

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ 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

**Мазнева Маргарита Андреевна**

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ  
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Направление подготовки 37.04.01 Психология  
Направленность (профиль) образовательной программы  
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

доктор психол. наук, доцент Е.А. Черенева  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Е.А. Черенева 06.12.2024  
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.2024  
(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. психол. наук, доцент Н.Г. Иванова  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.2024  
(дата, подпись)

Обучающийся М.А. Мазнева  
(фамилия, инициалы)

06.12.2024  
(дата, подпись)

Красноярск, 2024

## Реферат

Магистерская диссертационная работа изложена на 113 страницах машинописного текста и состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографического списка и 2 приложений. В тексте диссертации приводится 12 рисунков и 3 таблицы. В библиографическом списке 99 источников.

**Цель исследования:** научно обосновать и экспериментально проверить эффективность психологической программы коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Объект исследования:** тревожность детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Предмет исследования:** Психологическая коррекция тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Гипотеза исследования** состоит из следующих положений:

- эмоциональная сфера детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом характеризуется повышенной тревожностью;
- реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволит гармонизировать эмоциональную сферу и снизить уровень тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

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

1. Изучить литературу по проблеме тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом;
2. Подобрать методики диагностики и выявить особенности тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом;

3. Разработать и апробировать программу психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, определить ее эффективность.

В психологическое исследование включены следующие **психодиагностические методики:**

- Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан;
- Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан);
- «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицына.

**Организация исследования.** В исследовании приняли участие 22 младших школьника 8-9 лет. Все дети с диагнозом «детский церебральный паралич с потенциально сохранными возможностями интеллектуального развития».

**Теоретическая значимость** исследования определяется тем, что его результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях тревожности детей с детским церебральным параличом и позволяют перейти от теоретических построений к созданию комплексной программы психологической коррекции тревожности младших школьников.

**Практическая значимость** исследования определяется возможностью коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом средствами арт-терапии. Полученные результаты исследования и разработанная программа коррекции могут быть использованы психологами при организации психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом в образовательных организациях и специальных учреждениях (реабилитационных центрах, центрах психолого-медико-социального сопровождения и других).

**Этапы проведения исследования.**

*Первый этап* – аналитический. Осуществлялся подбор, изучение и анализ психологической, педагогической и специальной литературы по проблеме исследования. Определялись теоретические и методологические

основы работы, цели и задачи; уточнялись объект и предмет исследования. Написание первой главы работы (сентябрь 2022 – май 2023 г.).

*Второй этап* – экспериментальный. Подбор диагностического инструментария. Проведение констатирующего этапа эксперимента с количественным и качественным анализом полученных результатов исследования по выявлению уровня тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (сентябрь 2023 – ноябрь 2023г.).

Теоретическое обоснование, разработка и реализация программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (декабрь 2023 – март 2024 г.).

Контрольный этап эксперимента. Сравнительный количественный и качественный анализ полученных результатов исследования. Определение эффективности реализации программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (апрель 2024 – май 2024г.).

*Третий этап* – заключительный. Формулирование выводов, оформление текста выпускной квалификационной работы (сентябрь – октябрь 2024г.).

**Апробация результатов исследования.** В течение выполнения исследовательской работы для ознакомления научного сообщества с результатами нашего исследования, результаты диссертационной работы были изложены в виде статей.

1. М.А. Куртанова Проблема изучения тревожности детей с детским церебральным параличом / Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований / Отв. ред. И.В. Мешкова. – Москва, 2023. – С. 164–168.

2. М.А. Куртанова Эмпирическое исследование тревожности младших школьников с детским церебральным параличом. / Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований / Отв. ред. И.В. Мешкова. – Москва, 2024. – С. 241–245.

## ABSTRACT

The master's dissertation is presented on 113 typewritten pages and consists of an introduction, three chapters, findings, conclusion, bibliography and 2 appendices. The text of the dissertation contains 12 figures. The bibliography contains 99 sources.

**The purpose of the study:** to scientifically substantiate and experimentally test the effectiveness of a psychological program for the correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy.

**Object of research:** anxiety in primary school children with cerebral palsy.

**Subject of research:** Psychological correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy.

**The research hypothesis** consists of the following provisions:

– The emotional sphere of primary school children with cerebral palsy is characterized by increased anxiety;

– Implementation of specially organized correctional and developmental work will help harmonize the emotional sphere and reduce the level of anxiety in primary school children with cerebral palsy.

– To achieve the stated goal and test the hypothesis put forward, the **research tasks** were defined in the study:

1. To study the literature on the problem of anxiety in primary school children with cerebral palsy.

2. To select diagnostic methods and identify the characteristics of anxiety in primary school children with cerebral palsy.

3. To develop and test a program for psychological correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy, to determine its effectiveness.

– The psychological study includes the following **research methods:** Methodology «Anxiety in Children and Adolescents» by A.M. Prikhozhan;

– The CMAS Manifest Anxiety Scale (adapted by A.M. Prikhozhan);

– «Multidimensional assessment of childhood anxiety» by E. E. Romitsyna, L. I. Wasserman.

**Research base:** The study involved 22 primary school children aged 8-9 years. All children were diagnosed with cerebral palsy with potentially preserved intellectual development capabilities.

**The theoretical significance** of the study is determined by the fact that its results allow us to expand and deepen scientific understanding of the characteristics of anxiety in children with cerebral palsy and allow us to move from theoretical constructs to the creation of a comprehensive program for psychological correction of anxiety in primary school children.

**The practical significance** of the study is determined by the possibility of correcting anxiety in primary school children with cerebral palsy by means of art therapy. The obtained research results and the developed correction program can be used by psychologists in organizing psychological correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy in educational organizations and special institutions (rehabilitation centers, centers for psychological, medical and social support, etc.).

#### **Stages of the study:**

The first stage is analytical. The selection, study and analysis of psychological, pedagogical and special literature on the problem of research was carried out. The theoretical and methodological foundations of the work, goals and objectives were determined; the object and subject of the study were specified. Writing the first chapter of the work (September 2022 - May 2023).

The second stage is experimental. Selection of diagnostic tools. Conducting a starting stage of the experiment with a quantitative and qualitative analysis of the results of a study to identify the level of anxiety in primary school children with cerebral palsy (September 2023 - November 2023).

Theoretical justification, development and implementation of a program for psychological correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy (December 2023 - March 2024).

Control stage of the experiment. Comparative quantitative and qualitative analysis of the obtained study results. Determination of the effectiveness of the implementation of the program of psychological correction of anxiety in primary school children with cerebral palsy (April 2024 - May 2024).

The third stage is the final one. Formulation of conclusions, preparation of the text of the final qualification work (September - October 2024).

**Testing of research results.** During the research work, in order to familiarize the scientific community with the results of our study, the results of the dissertation were presented in the form of articles.

1. M.A. Kurtanova The problem of studying anxiety in children with cerebral palsy / Actual problems of psychological and pedagogical research / Ed. I.V. Meshkova. - Moscow, 2023. - P. 164-168.

2. M.A. Kurtanova Empirical study of anxiety in primary school children with cerebral palsy. / Actual problems of psychological and pedagogical research / Ed. I.V. Meshkova. - Moscow, 2024. - P. 241-245.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА I. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ...	10
1.1. Современное состояние изучения проблемы тревожности в психологии.....	10
1.2. Специфика проявления тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом .....	14
1.3. Арт-терапия как метод коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом .....	21
Выводы по первой главе.....	26
ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ .....	28
2.1. Организация, методы и методики исследования.....	28
2.2. Констатирующий эксперимент и его анализ .....	31
Выводы по второй главе.....	42
ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	44
3.1 Научно-методологическое обоснование программы.....	44
3.2. Содержание программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом .....	47
3.3. Контрольный эксперимент и его анализ .....	59
Выводы по третьей главе .....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	72
БИБЛИОГРАФИЯ.....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	85

## Введение

**Актуальность темы исследования.** В последние годы учёные обращают наше внимание на быстрый рост числа детей с различными отклонениями в развитии, в том числе и с двигательными патологиями. Одним из основных заболеваний, приводящих к инвалидности среди детей по всему миру, является детский церебральный паралич. По сведениям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на каждые 1000 младенцев приходится от 3 до 4 случаев диагноза детский церебральный паралич. В общей сложности около 17 миллионов людей по всему миру страдают от этого заболевания. Прогнозы ВОЗ указывают на то, что в ближайшие годы число людей с двигательными нарушениями может возрасти примерно на 20%. Основной причиной возникновения этой патологии считается использование стимуляторов при родах, хотя существует множество других факторов, оказывающих влияние на плод как до, так и во время родов.

Поскольку детский церебральный паралич возникает из-за множества факторов, связанных с дизонтогенезом центральной нервной системы, это заболевание может иметь различные клинические проявления. Долгое время специалисты из разных областей науки изучали и искали способы облегчения этих симптомов.

Основатель отечественной детской неврологии Л.О. Бадалян в своих работах подчеркивал важность как можно более раннего выявления и диагностики детского церебрального паралича, начиная уже с рождения [25]. Позднее К.А. Семенова в своих исследованиях выделяет значимость этапов реабилитации и постоянного сопровождения детей с данным диагнозом, а также описывает основные принципы диагностики и лечения [25].

Многие исследователи, в том числе Л.О. Бадалян, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова и М.Б. Эйдинова, изучали развитие нарушений у детей с детским церебральным параличом, сосредотачиваясь на анализе структуры, симптомов и механизмов двигательных расстройств.

Психическое развитие детей, страдающих детским церебральным параличом, стало предметом исследований Э.С. Калижнюка, Л.Д. Даниловой, Е.И. Кириченко, И.Ю. Левченко, А.В. Кротковой и Т.Н. Симоновой. Вопросы, связанные с речевыми нарушениями у этих детей, были подробно рассмотрены в трудах Л.Д. Даниловой, Е.Ф. Архиповой, М.И. Ипполитовой, Л.В. Лопатиной, И.А. Смирновой и Л.Б. Халиловой. Кроме того, В.В. Ткачева исследовала аспекты психолого-педагогической поддержки семей. Эти научные исследования помогли найти способы оказания значительной помощи детям с особыми потребностями.

На текущий момент в области психологической науки количество исследований является ограниченным. Вопросы тревожности у детей с детским церебральным параличом в настоящее время чаще рассматриваются в контексте медицины. Тем не менее, многие исследователи подчеркивают важность эмоционального состояния детей с нарушениями двигательной функции для формирования их личности и улучшения межличностного общения.

Для развития поведения, соответствующего возрасту детей, необходимо вовремя осуществлять коррекционные мероприятия. Младший школьный возраст является наиболее подходящим для этого, так как именно в это время активно развивается психика ребенка.

Особое внимание следует уделять детям с ограниченными возможностями здоровья, которые имеют физические или психические отклонения. Такие дети чаще испытывают повышенную тревожность по сравнению с их сверстниками, не имеющими подобных нарушений. Использование арт-терапии и ее методик является одним из способов уменьшения уровня тревожности у младших школьников.

Исследование тревожности среди младших школьников в основном охватывает детей с нормальным развитием, в то время как дети с ограниченными возможностями здоровья оказываются в стороне. Хотя существует интерес к тревожности как к психологическому явлению,

специальные исследования, сосредоточенные на тревожности у детей с детским церебральным параличом и её влиянии на личностное становление, представлены лишь в виде отдельных, несистематизированных работ (А.М. Прихожан, Л.И. Божович, И.И. Мамайчук).

Актуальность данного исследования в рамках выпускной квалификационной работы обусловлена важностью изучения вопроса взаимодействия с детьми с ограниченными возможностями здоровья, которые сталкиваются с тревожностью. Имеется необходимость в поиске методов преодоления такого состояния, поскольку оно оказывает дальнейшее воздействие на становление личности ребенка.

**Проблема исследования** тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом заключается в необходимости разработки целенаправленной работы по снижению её уровня, так как согласно современным исследованиям для детей с ограниченными возможностями здоровья характерен более высокий уровень тревожности, чем для сверстников с нормативным психическим развитием.

