следующие *направления психологической коррекционной работы* с младшими школьниками с ДЦП:

- 1) развитие установок по повышению позитивного настроения и сплоченности младших школьников с ДЦП на коррекционных занятиях;
- 2) формирование чувства близости с участниками группы и другими людьми для достижения взаимопонимания и сплоченности;
- 3) обеспечение путей поиска преодоления страхов и способность развивать эмпатии, умение сопереживать другим;
- 4) формирование навыков выражения эмоционального настроения, выражение чувства страха в рисунке;
- 5) создание благоприятных условий для активизации младших школьников с целью развития способности снятия внутреннего напряжения: тревожности / страхов;
- 6) коррекция и совершенствование путей преодоления чувства страха;

7) развитие навыков оценки своего поведения и поведения окружающих;

8) содействие развитию умения справляться с чувством тревожности и страха, развитие эмпатии и умения сопереживать другим;

9) развитие чувства смелости и умения преодолевать собственный страх.

Эффективность внедрения и реализации коррекционной программы, направленной на преодоление чувства страха младших школьников с ДЦП, показали результаты диагностического обследования в динамике.

Анализ результатов при определении уровня тревожности по первой методике, предложенной Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки. после коррекционных занятий показал уменьшение числа (в общем) младших школьников с ДЦП с выраженными показателями «низкий уровень» с 16% (2 чел.) до 32 % (4 чел.). В экспериментальной группе отмечалось увеличение числа младших школьников с показателем «средний уровень» с 32% (4 чел.) до 44% (5 чел.). На начало эксперимента при изучении уровня тревожности и страхов на высоком уровне было 48% (6 чел.), а на конец составило 24% (3 чел.), что свидетельствует о положительной динамике.

Выполняя задания по 2 методике – опросник «Уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко., мы выявили снижение высоких показателей уровня страхов с 47% (5 чел.) до 22% (2 чел.). На начало эксперимента на среднем уровне наличия страхов было 39% (4 чел.) а стало 54% (7 чел.). На низком уровне тревожности ребенка на начало эксперимента отмечалось 14 % (2 человека), а на конец на этапе контрольного среда – 24% (3 чел.), что свидетельствует о эффективности проведенных коррекционных мероприятий. Отмечается положительная тенденция в изменении личностного отношения младших школьников с ДЦП к надуманным страхам.

При выполнении 3 задания по методике «Страхи в домиках», предложенной А.И. Захаровым и М.А. Панфиловой мы определили, что на начало эксперимента показатели высокого уровня выраженности страхов

характеризовались 39% (4 чел.), а после формирующего эксперимента количество младших школьников, испытывающих страхи, уменьшилось на 2 человека и составило 16%. Средние показатели остались на прежнем уровне, однако увеличилось количество детей с низким уровнем наличия страхов после коррекционных занятий и составило с 12% (2 чел.) до 39% (4 чел.).

В модифицированном варианте обучающий эксперимент может быть использован в деятельности психологов и других участников образовательных отношений с учетом специфики и психофизических возможностей детей с особыми образовательными возможностями.

Таким образом, результаты психологической коррекционной работы, направленной на преодоление страхов свидетельствуют о том, что младшие школьники с ДЦП, принимавшие участие в обучающем эксперименте стали обесценивать ряд страхов и научились их контролировать. У детей снизился уровень страха, наметилась стойкая положительная динамика в умении справляться с чувством тревожности и преодолевать собственные страхи, в связи с чем улучшились коммуникативные умения детей. Вследствии обнуления страхов у данной группы детей, наблюдалось устранение психологической зажатости, развилась уверенность в себе и в собственных возможностях, повысилась собственная ценность. Также можем предположить, что следствием коррекционной работы, полученные новые навыки и умения приведут к развитию способности стрессоустойчивости в меняющихся условиях.