**Цель исследования:** научно обосновать и экспериментально проверить эффективность психологической программы коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Объект исследования:** тревожность детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Предмет исследования:** Психологическая коррекция тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

**Гипотеза исследования** состоит из следующих положений:

- эмоциональная сфера детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом характеризуется повышенной тревожностью;
- реализация специально организованной коррекционно-развивающей работы позволит гармонизировать эмоциональную сферу и

снизить уровень тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

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

1. Изучить литературу по проблеме изучения тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

2. Подобрать методики диагностики и выявить особенности тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

3. Разработать и апробировать программу психологической коррекций тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, определить ее эффективность.

Исследование базируется на следующих **теоретико-методологических основах**:

– системный подход, развиваемый П.К. Анохиным, В.Н. Бехтеревым, В.А. Ганзеном, Е.П. Ильиным, Б.Ф. Ломовым, Ж. Пиаже, В.Д. Шадриковым и другими;

– подход, ориентированный на субъект и его деятельность, в работе таких авторов, как К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, В.А. Петровский, С.Л. Рубинштейн, В.В. Рубцов, В.Д. Шадриков и другие;

– теоретические и практические достижения в изучении тревожности, полученные как отечественными психологами (Н.Д. Левитов, А.М. Прихожан, В.П. Астапов), так и зарубежными учеными, такими как З. Фрейд, А. Адлер и В.П. Астапов;

– исследования в области психологической коррекции тревожности у детей с диагнозом детский церебральный паралич, проводимые И.И. Мамайчуком, А.А. Гусеновой, М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, Е.Ф. Архиповой, Л.А. Даниловой.

**Методы исследования.** При осуществлении цели и поставленных задач использовались следующие методы исследования:

- Теоретический (анализ психологической, педагогической, медицинской литературы по проблеме исследования);
- Эмпирический (констатирующий, формирующий, контрольный этапы эксперимента, психодиагностические методы – тестирование);
- Методы количественной, качественной обработки данных и интерпретационные методы.

В психологическое исследование включены следующие **психодиагностические методики:**

- Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан;
- Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан);
- «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицына, Л. И. Вассерман.

**Организация исследования.** В исследовании приняли участие 22 младших школьника 8-9 лет. Все дети с диагнозом «детский церебральный паралич с потенциально сохранными возможностями интеллектуального развития».

#### **Этапы проведения исследования.**

*Первый этап* – аналитический. Осуществлялся подбор, изучение и анализ психологической, педагогической и специальной литературы по проблеме исследования. Определялись теоретические и методологические основы работы, цели и задачи; уточнялись объект и предмет исследования. Написание первой главы работы (сентябрь 2022 – май 2023 г.).

*Второй этап* – экспериментальный. Подбор диагностического инструментария. Проведение констатирующего этапа эксперимента с количественным и качественным анализом полученных результатов исследования по выявлению уровня тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (сентябрь 2023 – ноябрь 2023г.).

Теоретическое обоснование, разработка и реализация программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (декабрь 2023 – март 2024 г.).

Контрольный этап эксперимента. Сравнительный количественный и качественный анализ полученных результатов исследования. Определение эффективности реализации программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (апрель 2024 – май 2024г.).

*Третий этап* – заключительный. Формулирование выводов, оформление текста выпускной квалификационной работы (сентябрь – октябрь 2024г.).

**Теоретическая значимость** исследования определяется тем, что его результаты позволяют расширить и углубить научные представления об особенностях тревожности детей с детским церебральным параличом и позволяют перейти от теоретических построений к созданию комплексной программы психологической коррекции тревожности младших школьников.

**Практическая значимость** исследования определяется возможностью коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом средствами арт-терапии. Полученные результаты исследования и разработанная программа могут быть использованы психологами при организации психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом в образовательных организациях и специальных учреждениях (реабилитационных центрах, центрах психолого-медико-социального сопровождения и других).

**Апробация результатов исследования.** В течение выполнения исследовательской работы для ознакомления научного сообщества с результатами нашего исследования, результаты диссертационной работы были изложены в виде статей.

1. М.А. Куртанова Проблема изучения тревожности детей с детским церебральным параличом / Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований / Отв. ред. И.В. Мешкова. – Москва, 2023. – С. 164–168.

2. М.А. Куртанова Эмпирическое исследование тревожности младших школьников с детским церебральным параличом. / Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований / Отв. ред. И.В. Мешкова. – Москва, 2024. – С. 241–245.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии в количестве 99 источников, приложения. Текст работы изложен на 113 страницах и проиллюстрирован на 12 рисунках и в 3 таблицах.

## ГЛАВА I. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 1.1. Современное состояние изучения проблемы тревожности в психологии

В настоящий момент тревожность как феномен психологического развития имеет множество определений в научной литературе. На сегодняшний день тревожность рассматривается как психологическое явление с множеством разнообразных определений в научных трудах. Её видят как постоянное свойство индивидуальности, личную черту и эмоциональное состояние. Однако многие исследования подчёркивают её ситуативное проявление, акцентируя временность и изменчивость тревожности.

Зигмунд Фрейд первым предпринял попытку анализа происхождения тревожности. Он рассматривал её как «неопределённый страх». Согласно теории Фрейда тревога и страх четко разделяются: страх возникает как реакция на конкретные ситуации, в то время как тревожность – это ответ на потенциальную, неясную опасность. Позже его концепции были пересмотрены и уточнены, в особенности его взгляды на источники и функции тревожности. Фрейд также выделял беспомощность и неопределённость как ключевые компоненты состояний тревожности.

После Фрейда изучение тревожности продолжили учёные-неофрейдисты, такие как К. Хорни и Э. Фромм. Хорни связывала тревожность с нехваткой устойчивости в личных отношениях и видела в ней препятствие для самореализации. Э. Фромм считал, что любовь является основным средством для преодоления тревожности.

А. Адлер рассматривал тревожность как проявление невроза [1], тогда как Ф. Перлс описывал её как беспредметное беспокойство [8]. Анализ исследований показывает, что зарубежные психологи ассоциируют тревожные состояния с возможными трудностями и страхом их появления.

В области отечественной психологии множество исследователей также уделяют внимание проблеме тревожности. Большой вклад в исследование детской тревожности внесла А.М. Прихожан. В своих исследованиях она трактует тревожность как следствие синдрома депривации, который может выражаться как в незначительных, так и в серьезных личностных нарушениях. Она выделяет два вида тревожности: очевидные и легко узнаваемые, а также скрытые формы (могут проявляться такими состояниями, как апатия, агрессивность, ложь и чрезмерная фантазия).

Л.И. Божович считает, что тревожность можно разделить на адекватную и неадекватную, подчеркивая, что неадекватная реакция на ситуацию является проявлением тревожности [4].

В современном психологическом дискурсе тревожность рассматривается как важная форма индивидуальных различий. Споры о ее связи с различными уровнями психической организации продолжаются; ее можно воспринимать как личностную или индивидуальную характеристику.

С точки зрения В.С. Мерлина, тревожность – это обобщенный признак психической активности [9], а А.М. Прихожан считает, что это личностное свойство, возникающее под влиянием фрустрации надежности в отношениях. Механизмы тревожности все еще неясны, и обсуждается вопрос о ее врожденных или приобретенных причинах.

Исследования А.М. Прихожан показывают существование различных форм тревожности, включая открытую, которая проявляется через чувство тревоги, и скрытую, которая может выражаться в чрезмерном спокойствии или специфических действиях (например, тербление волос) [43].

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что тревога, как психологическое состояние, и тревожность, как характеристика личности, противоречат основным потребностям человека: нужде в эмоциональном комфорте, уверенности и безопасности. Это создает значительные трудности при работе с тревожными людьми, которые, даже стремясь избавиться от своей тревожности, неосознанно препятствуют помощи. Причины такого

сопротивления обычно остаются для них неясными и воспринимаются искаженно.

Специфической чертой тревожности как личностного свойства является ее внутренняя мотивация, проявляющаяся в устойчивых формах поведения. Увлечение тревожностью часто связано с неудовлетворенностью актуальных потребностей, что приводит к их гипертрофированию.

Как отмечает А.М. Прихожан, тревожность усиливается из-за «замкнутого психологического круга»: тревога снижает эффективность деятельности, вызывая негативные самооценки, которые только подтверждают наличие тревоги. При этом индивидуум может не осознавать, что испытывает тревогу [43].

Согласно наблюдениям В.А. Бакеева, существует прямая связь между тревожностью и внушаемостью, что может усиливать этот замкнутый круг. Изучение этого механизма показывает, что тревожность часто укрепляется в условиях, где она впервые возникла [5]. Современные исследования фокусируются не только на чертах личности, но и на значимости ситуаций для человека, которые вызывают тревожность и могут как мобилизовать, так и дезорганизовать его поведение.

Когда мы говорим о тревожности как о психическом свойстве, важно подчеркнуть, что она сильно отличается в зависимости от возраста. У каждого возрастного периода есть свои специфические сферы, вызывающие у большинства детей усиленную тревогу, независимо от реальной опасности или тревожности как долговременной черты личности. Эти «возрастные пики тревожности» обусловлены задачами развития, характерными для каждого возраста.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста тревожность появляется из-за недостатка ощущения надежности и безопасности со стороны ближайшего окружения, которая является основной потребностью данного этапа жизни. Таким образом, в этой возрастной категории

тревожность связана с проблемами во взаимодействии с близкими взрослыми.

Современное состояние проблемы исследования тревожности уже позволяют точно определить факторы, способствующие развитию тревожности у детей с детским церебральным параличом. Выделяются следующие факторы: церебрально-органическая недостаточность, неприятие со стороны сверстников или взрослых, продолжительное лечение в медицинских учреждениях, неблагоприятная семейная ситуация и условия проживания, излишние ожидания от значимых взрослых, сомнения в собственной физической привлекательности, эмоциональные реакции родителей, а также несоответствие между возможностями ребёнка и требованиями к нему.

Анализ литературы, посвящённой проблеме тревожности у детей с детским церебральным параличом, показывает, что тревожность является сложным понятием, объединяющим волнение, беспокойство и ожидание негативного отношения со стороны окружающих. Дети, имеющие двигательные нарушения особенно подвержены таким состояниям.

Данные исследования дают возможность разработки новых программ, которые могут помочь в коррекции и поддержке таких детей и их семей.

## **1.2. Специфика проявления тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

Исследования, проведенные Богуславской З. М., показывают, что младший школьный возраст является ключевым периодом для активного формирования навыков и умений, а также начального становления мировоззрения. В этот период важно, чтобы у ребенка возник интерес к учебной деятельности, и задача психологов, педагогов и родителей заключается в том, чтобы поддерживать и развивать этот интерес [12].

Согласно современным образовательным стандартам и возрастной классификации Д.Б. Эльконина, младший школьный возраст охватывает период с 6–7 до 10–11 лет. Эльконин отмечает, что в данном возрасте наблюдается смена игровой активности на учебную, что способствует развитию ключевых новообразований, таких как: самоконтроль, самоанализ, мотивация к общественнозначимой деятельности и взаимодействие с окружающими.

Начало школьного обучения вносит изменения в рутину жизни ребенка, вводя у него обязательство учиться и развивать дисциплину и организацию труда. Также происходит замедление общего темпа роста, при этом активизируется развитие мелкой моторики, что позволяет ребенку быстро писать. [27]. К концу младшего школьного возраста важно, чтобы у ребенка возник устойчивый интерес к учебе и способность извлекать уроки из ошибок.

Одной из особых групп младших школьников являются дети с диагнозом детский церебральный паралич. По определению, представленному на Международном семинаре, прошедшем в июле 2004 года, детский церебральный паралич представляет собой комплекс нарушений моторного развития и позы, приводящих к ограничению активности, вызванным непроцессирующим повреждением развивающегося мозга плода или молодого ребенка. Ученые подчеркивают, что нарушения

моторики при детском церебральном параличе часто сопровождаются проблемами чувствительности, общением, а также особенностями когнитивного развития.

Исследователи, такие как Л.О. Бадалян, В.М. Мастюкова, Л.А. Данилова, К.А. Семенова, выделяют двигательные нарушения как основной симптом, к которому в различной степени присоединяются психические расстройства, проблемы с речью, а также нарушения слуха и зрения, судороги. Все авторы описывают общую клиническую картину детского церебрального паралича, которая включает:

- двигательные расстройства (параличи, парезы, гиперкинезы, нарушения координации);
- отсутствие прогрессии;
- повреждения, возникающие на ранних этапах развития;
- мозаичность поражений.

Причины двигательных патологий различают и классифицируют по времени воздействия:

- в пренатальный период: инфекции, интоксикации, травмы, несовместимость по резус-фактору, внутриутробная асфиксия;
- в интранатальный период: родовые травмы, асфиксия, кровоизлияния в мозг;
- в ранний постнатальный период: травмы, нейроинфекции [32].

Изучением психического развития детей с двигательными нарушениями занимались ряд отечественных ученых, таких как Мастюкова Е.М., Данилова Л.А., Кириченко Е.И., Калижнюк Э.С. и Левченко И.Ю. С момента рождения и на протяжении всей жизни психическое развитие ребенка тесно связано с его двигательными навыками. Если ребенок не осваивает возрастные двигательные навыки вовремя, это отражается на его психическом развитии. У детей, относящихся к данной категории, наблюдаются характерные отклонения в психическом развитии, при этом

патогенез этих нарушений зависит от степени и местоположения повреждения мозга.

У детей с детским церебральным параличом часто наблюдаются психические отклонения, которые проявляются в проблемах с познавательными процессами, эмоционально-волевой сферой и становлением личности. Л.А. Данилова определила ряд характерных черт, касающихся нарушений в области познавательной функции у детей с этим заболеванием.

1. Дисгармоничное и неравномерное проявление различных психических функций, что обусловлено мозаичным характером поражения мозга.

2. Явная астения, проявляющаяся в повышенной утомляемости и истощаемости всех психических процессов.

3. Ограниченный объем знаний и представлений о мире [10].

Данные особенности связаны с ограничением социальных контактов, длительной неподвижностью, сенсорными расстройствами и наблюдаются у всех детей с таким диагнозом.

При детском церебральном параличе значительно нарушена работа анализаторов, что негативно сказывается на общем восприятии, затрудняет интеллектуальные процессы и уменьшает количество усваиваемой информации. Ограничения в движении препятствуют развитию зрительно-моторной координации. Примерно четверть детей с данным заболеванием имеет проблемы со слухом, что приводит к трудностям в звукопроизношении. В конечном итоге, недостаток фонематического восприятия усложняет процессы чтения и письма, включая диктовку.

Также наблюдается замедленное и нарушенное развитие кинестетического анализатора, что затрудняет распознавание предметов на ощупь без визуального контроля и ослабляет тактильные ощущения. Эти дети испытывают сложности с пониманием пространственных понятий и медленнее осознают свою ведущую руку [53].

Также характерны оптико-пространственные нарушения, проявляющиеся в трудностях при конструировании и копировании. Психоорганические особенности выражаются в усталости и замедлении мыслительных процессов, что приводит к низкой концентрации и замедлению восприятия. Несмотря на наличие отклонений в интеллектуальном развитии, при должной коррекции дети могут достигать позитивных результатов.

Почти все дети с детским церебральным параличом имеют проблемы в области эмоций и воли, проявляющиеся в повышенной раздражительности, возбудимости, а также в моторной заторможенности или гиперактивности, робости и застенчивости. У таких детей наблюдаются частые перепады настроения или, наоборот, эмоциональная инертность. Они могут проявлять одновременно плаксивость и раздражение, открыто протестовать, особенно в ситуациях смены обстановки или переутомления. Поведенческие нарушения чаще встречаются у детей с умственными нарушениями, в то время как у детей с нормальным уровнем интеллекта такие симптомы появляются не так часто [64].

Личностные формирования детей с детским церебральным параличом зачастую происходят в условиях социальной изоляции. Неправильное воспитание и гиперопека могут приводить к развитию чувства неполноценности. У таких детей часто отмечаются страхи, связанные с общением, стремление избегать социальных взаимодействий, сниженная мотивация, нежелание действовать. Им трудно справляться с отрицательным отношением от сверстников и чрезмерным интересом окружающих к их физическим недостаткам.

У детей с детским церебральным параличом также наблюдаются внушаемость, наивность в суждениях, отсутствие самостоятельности и неуверенность в себе, что затрудняет их социальную адаптацию [27].

Дети с инвалидностью часто сталкиваются с серьезными проблемами в общении со сверстниками, что ведет к развитию тревожности и чувству

собственной неполноценности. И.Ю. Бондаренко особо отмечала, что у младших школьников с детским церебральным параличом тревожность выражается в нестабильности и неподготовленности к общению [7]. М.В. Киселева подчеркивала, что у детей с детским церебральным параличом тревожность проявляется наиболее сильно из-за психических или физических отклонений, затрудняющих их полноценное развитие и жизнь [15].

У детей с ограниченными возможностями считается, что уровень тревожности выше, чем у обычных детей, поскольку они испытывают постоянное неравенство и неудовлетворенность. Завышенные ожидания взрослых – родителей, учителей и старших детей – могут усилить тревожность у младших школьников. Постоянные оправданные и неоправданные обвинения также порождают страхи, вызывая у ребенка боязнь ошибок и формируют чувство неполноценности и неуверенности в себе. Страхи у детей также могут усиливаться из-за отсутствия тепла и поддержки со стороны родителей, а также их постоянных тревог и беспокойства. Излишняя строгость и многочисленные ограничения со стороны взрослых способны усилить уровень тревожности.

У младших школьников с диагнозом детский церебральный паралич тревожность отражается как на психологическом, так и на физиологическом уровнях.

На психологическом уровне тревога проявляется как беспокойство, напряжение, возникает чувство беспомощности, уязвимости, неопределенности, одиночества и подавленности. Возникает страх, а также трудности в принятии решений [53].

На физиологическом уровне тревожность определяется учащенным дыханием и сердцебиением, проблемами со сном, повышенной возбудимостью, появлением различных болей (головных, желудочных), при длительном нахождении в состоянии тревожности могут возникать нервные расстройства [53].

Основные поведенческие проявления включают:

- напряжённость, скованность или чрезмерную суетливость;
- частые извинения, частые попытки исправить свою работу, слишком эмоциональные реакции на замечания;
- навязчивые действия (дети часто теребят волосы, грызут ручку, ногти);
- сбивчивость речи;
- плаксивость и другие.

Эти явления приводят к снижению эффективности работы кратковременной памяти, усложняя процесс восстановления и запоминания информации. К примеру, ученик может забыть материал, выученный на занятии, но вспомнить его спустя некоторое время после урока.

Физиологические признаки включают изменение цвета кожи лица, усиленное потоотделение, дрожь в конечностях и резкие реакции на неожиданные обращения [62].

Тревожность может принимать форму различных психологических состояний, выступая их своеобразным прикрытием. Такие прикрытия А.М. Прихожан назвала «масками», и отметила, что их значимость заключается в возможности переживать тревожные ощущения в более мягкой форме[43].

Ещё одной формой проявления тревожности у этих детей является пассивность, отсутствие интереса к активностям и безразличие к окружающим событиям. Такое поведение часто является результатом неудачных попыток справиться с волнением, например, через фантазии.

В условиях школы особенно ярко проявляется тревожность у таких детей. Высоко тревожных учащихся отличает сильная эмоциональная реакция на неуспехи, стремление избежать сложных задач, такие дети чересчур ответственно относятся к учебе, постоянно стремятся исправлять свою работу, и в целом демонстрируют менее эффективные способы справляться со стрессом.

Младшие школьники с детским церебральным параличом, имеющие высокий уровень тревожности, не умеют учитывать обстоятельства. Они

часто ожидают успеха в маловероятных случаях и сомневаются в нем, когда он почти гарантирован. Их ориентир – не реальные условия, а личные ощущения. У этих детей возникает неспособность правильно оценить свои действия, подобрать оптимальную для себя сложность задания и определить вероятность благоприятного исхода. Многие младшие школьники испытывают потребность в поддержке учителя и считают оценки показателем отношения к себе как к личности. Тревожный ребёнок склонен к широкой генерализации и гиперболизации («Меня никто никогда не полюбит»; «Если мама узнает, она меня убьёт»). У детей с церебральным параличом часто развивается искаженное восприятие своей личности, что склоняет их к отрицательным переживаниям. Это связано с тем, что они акцентируют внимание на негативных сторонах, упуская из виду положительные моменты, и в итоге запоминают в основном отрицательные события, что усиливает чувство тревоги.

В заключение, отметим характерные черты беспокойства у детей с церебральным параличом:

- Высокий уровень тревоги. Это состояние не привязано к конкретным обстоятельствам и проявляется в любой деятельности.
- Раздражительность и беспокойство. Детям бывает трудно, а подчас и вовсе невозможно, сосредоточиться на чем-либо.
- Пугливость.
- Нерешительность. Эмоциональное напряжение становится заметным в ситуациях взаимодействия с ровесниками и родителями.

Ключевые причины возрастания тревожности у детей с диагнозом детский церебральный паралич:

- Вероятность физического ущерба. Беспокойство возникает вследствие ассоциации определённых стимулов с болью, опасностью и физическими неприятностями.
- Чувство вины. Характеризуется переживаниями унижения, разочарования в себе и ощущением собственной недостойности.

- Авторитарное поведение взрослых в семье и предъявление чрезмерных требований.
- Неспособность справляться с окружающей средой. Ребёнок ощущает невозможность решения возникающих проблем среды.
- Состояние фрустрации. Возникает тогда, когда что-либо мешает достижению желаемой цели или удовлетворению сильной потребности.

Таким образом, проявления тревожности младших школьников с детским церебральным параличом обусловлены социальной средой, в которой находится ребенок с детским церебральным параличом, стилем воспитания в семье, завышенными ожиданиями, особенностями взаимодействия со сверстниками. У таких детей тревожные проявления могут наблюдаться как на физиологическом уровне (учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, расстройства сна, головные боли, нервные расстройства), так и на психологическом уровне (чувства напряжения, беспокойство, нервозность, ощущение беспомощности, неуверенность и вина).

### **1.3. Арт-терапия как метод коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

Как и любые младшие школьники с ОВЗ, дети с детским церебральным параличом требуют особого подхода при работе с ними. Это связано с их психологическими и физиологическими особенностями. Зачастую дети испытывают трудности усвоения информации, следовательно, сталкиваются с неудачами при выполнении заданий, испытывают стресс, что влечет за собой формирование устойчивого тревожно состояния. Согласно специально-психологическим литературным источникам, арт-терапия является наиболее эффективным и успешным в использовании методом коррекции тревожности младших школьников. Бондаренко И.Ю. в своей научной работе выделяет арт-терапию как один из самых распространенных,

интересных и безопасных методов. Автор также указывает, что арт-терапевтические методы не только помогают уменьшить психоэмоциональную нагрузку у детей, но и развивают их способности эстетического восприятия объектов и образов [36]. Погрузимся в историю формирования арт-терапии как терапевтического подхода. Термин «арт-терапия» появился ещё в работах психоаналитика З. Фрейда и отражён в идеях К. Юнга [56]. В те времена арт-терапия использовалась в работе с психически больными пациентами, которые через художественное творчество выражали в рисунках скрытые эмоции и находили от них освобождение. Позже А. Маслоу и К. Роджерс разработали концептуальную основу арт-терапии, рассматривая её как аспект, способствующий гармоничному личностному развитию. Со временем арт-терапия и её применение изменялись. Сегодня этот термин трактуется по-разному:

- как совокупность художественных практик, применяемых в лечебных и коррекционных целях;
- как комплекс арт-терапевтических методов;
- как одно из направлений в психотерапевтической и коррекционной практике [75].