Полученные результаты проведенного исследования подтверждают выдвинутую нами гипотезу о том, что эффективность психокоррекционной работы с младшими школьниками с детским церебральным параличом будет повышена при условии внедрения психологической программы, направленной на преодоление страхов у данной группы обучающихся.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абрамова Г.С. Основные методы исследования в возрастной психологии / Г.С. Абрамова // Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие для студ. вузов. – М.: Академия, 1998. С. 21 – 85.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: лекции по введению психотерапию для врачей, психологов и учителей / А. Адлер – М.: Институт психотерапии, 2002
3. Айзенберг О.К., Кузнецова Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития: психотерапия в дефектологии. – М.: Просвещение, 2012. 320 с.
4. Акопян Л.С. Атлас детских страхов / Л.С. Акопян. – Самара: СНЦ РАН, 2003. 172 с.
5. Александровский Ю.И. Единая концепция сознания и эмоций: экспериментальная и теоретическая разработка / Ю.И. Александров // Первая рос. Конф. по когнитивным наукам: Тез. докладов. Казань: КГУ 2004. С. 14 – 15.
6. Астапов В.М. Тревожность у детей /В.М. Астапов. – 2-е изд. СПб.: Питер, 2004. 224 с.
7. Бавина Т.В. Детские страхи: решение проблемы в условиях детского сада / Т.В. Бавина, Е.И. Агаркова. – М.: АРКТИ., 2016. 64 с.
8. Бадалян Л.О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты наук о мозге. М, 1983. 214 с.
9. Бакалбаева Г.А. Психологическое развитие старшеклассников с ДЦП / Г.А. Бакалбаева, К.Т. Талгатова. – Текст: непосредственный // Молодой ученые. – 2015. – и№ 11 (81.1). – С. 88 – 89.
10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. 270 с.
11. Большой толковый словарь / Под ред. Б. Мещерякова, В. Зинченко. – СПб.: Прайм, 2013. 672 с.

12. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты / Дж. Браун. – М.: Рефл-бук, 1997.
13. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии / К. Бремс;; пер. с англ. Ю. Брянцевой. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. 640 с.
14. Выготский Л.С. Собр. Соч.: в 6 т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984 с. 432 с.
15. Гарбузов В.И. Нервные дети. – М.: Медицина, 1990. 172 с.
16. Дубровина И.В. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: учеб. пособие / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Е.Е. Данилова, Т.В. Вохмянина. – М.: изд. центр «Академия», 2014. 98 с.
17. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – Ленинград: Медицина, Ленигр. отд-ние, 1977. 95 с.
18. Додонов Б.И. В мире эмоций / Б.И. Додонов. – Киев: Политиздат, 1987. 140 с,
19. Дж. Уотсон. Психологический уход за ребенком / Джон Б. Уотсон: Пер. с англ. Под ред. Е.В. Гурьянова. – 2-е изд. – М: работник просвещения, 1930, с. 110,
20. Ермошин А.Ф. Фобии, утраты, разочарования. – М.: Форум, 2010. 272 с.
21. Загрина Н.А. Вклад академика И.П. Павлова в психологическую науку [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. Науч. Журн. – 2012. № 6 (17).
22. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей / А.И. Захаров. Серия «Психология ребенка». – СПб.: СОЮЗ, 2000. 448 с.
23. Захаров А.И. Как помочь нашим детям избавиться от страха? / А.И. Захаров. – СПб: Союз, 1995. 118 с.
24. Захаров А.И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. – СПб.: Гиппократ, 2015. 340 с.

25. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. 448 с.
26. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Формы и методы работы со сказками / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: Речь, 2008. 240 с.
27. Зубкова А.С. Детские страхи: книга для родителей и педагогов / А.С. Зубкова, С.Г. Зубанова. – Ярославль: Академия развития, 2007. 128 с.
28. Ильин Е.П. Психология страха / Е.П. Ильин: Серия «Мастер психологии». – СПб, 2017. 81 с.], [Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2010. 704 с.
29. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2013. 783 с.
30. Имедадзе Н.В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте. – Тбилиси: STT, 2012. 270 с.]
31. Ипполитова V/D/ К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. 1967. № 3.
32. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Книга для родителей. Изд. 2-е перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993. 52 с.
33. Калижнюк Э.С. Психологические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев, 1987. 138 с.
34. Кемпински А. Страх / А. Кемпински // Психические состояния. – СПб.: Питер, 2000. С. 229 – 235.
35. Кисилева Н.А. психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н.А. Кисилева, И.Ю. Левченко. – М.: Коррекционная педагогика, 2005. 137 с.
36. Клаперед Э. Чувства и эмоции // психология эмоций / Авт.сост. В. Вилюнас. – СПб.: Питер, 2004. – С. 131 – 141.