На сегодняшний день арт-терапевтические методики чаще всего рассматриваются как процесс развития и коррекции, используемый в психологии. Арт-терапия заключается в целебном и корректирующем влиянии искусства на детей. Оно проявляется в воспроизведении травматических психических ситуаций через художественное создание, в выражении сопутствующих эмоций через творческие работы, а также в формировании новых положительных эмоций, развитии креативных навыков и способов их применения [91].

На данный момент специалисты отмечают несколько направлений арт-терапии для работы с детьми, имеющими двигательные нарушения:

- Изотерапия, включающая в себя виды изобразительного искусства (рисование, лепка, декоративно-прикладное творчество и другие);

- Сказкотерапия и библиотерапия, которые включают воздействие через сказки и чтение специально подобранной литературы.
- Имаготерапия, связанная с театрализацией и проигрыванием образов;
- Музыкалотерапия и вокалотерапия, где акцент делается на восприятии музыки и пении;
- Кинезитерапия: танцетерапия, психогимнастика, логоритмика, телесно-ориентированная психотерапия, что включает движения;
- Игротерапия.

Далее рассмотрим более подробно те методы, которые будут применены в программе психологической коррекции.

Изотерапия считается одной из самых востребованных и доступных форм арт-терапии. С помощью рисования дети получают шанс заглянуть внутрь себя и научиться выражению своих мыслей и переживаний. Этот метод способствует улучшению координации движений и может включать различные техники, направленные на решение задач развития моторных навыков, восприятия и взаимоотношений с окружающей средой.

Во время коррекционных и развивающих занятий для детей с нарушениями опорно-двигательной системы могут применяться следующие методы:

- рисование обеими руками одновременно, используя два пальца на каждой руке по контуру;
- движение кистями с краской по бумаге, как будто плывешь;
- нанесение краски хлопками ладоней, используя максимум 8 различных цветов;
- покраска своих рук: сначала правую, потом левую;
- разукрашивание текстильных кукол;
- раскрашивание шаров руками в разнообразные цвета от больших до маленьких, затем добавление штампов и кистей и другие.

Применение изотерапии в коррекционно-развивающей работе дает возможность не только раскрыть творческий потенциал ребенка, но и решать такие задачи:

- развивать координацию движений и чувство синхронности в работе различных психических функций, необходимых для рисования;
- стимулировать активные формы взаимодействия с культурной и социальной средой;
- формировать художественный вкус;
- улучшать взаимосвязь между полушариями мозга;
- способствовать развитию мелкой моторики и тактильной чувствительности.

Музыкотерапия, по определению С.В. Шуршарджана, представляет собой психотерапевтическую методику, в которой музыка используется как средство исцеления. Особая ценность этого подхода заключается в том, что занятия музыкой часто становятся источником положительных эмоций, вызывая интерес у детей и побуждая их взаимодействовать со взрослыми [75].

В музыкотерапии выделяют три основных направления: рецептивное (пассивное), активное и интегративное. В интегративной музыкотерапии объединяются две методики: Музыкацветотерапия, где музыка сопровождается цветовой иллюминацией, и Музыкаизотерапия, основывающаяся на одновременном восприятии музыки и визуальных произведений искусства, таких как живописные картины.

Рецептивный подход в музыкотерапии нацелен на помощь детям с двигательными трудностями, нарушениями зрения и речи, а также с эмоционально-личностными проблемами. В активной музыкотерапии используются методы вокалотерапии для поддержки сердечно-сосудистой системы и фольклоротерапии, направленной на гармонизацию внутреннего мира с окружающей средой. Музыкалотерапия осуществляется как через

прослушивание музыкальных композиций, так и посредством выполнения практических упражнений.

Игровая терапия. Это метод коррекции посредством игры. Дети с диагнозом детский церебральный паралич часто не могут выразить свои чувства, желания и страхи словами. В таких случаях полезно предложить игру. Творческие и игровые активности помогают взрослым лучше понять ребенка, показывая то, что сам он может не осознавать. Игра способствует укреплению доверия, снижению стресса и росту самооценки. В игровой деятельности дети наслаждаются свободой и не опасаются допустить ошибки. Через игровую терапию чувства и мысли ребенка выражаются через игрушки, позволяя безопасно исследовать прошлые переживания [41].

Это только основные техники, но не исчерпывающий список. В работе предпочтительнее использовать краски, так как кисть обеспечивает большую гибкость и свободу. Карандаши, мелки и фломастеры также играют важную роль в арт-терапии. Однако для этих целей простые карандаши не подойдут, поскольку они могут подавлять эмоции. Напротив, цветные инструменты являются наиболее подходящими. В ситуации сильного негативного эмоционального состояния у ребенка лепка помогает успокоиться. Составление коллажей из заранее подготовленных вырезок требует минимального креатива, поэтому целесообразнее всего использовать эту технику на финальной фазе арт-терапии. Через рисование, игру и создание сказок дети имеют возможность передать свои стремления, фантазии и переживания, работая над эмоциональными аспектами различных взаимодействий. Эти занятия особенно важны для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Арт-терапия обладает множеством позитивных качеств, оказывая на ребенка мягкое и незаметное воздействие. Творчество способствует развитию и укреплению внутреннего мира. Специалисты, применяющие различные методы арт-терапии, соблюдают определенные принципы: безоценочное отношение, индивидуальный подход и акцент на процессе, а не

на результате. Творческая деятельность положительно влияет на психоэмоциональное состояние детей с ОВЗ, помогает снять напряжение и развивает коммуникативные навыки, что способствует их успешной интеграции в общество.

### **Выводы по первой главе**

В данной главе проведён обзор литературы, касающейся вопросов тревожности среди младших школьников с детским церебральным параличом и её возможной коррекции с помощью арт-терапии. В результате были сделаны следующие выводы:

1. Проблема, поднятая в исследовании, актуальна и находится в центре обсуждения научного сообщества, что подчёркивает необходимость дальнейших исследований для поиска и разработки новых решений. Отмечено, что уровень тревожности напрямую влияет на общее эмоциональное состояние детей. Повышенный уровень тревожности замедляет усвоение знаний и ухудшает успеваемость школьников. Это приводит к ухудшению кратковременной памяти, пассивному поведению и утрате интереса к учебному процессу. Дети испытывают трудности в коммуникации как со сверстниками, так и с взрослыми, зачастую проявляя агрессивное поведение. Высокая тревожность также негативно сказывается на формировании самооценки.

2. Младшие школьники с детским церебральным параличом и выраженной тревожностью часто сталкиваются с состояниями стресса, беспокойства и нервозности, а также ощущают одиночество, беспомощность и уязвимость. Их тревожность может выражаться и на физиологическом уровне, проявляясь учащенным сердцебиением, ускоренным дыханием, снижением порога чувствительности, нарушениями сна, а также головными и болями в животе.

3. Многие исследователи утверждают, что арт-терапия эффективно помогает снизить уровень тревожности у младших школьников с детским церебральным параличом. Этот метод считается мягким и безопасным, а его эффективность особенно заметна, поскольку через образы и рисунки дети могут выразить свои внутренние переживания. Арт-терапия позволяет снимать напряжение с помощью работы с различными материалами. Творческий процесс, заинтересованность в искусстве сказывается на психоэмоциональном состоянии детей крайне положительно. Арт-терапия также развивает двигательные навыки, мелкую моторику, что для детей с детским церебральным параличом имеет огромное значение.

На основании этих результатов были сформулированы тезисы, являющиеся базовыми, в процессе разработки методов и форм работы с младшими школьниками с детским церебральным параличом.

## **ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

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

Для оценки уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом нами был проведен констатирующий эксперимент. Базой для эмпирического этапа исследования стало краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» города Красноярск. Для проведения исследования были определены 22 ребенка, имеющих клинически подтвержденный диагноз «Детский церебральный паралич». Возраст участников 8-9 лет. Дети имели различные уровни развития крупных моторных функций согласно классификации GMFCS.

Уровень I – ходьба без ограничений;

Уровень II – ходьба с ограничениями;

Уровень III – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;

Уровень IV – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения.

Уровень V не принимали участия в исследовании.

Каждая группа состояла из 11 участников. Основываясь на принципах отбора испытуемых для экспериментальной выборки, выделены следующие критерии:

1. Сходство по возрасту (в исследовании приняли участие дети в возрасте 8–9 лет).

2. Подобие в клинических проявлениях нарушений (все участники имели заключение центральной психолого-медико-педагогической комиссии – «Детский церебральный паралич»).

Эксперимент был организован в три стадии: подбор исследовательских методик, проведение самого исследования, а также анализ и интерпретация собранных данных.

Психодиагностические методики, использованные в рамках психологического исследования:

1. Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан;
2. Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан)
3. «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицына, Л.

И. Вассерман.

Основой комплекса выбранных заданий являются принципы последовательности и систематичности, а также доступности и наглядности. Психолог при использовании данного комплекса использует в практике такие качества, как доброжелательность, выдержку и терпение, умение расположить ребенка в процессе взаимодействия.

### **1. Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан (1982 г.) [53]**

Данная методика была создана А.М. Прихожан на основе исследовательских трудов Н. Ренисона и Е.В. Амена. Этот метод относится к категории проективных техник. Его задача заключается в оценке уровня тревожности у детей от 6 до 9 лет. Используя данную методику в эмпирическом исследовании, можно определить, насколько ребенок подвержен тревоге, какие именно факторы вызывают у него значительные беспокойства и каков уровень его эмоционального восприятия окружающего мира.

Для проведения исследования автор предлагает стимулирующий материал, состоящий из двух наборов, каждый из которых включает 12 изображений (Приложение А). Первый набор предназначен для девочек,

второй – для мальчиков. Методика проводится индивидуально с каждым ребенком. Участнику дается инструкция, которая объясняет, что ему будут показаны картинки с изображениями детей и взрослых без лиц; задача – рассказать, какое у персонажей настроение и почему.

Оцениваются ответы на 10 изображений, поскольку первое изображение используется как тренировочное, а двенадцатое необходимо, чтобы ребенок завершил задание «позитивным» ответом. В результате общий уровень тревожности определяется по «неблагополучным» ответам, когда ребенок описывает настроение персонажей как «грустное», «сердитое», «печальное», «скучающее» и т. д. Если больше 7 ответов попадают в эту категорию, ребенок считается тревожным.

## **2. Шкала явной тревожности (CMAS) А. Кастанеда, адаптация А. М. Прихожан (1994 г.) [67]**

Данная методика также была разработана и адаптирована на отечественной выборке А.М. Прихожан для детей. В основе методики лежит «Шкала явной тревожности» Дж. Тейлора, адаптированная за рубежом А. Кастанеда.

Метод нацелен на выявление тревожности как устойчивого состояния у детей в возрасте от 8 до 12 лет, а также позволяет определить уровень явной тревожности. Исследование может проводиться в группе, при этом метод включает шкалу «социальной желательности», что повышает надежность его проведения.

Суть методики в том, что ребенку предлагается бланк, где напечатаны утверждения, а он должен с ними либо согласиться (да, это про меня), либо не согласиться (нет, это не про меня) (Приложение Б).

На выполнение данного исследования выделяется 20-25 минут, бланк содержит 53 вопроса, среди которых 42 – показывают выраженность тревожных реакций, 11 – контрольная шкала, выявляющая тенденцию к социально одобряемым ответам.

### **3. «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицына, Л. И. Вассерман (2007) [89]**

Данная методика – это клинически подтвержденный вопросник, предназначенный для быстрой и детальной диагностики тревожных расстройств у детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет. Этот инструмент был разработан в 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева Е.Е. Малковой (Ромицыной) под руководством Л.И. Вассермана.

Участникам исследования предлагается пройти тест, в котором содержится 100 вопросов. На каждый вопрос необходимо ответить «да» или «нет». Вопросник включает в себя 10 шкал, которые показывают различные проявления тревожности. Эта методика позволяет определить уровень выраженности каждого из 10 выявляемых симптомов тревожности у детей и подростков с учетом их пола и возраста.

Таким образом, с помощью выбранных методик нами было проведено исследование уровня тревожности младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

## **2.2. Констатирующий эксперимент и его анализ**

Целью констатирующего эксперимента стало выявление особенностей проявления тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Для проведения констатирующего эксперимента были выделены задачи:

1. Изучить и определить методы исследования.
2. Сформировать две группы испытуемых.
3. Провести констатирующий этап эксперимента.
4. Выявить уровень и особенности проявления тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.
5. Проанализировать и оформить результаты исследования.

Отчёты об исследовании уровня тревожности у младших школьников с диагнозом детский церебральный паралич оформлены в виде обобщённых таблиц для каждой группы детей по каждому отдельному методу обследования. Чтобы изучить уровень тревожности и особенности её проявления у данных школьников, применялась методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан.

В таблице 1 представлены результаты исследования контрольной группы.

«Таблица 1. Результаты исследования контрольной группы по методике «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан»

Дети младшего школьного возраста с ДЦП	Количество полученных баллов (максимум – 10)	Заключение о степени тревожности
Респондент 1	7	повышен
Респондент 2	6	не повышен
Респондент 3	8	повышен
Респондент 4	8	повышен
Респондент 5	7	повышен
Респондент 6	9	повышен
Респондент 7	6	не повышен
Респондент 8	5	не повышен
Респондент 9	7	повышен
Респондент 10	6	не повышен
Респондент 11	7	повышен

В таблице 2 представлены результаты исследования экспериментальной группы.

«Таблица 2. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Тревожность у детей и подростков», А.М. Прихожан»

Дети младшего школьного возраста с ДЦП	Количество полученных баллов (максимум – 10)	Заключение о степени тревожности
Респондент 1	8	повышен
Респондент 2	10	повышен
Респондент 3	6	не повышен
Респондент 4	8	повышен
Респондент 5	8	повышен
Респондент 6	6	не повышен
Респондент 7	7	повышен
Респондент 8	9	повышен
Респондент 9	7	повышен
Респондент 10	8	повышен
Респондент 11	7	повышен

Согласно данным, представленным в таблицах 1 и 2, можно сделать вывод о том, что повышенный уровень тревожности наблюдается у 64% в контрольной, и у 73% испытуемых в экспериментальной группе, что составляет большую часть группы детей младшего школьного возраста. Обратимся к рисунку 1.



**Рисунок 1. Гистограмма 1. Результаты исследования контрольной группы по методике «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан, констатирующий этап эксперимента**

По итогам исследования контрольной группы 36% (4 человека) младших школьников с детским церебральным параличом показали допустимый уровень тревожности. Дети описывали состояние героев на картинках предпочтительно как удивленное, веселое, радостное, доброжелательное. Дорисовывали персонажам, преимущественно, широко распахнутые глаза, практически во всех картинках улыбки, и в нескольких раскрытый от удивления рот. Это говорит о стабильном эмоциональном состоянии этих детей, их относительно положительном настрое на общение со сверстниками и взрослыми.

64% (7 человек) младших школьников с детским церебральным параличом показали повышенный уровень тревожности. Дети чаще объясняли настроение героев картинок как скучающее, напряженное, грустное, злое, два человека из группы назвали использование слово «никакое». По просьбе психолога дорисовать выражения лиц дети изображали нахмуренные брови, губы, с опущенными уголками вниз, пара рисунков оказались с прорисованными зубами, а также слезы. Полученные

данные позволяют говорить о повышенной тревожности младших школьников, которая может выражаться в страхе перед учебной деятельностью, общением со сверстниками и взрослыми.

Обратимся к Рисунку 2.



**Рисунок 2. Гистограмма 2. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Тревожность у детей и подростков» А. М. Прихожан, констатирующий этап эксперимента**

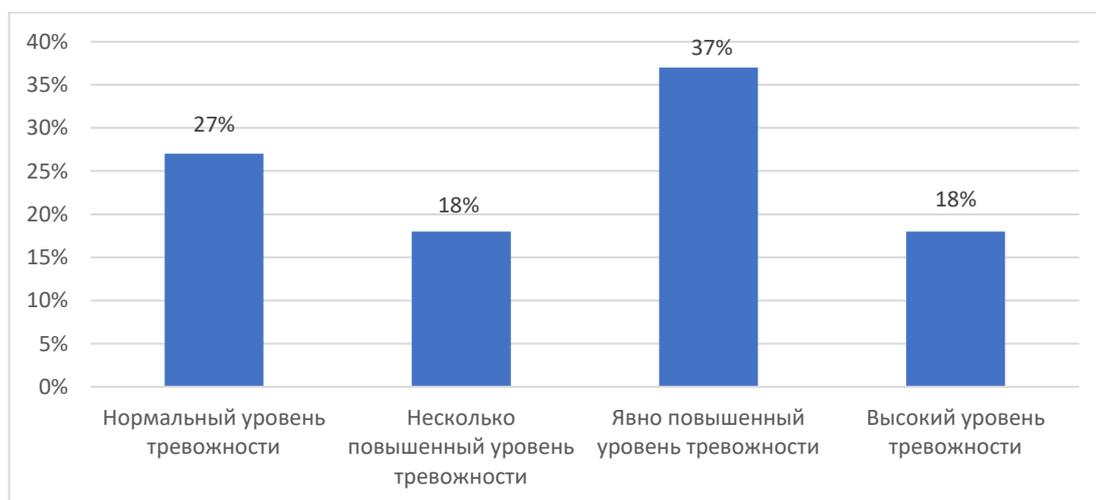
Из результатов исследования экспериментальной группы можно отметить, что 27% (3 человека) младших школьников с детским церебральным параличом показали допустимый уровень тревожности. Школьники давали разные описания ситуаций, происходивших с героями на картинках, в том числе и «радость встречи с другом», «объятия мамы после долгого дня в школе», «задумчивое выполнение домашнего задания». Эти дети с удовольствием рассказывали свои истории, опираясь на картинку. Можно сделать вывод о том, что 27% детей не испытывают беспокойства относительно школьных трудностей, общения со сверстниками и взрослыми.

73% (8 человек) младших школьников с детским церебральным параличом показали повышенный уровень тревожности. В процессе проведения исследования младшие школьники давали такие ответы:

«мальчик боится, что его сейчас наругает мама, у него испуганное лицо», «другие дети смеются над девочкой, она плачет», «мальчик прикрыл глаза, и заснул, потому что выполнять домашнюю работу очень скучно» и другие ответы, считающиеся в данной методике «неблагоприятными». Дети, дающие такие ответы имеют явные проявления тревожности – испытывают страх, беспокойство касательно обучения, общения со взрослыми и сверстниками.

Из результатов исследования можно сделать вывод о том, что у большинства младших школьников из контрольной и экспериментальной групп преобладает повышенный уровень тревожности, что проявляется в беспокойстве, страхе, негативному настрою на обучение, нежелании общаться со сверстниками, участию в различных видах деятельности и др.

На Рисунке 3 представлены результаты методики «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда – А.М. Прихожан.



**Рисунок 3. Гистограмма 3. Результаты исследования контрольной группы по методике «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда – А.М. Прихожан, констатирующий этап эксперимента**

Обратимся к рассмотрению результатов эксперимента, которые позволяют оценить количественные и качественные показатели,

характеризующие уровень тревожности младших школьников с детским церебральным параличом.

После произнесения инструкции большинство детей задавали уточняющие вопросы, двое даже попросили показать на доске пример как заполнять бланк. Это уже указывает на тревожность детей, они стараются себя перепроверить, точно ли правильно они все поняли. В ходе исследования экспериментатору также поступили вопросы от нескольких детей «Я правильно понял утверждение?».

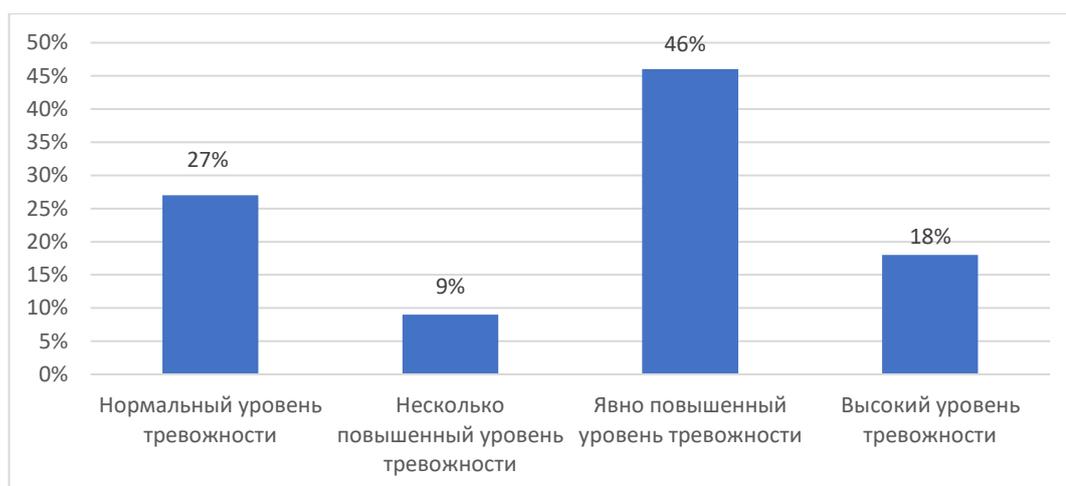
Таким образом, уровень тревожности младших школьников с детским церебральным параличом в контрольной группе можно охарактеризовать следующим образом: у 27% (3 человек) испытуемых выявлен нормальный уровень тревожности, данные дети объективно оценивают важность ситуаций, не переживают по поводу своего места в группе, а при возникновении проблем способны решить их самостоятельно или обращаются за поддержкой к взрослым.

37% (4 человека) составляют младшие школьники с явно повышенным уровнем тревожности. То есть большая часть детей имеет тип тревожности, при котором тревога охватывает все сферы жизни ребенка, это так называемая тревожность «генерализированного» характера. Дети могут тревожиться даже по тем поводам, которые, казалось бы, не являются чем-то особенным.

Несколько повышенный уровень тревожности наблюдается у 18% (2 человек), они демонстрируют обеспокоенность, напряженность, имеют некоторый круг ситуаций, связанный с общением со сверстниками, вызывающих у них волнение и чувство неуверенности в себе, что может влиять на эффективность их школьной деятельности. Высокий уровень тревожности показали также 18% (2 человека) испытуемых. Эти дети принадлежат к категории с повышенным риском; их состояние беспокойства может перерасти в ощущение надвигающейся угрозы. Физиологически перевозбуждение проявляется в виде ускоренного сердцебиения,

повышенного пульса, возможного учащенного дыхания и головных болей. Деятельность таких детей может становиться хаотичной. То есть большая часть младших школьников в контрольной группе имеет явно повышенный уровень тревожности и на постоянной основе испытывает беспокойство, напряжение.

На Рисунке 4 представлены результаты исследования экспериментальной группы.



**Рисунок 4. Гистограмма 4. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Шкала явной тревожности (CMAS)» А. Кастанеда – А.М. Прихожан, констатирующий этап эксперимента**

На изображении видно, что в экспериментальной группе нормальный уровень тревожности демонстрируют только 27% (3 человека). Эти дети спокойно подходят к решению задач, уровень напряженности и волнения соответствует ситуациям, в которые они попадают, и стимулируют к действию.