37. Климакова Ю.В. Психологические условия изменения отношения младших школьников к «страху ошибки»: Дис..канд. психол. наук, 19.0007 / Ю.В. Климакова. – М., 2000. 198 с
38. Климанова Ю. Нарисуй свой страх: Детские страхи / Семья и школа. 1999. № 9. 102 с.
39. Ковалев А.Г. Псих-ские особенности человека. – М.: ЛГУ, 2007. 304 с.
40. Колчина А.Г. Диагностика и коррекция нарушений развития эмоциональной сферы детей с двигательной патологией // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2017. Т. 6, вып. 2 (22). С. 179 – 185.
41. Конюхов Н.И. Словарь-справочник практического психолога. – Воронеж: НПО Модэк, 1996. 224 с.
42. Ю. Корчагина // Здоровье детей. – 2008. № 8. С. 26 – 28.
43. Крайг Г. Психология развития / Г. Крейг. – СПб.: Питер, 2002. 992 с.
44. Кулагина И.Ю. Возрастная психология: развитие ребенка от рождения до 17 лет / Ун-т Рос. Акад. Образования. – 5 – е изд. – М.: Изд-во УРАО, 1999. 175 с.
45. Кулинцова И.Е. Коррекция детских страхов с помощью сказок. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2011 – 169 с.
46. Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М. Практическая психология для педагогов (Выпуск 2). – Киев, 1992. 29 с.
47. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний // Вопросы психологии. № 2. 2010. С. 76 – 81.
48. Левченко И.Ю. Детский церебральный паралич как смешанный вариант дизонтогенеза / Левченко И.Ю. // Специальная психология. – 2011. № 2. С. 3 – 4.
49. Левченко И.Ю. Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб.

пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. 192 с.

50. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Н. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: МГУ, 1990. 197 с.

51. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.: Просвещение, 1964. 344 с.

52. Лурия А.Р. Высшие корковые функции у человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М., 1962

53. Лысенко В.В., Орлова А.Д. Страхи как регулятор поведения через механизм отрицательных эмоций / Международный студенческий научный вестник. 2017. № 6.

54. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. 220 с

55. Мамайчук И.И., Мендоса Х. Учет типологических особенностей детей с аномалиями верхних конечностей в процессе ортопедо-хирургического лечения // Труды ЛНИДОИ им. Г.И. Турнера. – Л., 1989.

56. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер. 2008.

57. Московкина А.Г. Неврозы у детей с церебральным параличом / Московкина А.Г., Мастюкова Е.М. / Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2002. № 4. С. 60 – 63.

58. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина: Учебник для студ. вузов. – 5-е изд., стереотип. – М., 2003. 456 с.

59. Мэй Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. – М.: Класс, 2001. 384 с.

60. Настольная книга практического психолога / Под ред. С. Посоховой, С.Л. Соловьевой. – СПб.: Сова, 2008. 671 с

61. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно метод. пособие [Текст] / С.А. Немкова. – М.: Союз педиатров России, 2013. 60 с.

62. Неретина Т.Г. Приемы коррекции поведения детей с различными эмоционально-волевыми нарушениями / Т.Г. Неретина // Начальная школа плюс До и После. – 2005. № 10. С. 42 – 46.
63. Павлов И.П. Вестник РАН. 1999. Т. 69. № 1. С. 59
64. Панфилова М.А. Игротерапия общения: тесты и коррекционные игры / М.А. Панфилова. – М.: ГНОМ и Д. 2000. 160 с.
65. Панфилова М.А. Тревожность и ее коррекция у детей / М.А. Панфилова // Школа здоровья. – 2006. - № 1. – С. 124 – 131.
66. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / Семенова К.А., Штеренгерц А.Е., Польской В.В. – К. Здоровье, 1986. 168 с.
67. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии: Учеб. пособие для студентов вузов / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: ИНФРА-М, 1998. 525с
68. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2007. 192 с.
69. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010. 304 с.
70. Прихожан А.М. Шкала личностной тревожности // Диагностика эмоционально-нравственного развития. 2012. № 5. С. 64 – 71.
71. Психодиагностика и коррекция с нарушениями и отклонениями развития / сост. и общ. ред. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2001. 256 с. (Хрестоматия по психологии).
72. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. Забрамной С.Д., Левченко И.Ю. – М. Изд. «Академия», 2009
73. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Сост. Е.Р. Баенская, М.М. Либлтнг. – М.: Полиграф-сервис, 2001

74. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – М.: ООО «Издательство Астрель», 2004. 480 с.]
75. Ребер А.С. Большой толковый психологический словарь / А.С. Ребер. – М.: Вече, АСТ, 2000. Т.2. 560 с.
76. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраста: Проблемы становления личности. – М.: Мир, 2007. 319 с
77. Риман Ф. Основные формы страха. Исследование в области глубинной психологии. – М., 1998. 336 с.
78. Родители и дети: психология взаимоотношений / Под ред. Е.А. Савиной, Е.О. Смирновой. – М.: Коги-то-Центр, 2013. 230 с.
79. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманист. Изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. 384 с.
80. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: психотерапия, 2010. 224 с.
81. Самойленко И.В. Как победить детские страхи. Тренинг для родителей и педагогов / И.В. Самойленко. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. 252 с.
82. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия церебральных параличей. – М., 1972.
83. Специальная психология: учебник для студ. вузов для направл. Подгот. Бакалавров / Шипицына Л.М., Сорокин В.М., Лубовский В.И., Исаев Д.Н., Михаленкова И.А., Мамайчук И.И., Защирина О.В. Демьячук Р.В., Ростомашвили Л.Н. / Под ред. Л.М. шипицыной. – СПб, Речь, 2013; 2010. 252 с.
84. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья / А.С. Спиваковская. – ООО Апрель-Пресс; ЗАО Изд-во ЭКСМО- Пресс, 2000. 304 с.

85. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. Стресс и тревога в спорте: Международный сборник 84 научных статей. Сост. А.Н. Ханин. – М.: Физкультура и спорт, 1983. 288 с
86. Степанов В.Г. Психология трудных школьников: учебное пособие для учителей и родителей / В.Г. Степанов. – М.: Академия, 1997. 320 с.
87. Степанов С.С. Большие проблемы маленького ребенка: советы психолога родителям. – М.: АСТ, 2015. 138 с.
88. Тапилина О.В. Психологическая коррекция страхов у детей школьного возраста средствами игротерапии: Дис. Канд.психол. наук: 19.00.07 / О.В. Тапилина. – М., 2002. 170 с.
89. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование. – М.: Издательство «Книголюб», 2008
90. Тревога и тревожность [Текст]: Хрестоматия / Под ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. 247 с
91. Устинова Е.В. Детский церебральный паралич: Психологическая помощь дошкольникам. – СПб. Изд-во Книголюб, 2007. 120 с.
92. Фейдимен Д. Аналитическая и индивидуальная психология. Карл Юнг и Альфред Адлер / Д. Фейдимен, Р. Фрейджер. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.
93. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь. Уход. Развитие: Книга для родителей [Текст] / Под ред. Е.В. Клочковой. – Изд. 2-е, стереотип. – М.: Теревинф, 2005. 333 с.]
94. Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: Наука, 1989. 456 с.
95. Фрейд З. Я и ОНО. – СПб: Питер, 2018. 224 с.
96. Хорпи К. Невротическая личность нашего времени. – М.: академический проект, 2008. 207 с.],
97. Хосе Антонио Марина. Анатомия страха. Трактат о храбрости / Антонио Марина Хосе: Астрель, COPRUS. – М., 2010. 47 с.

98. Чавес С. Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: Автореф. дис...канд. наук. СПб, 1992.
99. Чебыкин А.Я. Распознавание педагогами выражения эмоций у учащихся // Вопросы психологии. 1991. №5. С. 74 – 80/
100. Черникова О.А. Активная саморегуляция эмоциональных состояний / О.А. Черникова, О.В. Дашкевич. – М.: ФиС, 1971. 46 с.
101. Шамилова Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности / Г.А. Шамилова: Практическое пособие. – М., 2006. 81 с. и др.
102. Шевченко Ю.С. Методики коррекции эмоциональной сферы / Ю.С. Евченко, В.А. Корнеева // Вестник МГУ. – Серия 14, Психология. – 2011. № 4. С. 73 – 84.
103. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с
104. Шипицна Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб., 2003. 272 с.
105. Шишова Т.А. Как помочь ребенку избавиться от страхов. Страхи – это серьезно. – Издательство «Речь» – СПб., 2007. 104 с.]
106. Щербатых Ю.В. Психология страха / Ю.В. Щербатых. Популярная психология. – М.: ЭКСМО, 2004. 512 с.
107. Щербатых Ю.В. Психология страха: Популярная энциклопедия / Ю.В. Щербатых. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2007. 512 с.
108. Эберлейн Гизела. Страхи здоровых детей: Практическое пособие для родителей / Гизела Эберлейн, предисл. К.К. Платонова. – М.: Знание, 1981. 192 с.
109. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В.В. Лебединского. – М., 2010 с. 325

110. Davidson R.J. Seven sins in the study of emotion: Correctives from affective neuroscience / R.J. Davidson // *Brain and Cognition*. 2003. V.52. – P / 129 – 132.

111. Botta N., Butta P. L'education therapcutiguedesenfants motcurs ccrcbraux. Pparic, 1958.

112. Henderson J.I Cerebral palsy in childhood and adolescence (A medical, psychological and social study). Edinburg, London, 1961

113. Strees. Basic mechanism and clinical implikations // *Fnnals of New York Akademy of Skiensses*. Vol.711, N.Y. 1995/

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

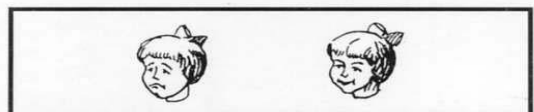
Картинки к заданию № 1 для девочек

1



3

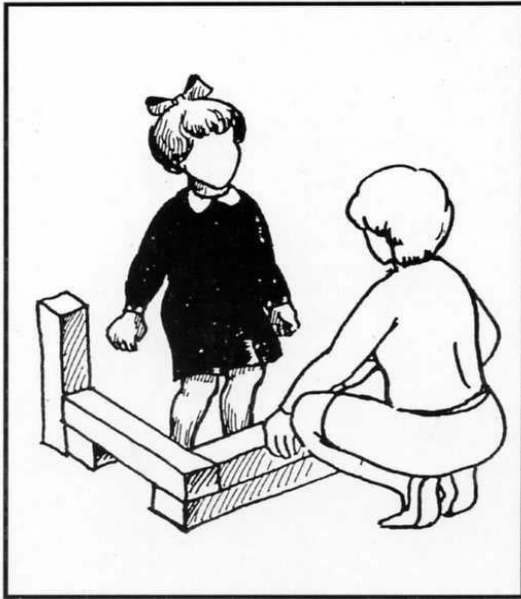
2



4



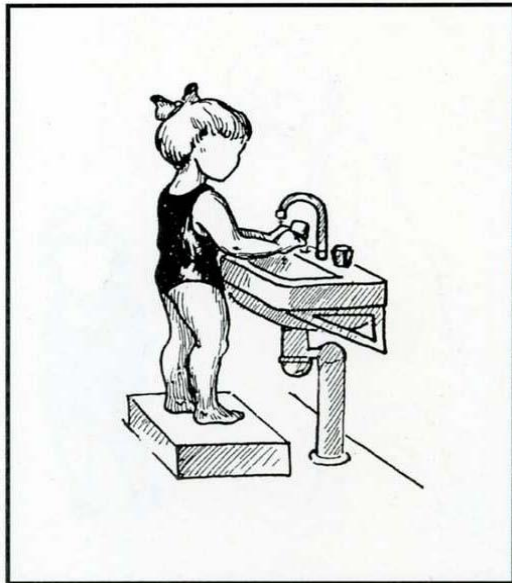
5



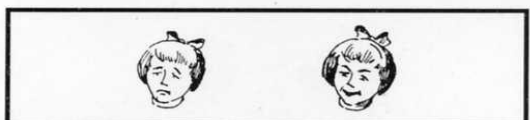
6



7



8



9



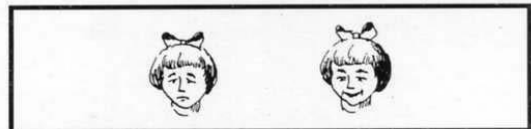
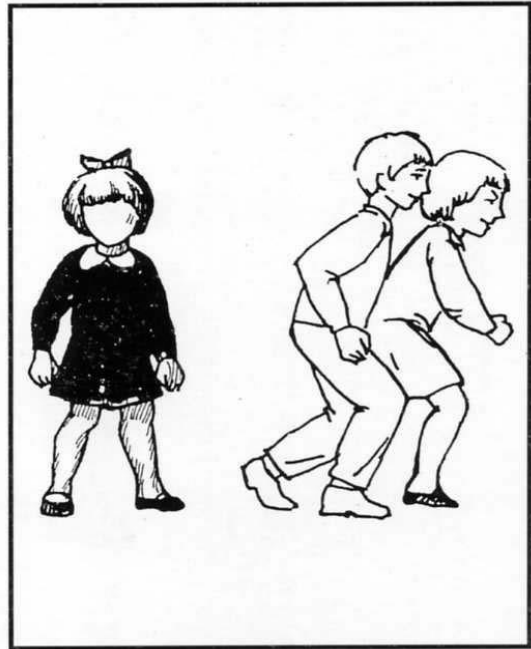
10