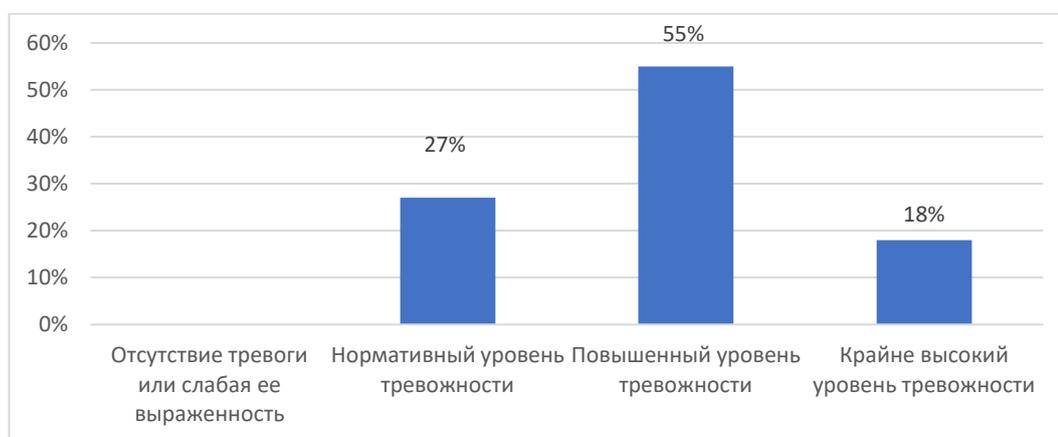
Несколько повышенный уровень тревожности показал 9% (1 человек). Этот ребенок более зависим от мнения окружающих и внешних обстоятельств, ему требуется больше усилий для того чтобы самостоятельно вернуть себя в спокойное состояние.

Как и в контрольной группе большая часть детей набрала количество баллов соответствующие явно повышенному уровню тревожности – 46% (5 человек), им свойственно напряженное состояние без видимого повода, также возможны гиперестезические реакции, например, раздражительность.

И 18% (2 человека) показали высокий уровень тревожности. Таким детям очень сложно долго удерживать внимание на чем-то, они могут испытывать соматические проблемы, также и бывают и внешние проявления, например, грызут ногти.

Данная методика показала, что у младших школьников с детским церебральным параличом преобладает явно повышенный уровень тревожности. Школьники склонны испытывать напряжение без видимых на это причин, дети могут опасаться того, что на самом деле не несет никакого вреда, это тревожность, которая может переходить в страх. Некоторые дети в процессе выполнения заданий много переспрашивали, что тоже указывает на их обеспокоенность, неуверенность в себе. Также это можно связать со стилем воспитания в семье, а также с вопросом самооценки детей с детским церебральным параличом.

Результаты исследования по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана, представлены на Рисунке 5.



**Рисунок 5. Гистограмма 5. Результаты исследования контрольной группы по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана, констатирующий этап эксперимента**

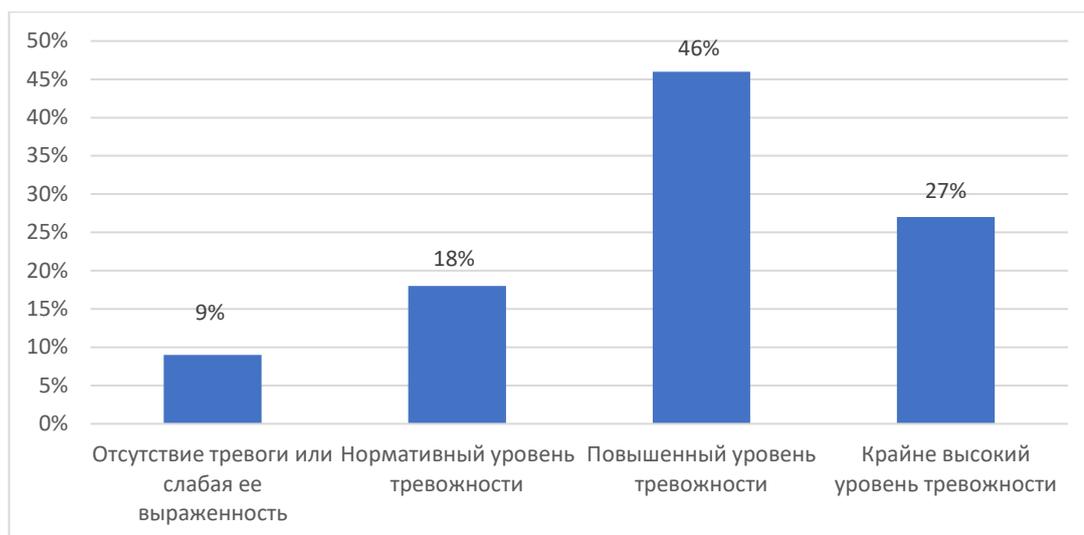
Во время исследования большинство учащихся снова задавали вопросы для уточнения и потребовали повторного прослушивания инструкции. По мере заполнения опросника дети чаще отвлекались и переключались на другие виды деятельности, некоторые просто отстранялись на некоторое время. Это можно объяснить особенностями внимания детей с детским церебральным параличом, а также стремлением младших школьников сравнить себя с другими детьми. Среди контрольной группы по методике «многомерной оценки детской тревожности» не было выявлено испытуемых, которым состояние тревожности не свойственно.

Нормальный уровень тревоги показали 27% (3 человека) участников исследования. Эти испытуемые адекватно реагируют на замечания и критику, воспринимают похвалу, обладают адекватной самооценкой. Такой уровень тревоги является достаточным для успешной адаптации среди сверстников и в школе.

Также в контрольной группе почти половина младших школьников 55% (6 человек) продемонстрировали повышенный уровень тревожности. Дети демонстрируют обеспокоенность, неудовлетворенность своим положением, неуверенность в своих способностях. В целом эти дети демонстрируют достаточно адекватное поведение в привычных им ситуациях, однако при возникновении новых задач, испытывают волнение, тревогу и беспокойство.

18% (2 человека) младших школьников по результатам опросника набрали такое количество баллов, что попали в категорию с крайне высоким уровнем тревожности. Дети, относящиеся к этой группе, постоянно находятся в состоянии напряженности и проявляют нервозность. Их самооценка значительно снижена, и они тревожно смотрят на свои шансы и возможности. Эти младшие школьники постоянно ожидают неприятностей, склонны к недоверию и отличаются эмоциональной нестабильностью.

На Рисунке 6 представлены результаты исследования экспериментальной группы.



**Рисунок 6. Гистограмма 6. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана, констатирующий этап эксперимента**

Согласно гистограмме, только 9% участников (1 человек) указали на отсутствие тревожности, что в основном связано с адекватной оценкой ребенком своих возможностей. Это также указывает на положительное эмоциональное отношение к учебному процессу и контактам с ровесниками. Однако следует помнить, что такой показатель служит признаком защитной реакции участников.

У 18% (2 человек) испытуемых нормативный уровень тревожности, младшие школьники с таким показателем имеют ровные отношения со сверстниками, поддерживают отношения со взрослыми, они готовы сотрудничать, имеют преимущественно адекватную самооценку.

Большая часть обследуемых экспериментальной группы 46% (5 человек) продемонстрировали повышенный уровень тревожности. Для их поведения характерны беспокойство, напряжение, сбивчивая речь при контакте со сверстниками или взрослыми. Также о повышенной тревожности проявляется у этих детей в моменты критики или в ситуации конфликта.

В экспериментальной группе также есть 27% (3 человека) показавших крайне высокий уровень тревожности. Эти дети демонстрируют физиологические признаки тревоги в том числе: повышенное потоотделение, учащенное сердцебиение и дыхание. Также у нескольких из них есть привычка грызть ручку. Согласно характеристике из методики Е. Ромициной эти дети чрезмерно зависят от мнения окружающих, склонны к формированию идеи недостаточной ценности собственной личности.

При выполнении задания несколько школьников мало проявляли интерес к заданиям, а несколько, наоборот, очень вовлеченно выполняли инструкции экспериментатора. Скорее это связано с особенностями возраста, и характером нарушения.

Результаты проведенного диагностического исследования показывают, что младшие школьники с детским церебральным параличом чаще всего имеют повышенный уровень тревожности. Диагностические данные также указывают на наличие среди них детей с крайне высоким уровнем тревожности. Эти дети входят в «группу риска» по развитию неврозов, склонности к зависимостям и эмоциональным нарушениям личности. Все это подчеркивает необходимость создания программы психологической коррекции тревожности у младших школьников с детским церебральным параличом.

### **Выводы по второй главе**

1. Для проведения констатирующего эксперимента нами были изучены и использованы следующие диагностические методики:

- Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан;
- Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан);
- «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицына, Л. И.

Вассерман.

2. На констатирующем этапе исследование тревожности младших школьников с детским церебральным параличом позволило получить следующие результаты:

– В контрольной и экспериментальной группах большее количество детей имеют повышенный уровень тревожности.

– Дети демонстрируют напряженность, волнение, раздражение, беспокойство в ситуациях коммуникации с окружающими;

– Диагностические методики выявили наличие у детей страхов и физиологических проявлений тревоги;

– Младшие школьники демонстрируют сниженный уровень самооценки, неуверенность в себе;

– А также снижение общего эмоционального фона и активности, нежелание включаться в творческую и учебную деятельность.

– В поведении детей с детским церебральным параличом отмечается раздражительность, нерешительность. Также диагностические методики выявили наличие страхов и физиологических проявлений тревоги.

Данные факты могут быть связаны с низкой самооценкой, стилем воспитания в семье, отношениях со сверстниками.

3. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о повышенной тревожности младших школьников с детским церебральным параличом как в контрольной, так и в экспериментальной группах. Из чего следует, что существует необходимость психокоррекционной работы по снижению уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом.

## **ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

### **3.1. Научно-методологическое обоснование программы**

Основной подход к разработке психологической программы для снижения тревожности у младших школьников с детским церебральным параличом с использованием арт-терапии основывается на следующих принципах:

1. Индивидуализация коррекции: Каждому ребенку предоставляется возможность самовыразиться в безопасной и поддерживающей среде. Программа разработана с учетом уникальных потребностей и возможностей каждого школьника.

2. Креативное самовыражение: Арт-терапия даёт детям возможность выразить свои внутренние переживания, страхи и тревоги через искусство. Это может быть живопись, рисунки, лепка или другие формы арт-терапии, которые помогают детям обращаться с внутренними конфликтами и находить способы их разрешения.

3. Создание поддерживающей среды: Группа взаимодействия детей создается таким образом, чтобы каждый ребенок чувствовал эмпатийную поддержку. Исследователь работает над созданием атмосферы доверия и принятия, что позволяет детям более открыто делиться своими эмоциями и переживаниями.

4. Использование различных техник арт-терапии: Для достижения максимального эффекта используются различные техники, включая изотерапию, музыкотерапию, сказкотерапию и другие средства, которые помогают детям исследовать свои эмоции и снижать уровень тревожности.

5. Ориентация на процесс, а не на результат: Центральное внимание уделяется процессу самовыражения, а не на оценке конечного продукта. Это

помогает детям снизить уровень тревожности, связанный с ожиданиями успеха или неудачи.

Эти принципы в совокупности создают основу для эффективной программы, направленной на поддержку детей с детским церебральным параличом, снижая уровень их тревожности и способствуя улучшению общего психоэмоционального состояния.

Некоторые принципы для программы снижения тревожности у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом при помощи арт-терапии.

– Принцип сочетания коррекции и развития. Решение о необходимости корректирующих мер принимается на основе анализа психологических и педагогических факторов, как внутри, так и вне ребёнка.

– Принцип сочетания возрастного и личностного аспектов в развитии. Необходимо учитывать индивидуальные особенности ребёнка с учётом его возрастных этапов.

– Принцип сочетания диагностики и коррекции. Определение целей корректирующей работы возможно лишь после полной диагностики и оценки ближайших перспектив развития, которые устанавливаются на основе понимания ближайшей зоны развития ребёнка.

– Принцип деятельности в коррекционном процессе. Этот подход влияет на выбор методов и средств для достижения поставленных целей.

– Принцип отношения к каждому ребёнку как к одарённому. Движущие силы развития активизируются, когда ребёнок чувствует, что взрослый верит в его способности, доверяет ему и вовлекает в решение всё более сложных задач.

– Принцип безусловного принятия ребёнка со стороны психолога и педагога.

– Принцип символической обработки детских тревог и страхов, превращая их в предмет творческой деятельности.