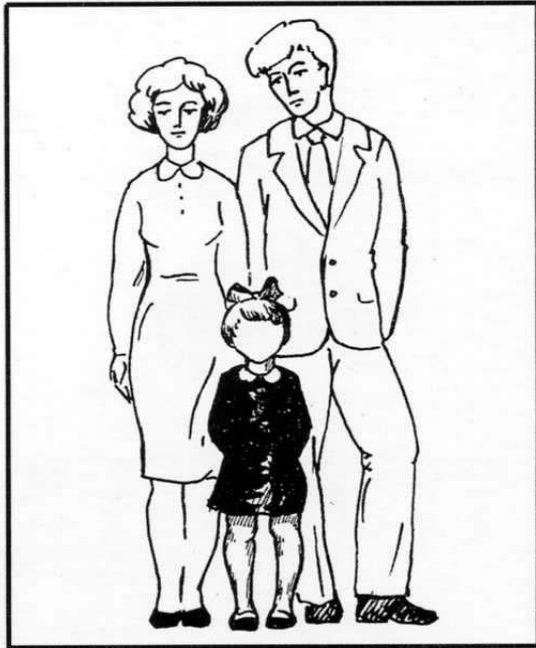
11



12



13



14

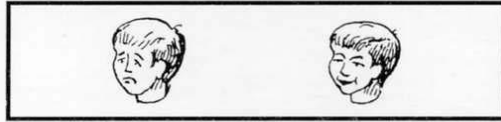


Картинки к заданию № 1 для мальчиков

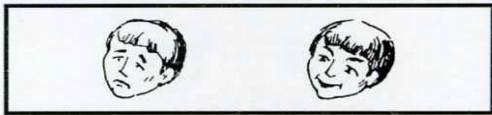
1



2



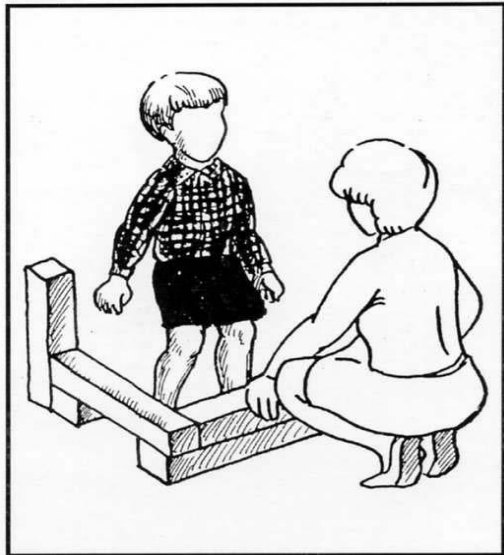
3



4



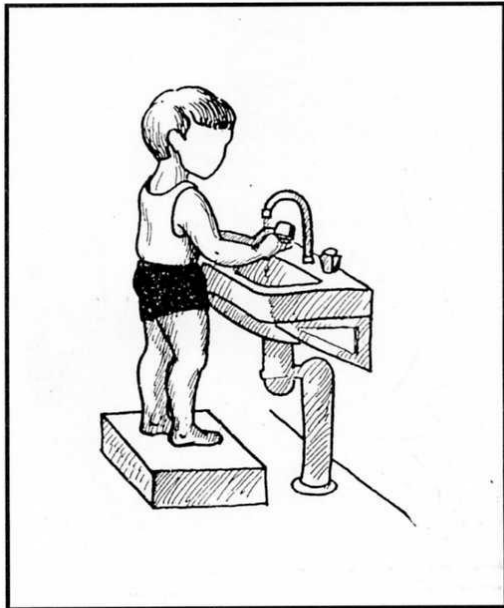
5



6

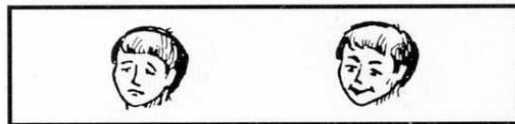


7

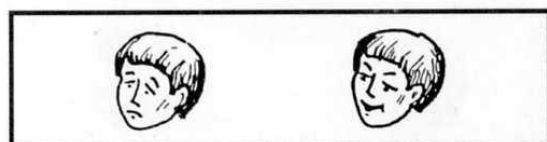
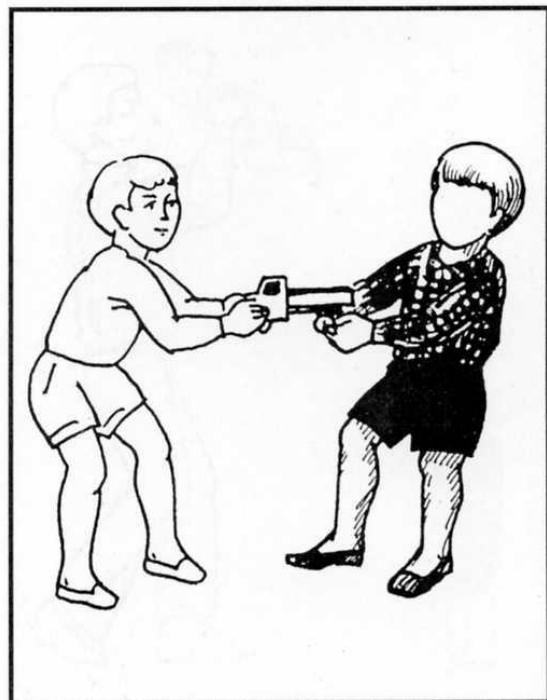
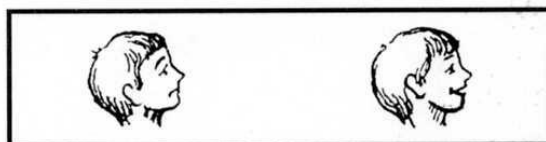
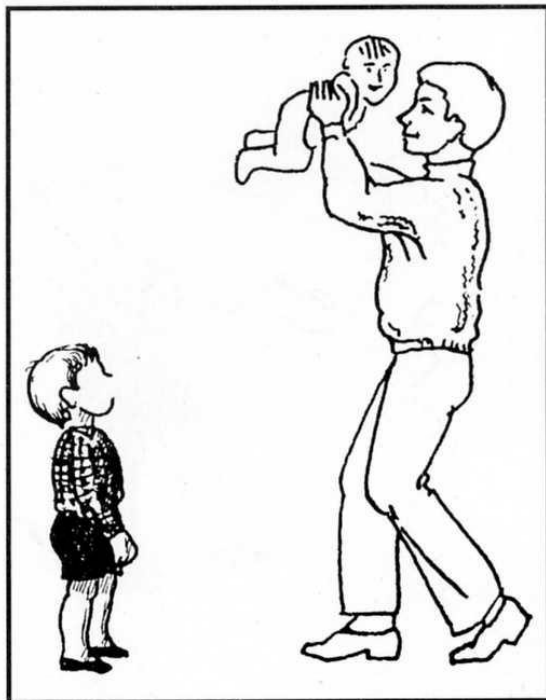


9

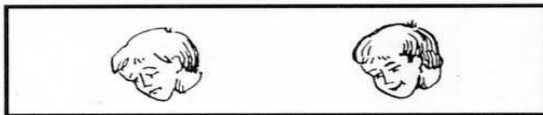
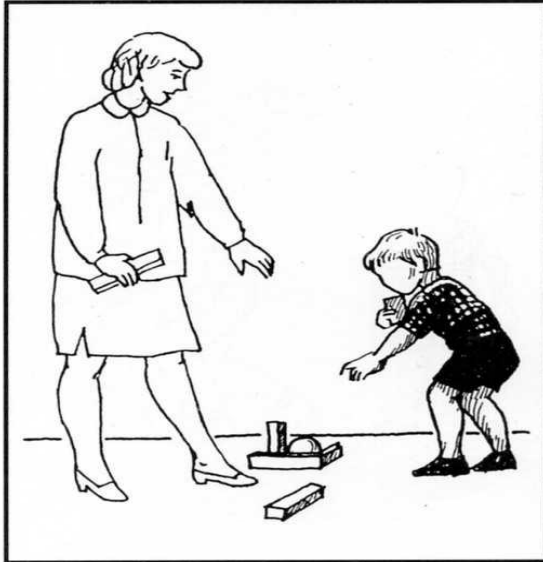
8



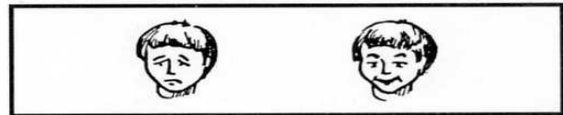
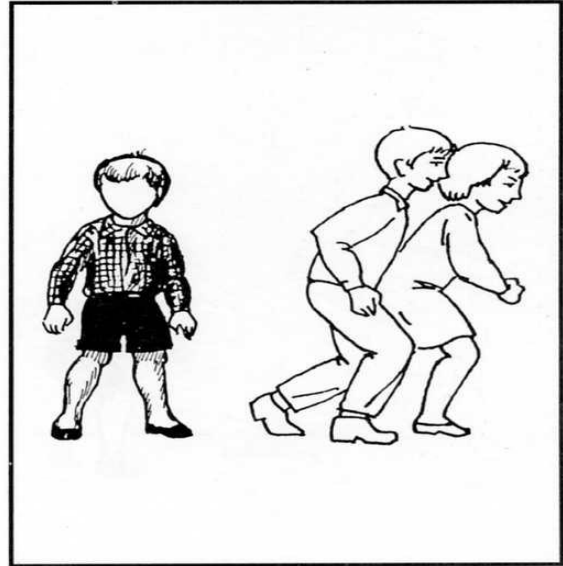
10