Основные законодательные и нормативно-правовые акты, которые служат нормативно-правовой основой для разработки психологической программы по коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом:

- Конвенция ООН о правах ребенка (ст. 6,8,16,27,28,29,30)
- Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 года №273-ФЗ. 1 Документ содержит процедуру создания организационных и специальных условий для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).
- Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) начального общего образования обучающихся с ОВЗ.
- Письмо Минобразования РФ от 26.06.2003 года №23-51-513/16 «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования».
- Примерные адаптированные основные общеобразовательные программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ.

Научно-методологическое обоснование программы коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом средствами арт-терапии включает следующие положения:

- Культурно-историческая теория Л. С. Выготского. Данная теория раскрывает процесс превращения естественных психических функций в более сложные, высшие функции через освоение субъектом знаковых систем.
- Проблема управления поведением (исследования А. Р. Лурии и Л. С. Выготского). Здесь анализируются сложные формы посредничества в поведении, а также символическое посредничество.
- Понятие совместной активности с взрослыми как ключевого фактора психического развития детей (работы А. Н. Леонтьева и Д. Б. Эльконина).

- Научные труды, как отечественные, так и зарубежные, служат теоретической основой программы, посвящённой вопросам психического становления (работы Л. С. Выготского, А. В. Запорожца, А. Р. Лурии). Включены также исследования, касающиеся изменений эмоциональной сферы (Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, В. К. Вилюнас, Е. П. Ильин, А. Н. Леонтьев) и использования арт-терапии как метода психокоррекции (издания А. И. Копытина).
- В качестве основного метода психокоррекции используется арт-терапия.

### **3.2. Содержание программы психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом**

В результате изучения методической литературы по проблеме исследования и результатам констатирующего эксперимента, нами была составлена «Программа психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом».

*Пояснительная записка.*

*Актуальность:* Младшие школьники с детским церебральным параличом имеют высокие показатели тревожности, что проявляется в их учебной деятельности, в общении со сверстниками и взрослыми. Это связано с несколькими аспектами: особенностями воспитания в семье, отношением окружающих, несоответствием между высокими притязаниями и реальными возможностями детей и другими.

Программа разработана с учетом индивидуальных возможностей детей, направлена на снижение уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом, снижение эмоционального напряжения, повышение самооценки, раскрытие творческого потенциала, формирование активной жизненной позиции за счет развития коммуникативных

способностей, умения выражать и формулировать свои чувства и переживания. Решению проблемы снижения уровня тревожности как фактора полноценного развития детей подчинена система коррекционной и развивающей работы с данной категорией детей.

*Цель программы:* психологическая коррекция тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

*Задачи:*

- Снижение уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом;
- Формирование навыков саморегуляции при возникновении напряжения, волнения, раздражения, беспокойства, связанных с коммуникацией с окружающими;
- Развитие умения справляться с физиологическими проявлениями тревожности и страха;
- Формирование позитивной самооценки, развитие уверенности в себе.
- Повышение общего эмоционального фона, интереса к активной учебной и творческой деятельности;

Данная программа для младших школьников с детским церебральным параличом, имеющих высокий уровень тревожности, что проявляется в снижении интереса и негативном отношении к учебному процессу, высокой отвлекаемости, в трудностях общения со сверстниками и взрослыми, неумении выстраивать коммуникацию. Характерны стеснительность, замкнутость, неуверенность в себе и своих силах.

*Методы:*

1. Психогимнастика (эмоциональный тренинг) частично компенсирует дефицит двигательной активности у учащихся с детским церебральным параличом, стимулируя создание связей между мыслями, эмоциями и поведением.

2. Арт-терапия предоставляет возможность непрямого выражения эмоций, развивает самоконтроль и способствует творческому самовыражению, уменьшая усталость и негативные эмоциональные состояния.

3. Элементы сказкотерапии способствуют формированию эталонов эмоционального поведения и их сопоставлению с реальными ситуациями, что помогает развивать положительные личностные качества.

4. Метод игровой коррекции обеспечивает возможность учащимся восполнить нехватку двигательной активности и освоить социальные роли.

По завершении программы коррекции предполагается снижение уровня тревожности. Овладение детьми приемами саморелаксации, развитие способности к саморегуляции. Положительный настрой на коммуникацию со сверстниками, активную творческую и учебную деятельность. Кроме того, приобретение навыка распознавать и называть свои эмоции, а также выявлять ситуации, которые вызывают стресс или тревогу.

*Условия и формы организации реализации программы:*

Программа психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом рассчитана на 24 занятия, длительностью по 40 минут. Занятия проводятся два раза в неделю. Срок реализации программы – 12 недель. Форма проведения занятий – групповая. С учетом особенностей и индивидуальных потребностей детей группы сформированы по 4 человека.

Используемые методы и техники: дидактические игры и упражнения, беседа, изобразительная деятельность, групповые коррекционные занятия, информационно просветительская деятельность – работа с родителями.

Программа состоит из 4-х тематических блоков (в каждом предполагается по 6 занятий):

1. Блок направлен на снижение напряжения и развития саморегуляции.

2. Блок посвящен самооценке и развитию уверенности в себе.

3. Блок направлен на снижение тревожности и профилактику возникновения страхов.

4. Блок направлен на обучение стратегиям распознавания и контроля тревожных состояний.

*Структура занятия:*

1. Ритуал приветствия – позволяет задать положительный настрой на работу.

2. Основная часть – коррекционно-развивающий этап. Использование техник и методов арт-терапии. В перерывах между заданиями включаются упражнения на коррекцию и развитие основных двигательных навыков и мелкой моторики рук и пальцев.

3. Заключительная часть – рефлексия. Данный момент позволяет детям высказать свои ощущения и чувства по отношению к заданиям, осмыслить проделанную работу, дать оценку собственной деятельности. Важно, чтобы с занятия младшие школьники выходили в большей степени с положительными эмоциями.

Тематическое планирование программы психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом представлено в Таблице 3.

«Таблица 3. План программы психологической коррекции  
тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным  
параличом»

**Тематический план занятий**

№ занятия	Цель занятия	Содержание	Продолжительность занятия
1	Знакомство, установление контакта с группой, создание благоприятной атмосферы, снятие психоэмоционального напряжения.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Знакомство с группой – представление друг другу;</li> <li>– Беседа о тревожности как о эмоциональном состоянии: что такое тревожность, для чего она нужна, какие виды существуют и т. д.;</li> <li>– Пальчиковые игры (Зайчик, лисичка);</li> <li>– Постановка целей и задач для группы и принятие правил;</li> <li>– Упражнение с использованием техники марания «Мое настроение».</li> </ul>	40 минут

<b>1 Блок. Снижение напряжения и развитие саморегуляции</b>			
2	Снижение напряжения, развитие интереса к творчеству, образного мышления, фантазии, мелкой моторики рук.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Задание «Бабочка» в технике рисования с помощью отпечатка;</li> <li>– Упражнение «Кнопки мозга»;</li> <li>– Упражнение сказкотерапии «История бабочки» Школьникам предлагается рассказать о своем рисунке.</li> </ul>	40 минут
3	Ознакомление со способами снятия напряжения.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение музыкотерапии «Смена ритмов»;</li> <li>– Упражнение «Сгибание пятки»;</li> <li>– Дыхательная гимнастика;</li> <li>– Рисование мятой бумагой «Ёжик».</li> </ul>	40 минут
4	Снижение напряжения, раздражительности, беспокойства.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнения по музыкотерапии – «Шум моря»;</li> <li>– Игра «Снеговик»;</li> <li>– Рисование по мокрой бумаге «Морской пейзаж»;</li> <li>– Упражнение «Ласковый мелок».</li> </ul>	40 минут

5	Ознакомление со способами снятия напряжения. Повышение самооценки.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение «Ласковое имя»;</li> <li>– Психогимнастическое упражнение «Считалочка-бормotalочка»;</li> <li>– Игра «Похвалилки»;</li> <li>– Арт-терапевтическое упражнение «Рисование под музыку»;</li> <li>– Упражнение «Приятное воспоминание».</li> </ul>	40 минут
6	Снижение психоэмоционального напряжения, повышение самооценки.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Разминка «Тренируем эмоции»;</li> <li>– Игра «Знаки пальцами»;</li> <li>– Арт-терапевтическое упражнение «Кондитер».</li> </ul>	40 минут
<b>2 блок. Самооценка и развитие уверенности</b>			
7	Развитие адекватной позитивной самооценки	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение «Рисунок своего тела»;</li> <li>– Самомассаж пальцев рук;</li> <li>– Упражнение «Что такое мальчик? Что такое девочка?»;</li> <li>– Упражнения по музыкоизотерапии – «Ковер-самолет».</li> </ul>	40 минут

8	Работа с различными чувствами и состояниями. Формирование уверенности в себе.	– Упражнение «Маски»; – Игра «Магические восьмерки» и дыхательная гимнастика; – Упражнение «Разговор с руками».	40 минут
9	Развитие позитивного самовосприятия. Снятие психоэмоционального напряжения.	– Упражнение «Слепой танец»; – Игра «Снеговик»; – Упражнение «Части моего «Я»»; – Вокалотерапия «Мелодизация»; собственных имен или нейтральных фраз».	40 минут
10	Развитие уверенности в себе, принятия себя, позитивного самоотношения, снижение тревожности.	– Упражнение «Волшебные зеркала»; – Пальчиковая игра «Семья»; – Упражнение «Рисуем круги...».	40 минут
11	Развитие уверенности в себе, принятия себя, позитивного самоотношения.	– Упражнение «Рисование себя»; – Пальчиковая игра «Домик»; – Упражнение «Волшебные зеркала»; – Игра «Похвалилки».	40 минут

12	Формирование положительных представлений о себе, формирование самоуважения.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение «Карта моего внутреннего мира»;</li> <li>– Пальчиковая игра «За Работу!»;</li> <li>– Упражнение «Моя эмблема»;</li> <li>– Упражнение «Хочу быть счастливым».</li> </ul>	40 минут
<b>3 Блок. Снижение уровня тревожности, коррекция страхов</b>			
13	Развития навыков отреагирования и преодоления негативной эмоции страха, напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение «Вылепите свою проблему»;</li> <li>– Пальчиковая игра «Кукла»;</li> <li>– Рисование на воздушном шаре «Трансформация страха».</li> </ul>	40 минут
14	Развития навыков отреагирования и преодоления негативной эмоции страха, снятие внутреннего напряжения, релаксация, развитие мелкой моторики рук.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение Тренируем свои эмоции»;</li> <li>– Упражнение «Страхи» (Рисование на клеенке);</li> <li>– Упражнение сказкотерапии «Сказка про мышонка».</li> </ul>	40 минут

15	Снятие напряжения, преодоления негативной эмоции страха.	– Упражнение «Зеркальный монстр»; – Игра «Танец 5-ти движений»; – Упражнение «Посмеемся над страхами».	40 минут
16	Коррекция страхов, тревожности, снятие психоэмоционального напряжения, расслабление.	– Игра – разминка «Волшебный салют»; – Пальчиковая игра «Пальчики здороваются»; – Арт-терапевтическая техника рисования на клеёнке «Ахи-страхи».	40 минут
17	Коррекция страхов, тревожности, снятие нервно-психического напряжения.	– Игра – разминка «Чудесные превращения»; – Арт-терапевтическая техника работы с песком «Дом умиротворения»; – Упражнение «Превращение страха».	40 минут

18	Коррекция страхов, тревожности, развитие воображения, снятие нервно-психического напряжения.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Игра – разминка «Волшебный салют»;</li> <li>– Упражнение «Сказка о бабочке сновидений»;</li> <li>– Вокалотерапия «Тонирование» на звуки «м», «а», «и», «о»;</li> <li>– Упражнение «Необычный хор».</li> </ul>	40 минут
<b>4 Блок. Распознавание и контроль тревожных состояний</b>			
19	Снижение уровня тревожности, напряжения, беспокойства, стимуляция развития творческих способностей детей.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Упражнение «Мое состояние»;</li> <li>– Арт-терапевтическая техника телесно-ориентированной терапии «Пластилиновая фигурка»;</li> <li>– Упражнение «Остров спокойствия».</li> </ul>	40 минут
20	Снижение напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Психогимнастическое упражнение «Считалочка-бормоталочка» в интеграции с музыкальной терапией;</li> <li>– Упражнение «Покажи того, кого боишься»;</li> <li>– Упражнение «Ракрашивание мандалы» (Медитативное рисование).</li> </ul>	40 минут

21	Снижение напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми.	– Психогимнастическое упражнение «Считалочка-бормоталочка» в интеграции с музыкальной терапией; – Упражнение «Парное рисование».	40 минут
22	Снижение напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми.	– Арт-терапевтическое упражнение «Каракули Виникотта»; – Арт-терапевтическое упражнение «Рисование под музыку»; – Упражнение «Маски».	40 минут
23	Снижение напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Развитие адекватной самооценки.	– Упражнение «Мое состояние»; – Пальчиковая игра «Дружные ребята»; – Упражнение «Конверты радости и огорчений»; – Упражнение «Прогулка по лесу».	40 минут
24	Снижение напряжения в ситуациях взаимодействия со сверстниками и взрослыми.	– Упражнения по музыкотерапии – «Шум моря»; – Упражнение «Облака и лужи, похожие на животных»; – Коллективный рисунок «На долгую память».	40 минут

Ожидаемые результаты: снижение уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом, что будет проявляться в нормализации эмоционального состояния детей, повышении активности и интереса к образовательному процессу, повышении уверенности в себе, нормализации самовосприятия и самооценки.