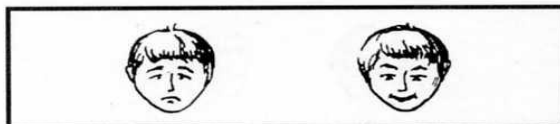
11



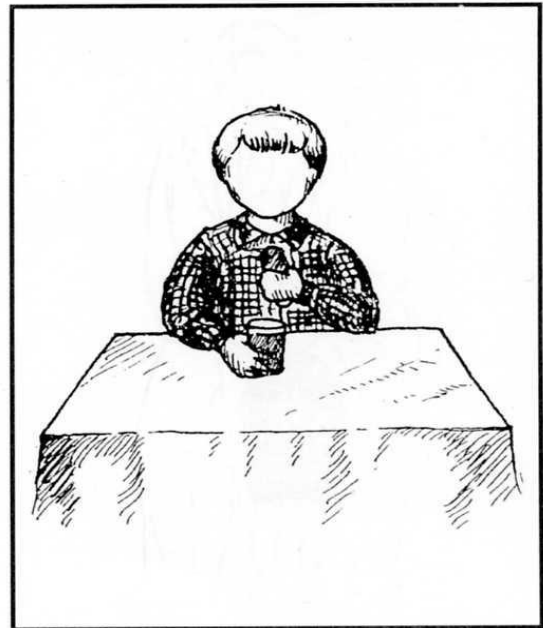
12



13



14



Вариант протокола к заданию 1

№ п/п	Рисунок /картинки	Высказывание	Выбор	
			Веселое лицо	Печальное лицо
1	Игры с младшими детьми	Он не хочет играть	+	
2	Ребенок и мать с младенцем	Надо с мамой гулять. Я тоже люблю гулять	+	
3	Объект агрессии	Он хочет ударить его. У него лицо грустное		+
4	Одевание	Надо идти гулять. Нужно одеться	+	
5	Игра со старшими детьми	Потому что там другие дети	+	
6	Укладывание спать в одиночестве	Я боюсь спать один. Мне страшно.		+
7	Умывание	Надо умываться. Тогда будешь чистым	+	
8	Выговор	Мама хочет оставить его одного и уйти от него		+
9	Игнорирование	Потому что тут ребенок	+	
10	Агрессивность	Он отнимает игрушку		+
11	Сбор игрушек	Мама говорит, что надо собрать игрушки, а он не хочет		+
12	Изоляция	Никто не хочет играть с ним		+
13	Ребенок с родителями	Он гуляет с папой и мамой	+	
14	Еда в одиночестве	Он пьет лимонад. Я тоже люблю лимонад	+	

Бланк ответа к заданию 2 «Страхи в домиках»

ФИО ребенка _____		
Возраст _____		
Количество выявленных страхов у обучающегося _____		
Тебе страшно...	Ответ обучающегося	Примечание
когда остаешься один		
нападения		
умереть		
заболеть		
от того, что умрут твои родители		
каких-то детей		
каких-то людей		
маму или папу		
того, что они тебя накажут		
страхи вымышленных монстров		
засыпать		
страшных снов (каких именно)		
темноты		
страх животных (собак, змей, пауков)		
страх транспорта		
страх стихии (буря, землетрясение, наводнение)		
когда очень высоко (страх высоты)		
когда очень глубоко (страх глубины)		
в тесноте (маленькие помещения, в туалете, в автобусе, страх замкнутого пространства)		
воды		
огня		
войны		
пожара		
больших улиц, площадей		
врачей		
крови		
уколов		
боли		
резких и неожиданных звуков (вздрагивает при этом)		
сделать что-то плохо		
опоздать в школу		
не выучить уроки		

Таблица 1 - Количественные результаты выполнения уровня тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки «Выбери нужное лицо»

Обучающийся	% соотношение	Уровень
Ребенок 1	60%	высокий
Ребенок 2	60%	высокий
Ребенок 3	40%	средний
Ребенок 4	40%	высокий
Ребенок 5	20%	низкий
Ребенок 6	50%	средний
Ребенок 7	60%	высокий
Ребенок 8	40%	средний
Ребенок 9	50%	средний
Ребенок 10	60%	высокий
Ребенок 11	20%	низкий
Ребенок 12	60%	высокий

Таблица 2 - Количественные результаты уровня выраженности тревожного состояния и страхов к заданию № 2 (Методика Г.П. Лаврентьевой, Т.М. Титаренко)

Обучающийся	Баллы	Уровень
Ребенок 1	16	высокий
Ребенок 2	17	высокий
Ребенок 3	11	средний
Ребенок 4	16	высокий
Ребенок 5	3	низкий
Ребенок 6	10	средний
Ребенок 7	17	высокий
Ребенок 8	9	средний
Ребенок 9	11	средний
Ребенок 10	14	высокий
Ребенок 11	5	низкий
Ребенок 12	15	высокий

Таблица 3 - Количественные результаты выявления детских страхов к заданию № 3 (Методика А.И. Захарова и М. Панфиловой)

Обучающийся	Баллы	Уровень
Ребенок 1	56	средний
Ребенок 2	80	высокий
Ребенок 3	59	средний
Ребенок 4	58	средний
Ребенок 5	30	низкий
Ребенок 6	56	средний
Ребенок 7	86	высокий
Ребенок 8	57	средний
Ребенок 9	55	средний
Ребенок 10	90	высокий
Ребенок 11	29	низкий
Ребенок 12	89	высокий