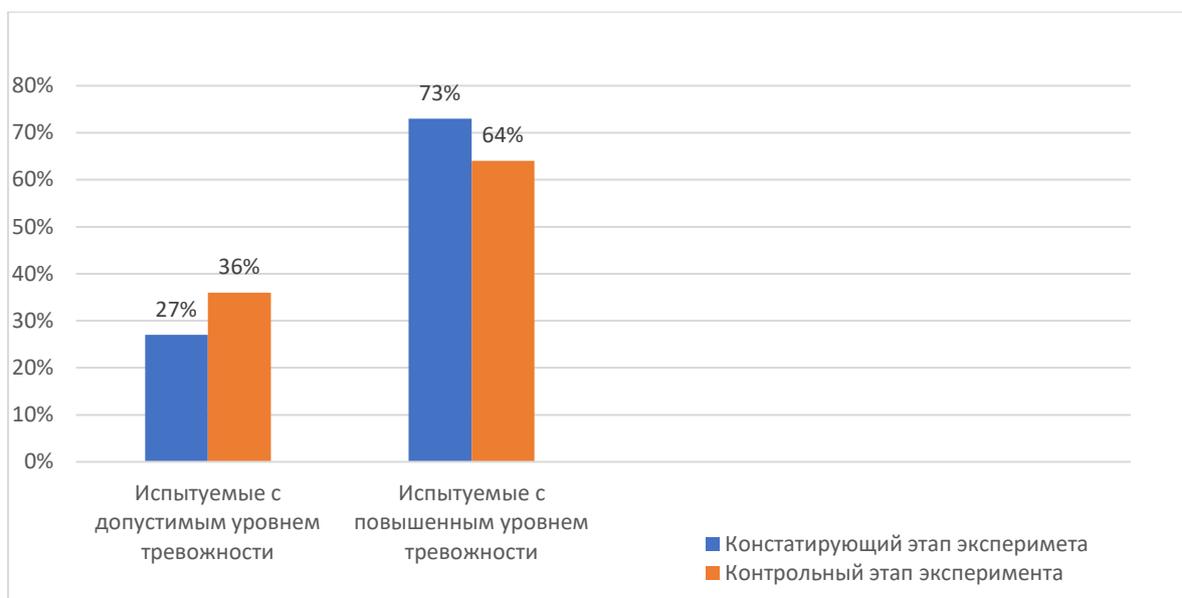
### **3.3. Контрольный эксперимент и его анализ**

Для определения эффективности разработанной и реализованной нами психологической программы коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом нами был проведен контрольный этап эксперимента. В ходе контрольного этапа эксперимента были использованы те же методики, что и на констатирующем этапе исследования.

Используя метод сравнительного анализа, мы можем сделать вывод о том, была ли достигнута поставленная нами цель и были ли решены поставленные нами задачи.

Обратимся к полученным результатам контрольного этапа эксперимента.

На Рисунке 7 представлены результаты исследования по методике «Тревожность у детей и подростков», А.М. Прихожан контрольной группы.



**Рисунок 7. Гистограмма 7. Результаты исследования контрольной группы по методике «Тревожность у детей и подростков», А.М. Прихожан, контрольный этап эксперимента**

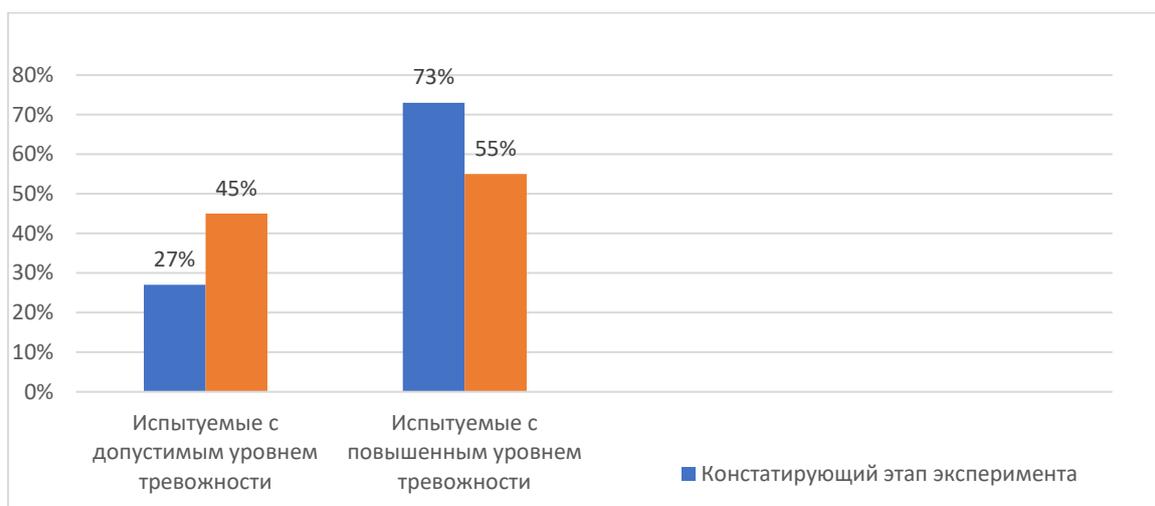
Как видно из гистограммы 7, 73% (8 человек) имеют повышенный уровень тревожности. Испытуемые объясняли состояние ребенка, изображенного на картинке чаще как «печальное», «скучающее», «грустное». Все эти ответы считаются «неблагополучными» и давались этими детьми более 7 раз, что, согласно методике, позволяет считать этих детей тревожными. На констатирующем этапе эксперимента данный уровень выглядел почти аналогичным образом и составлял 64% (7 человек). Следовательно, в контрольной группе еще один ребенок на данном этапе продемонстрировал повышенный уровень тревожности – он отвечал неуверенно, особенно на картинки, касающиеся взаимодействий с другими детьми или взрослыми.

Далее рассмотрим показатель нормального уровня тревожности, который составил 27% (3 человека). Так, у детей данной группы картинки не вызвали негативных ассоциаций и «неблагоприятных» ответов было дано меньше 7. По сравнению с констатирующим этапом эксперимента, где число детей в этой группе составляло 36% (4 человека), их количество

уменьшилось, следовательно, можно говорить о допустимом уровне тревожности – ситуации взаимодействия с другими людьми не вызывают у детей страха и беспокойства, школьники адекватно оценивают свои возможности, отсутствует нервозность и раздражительность

Можно сделать вывод о том, что уровень тревожности в контрольной группе незначительно повысился на контрольном этапе эксперимента.

На Рисунке 8 представлены результаты экспериментальной группы по методике «Тревожность у детей и подростков», А.М. Прихожан.



**Рисунок 8. Гистограмма 8. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан, контрольный этап эксперимента**

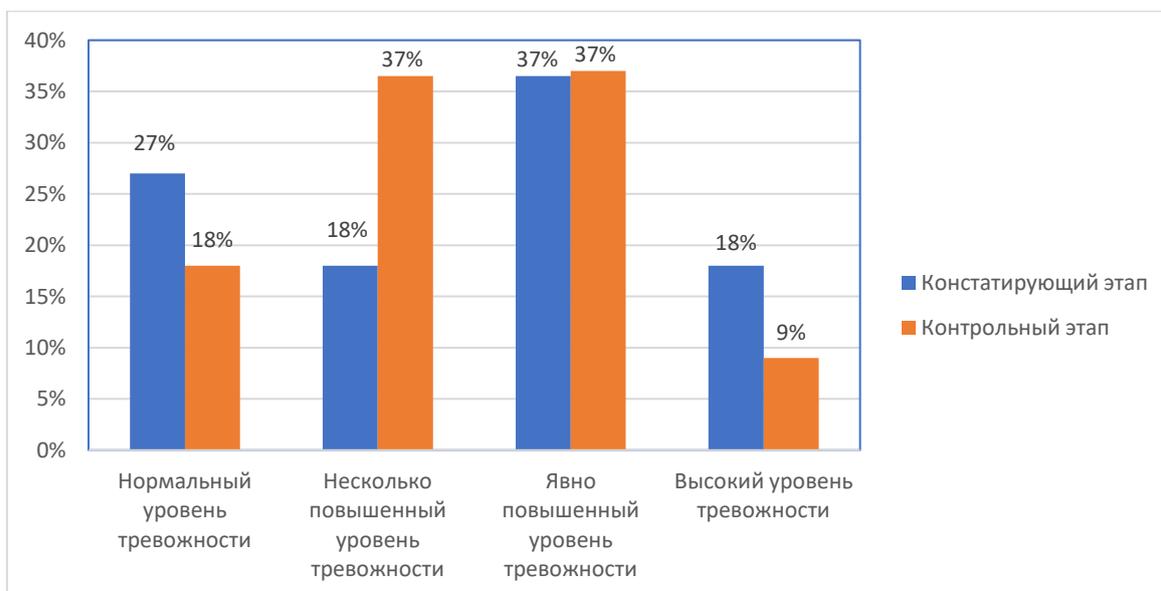
Повышенному уровню тревожности соответствует на контрольном этапе эксперимента 55% (6 человек), при этом на констатирующем этапе этому же уровню соответствовало 73% (8 человек). Также мы видим, что у детей экспериментальной группы на контрольном этапе эксперимента показатель количества детей с допустимым уровнем тревожности изменился и составил 45% (5 человек), на констатирующем этапе было 27% (3 человека). По результатам исследования сократилось количество детей, дававших «неблагоприятных» ответов больше 7.

Поскольку данная методика является проективной, проанализируем более подробно качественные показатели и содержание исследования в

целом. В экспериментальной группе на данном этапе младшие школьники с детским церебральным параличом более увлеченно рассказывали о состоянии ребёнка на картинке, некоторые даже были готовы были поделиться своим похожим опытом. Сами «неблагоприятные» ответы давались детьми нередко, однако школьники могли более подробно охарактеризовать чувства изображенного персонажа, предположить какие действия ему нужно было бы предпринять в той или иной ситуации.

Данные результаты свидетельствуют о том, что уровень тревожности младших школьников экспериментальной группы стал значительно ниже. Дети в ходе эксперимента стали активнее включаться в диалог, дают названия эмоциям, могут охарактеризовать более четко и подробно свое эмоциональное состояние. Стали смелее отвечать на наводящие вопросы исследователя. Все это подтверждает факт снижения уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом.

На Рисунке 9 представлены результаты исследования по методике «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда в адаптации А. М. Прихожан контрольной группы.



**Рисунок 9. Гистограмма 9. Результаты исследования контрольной группы по методике «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда в адаптации А. М. Прихожан, контрольный этап эксперимента**

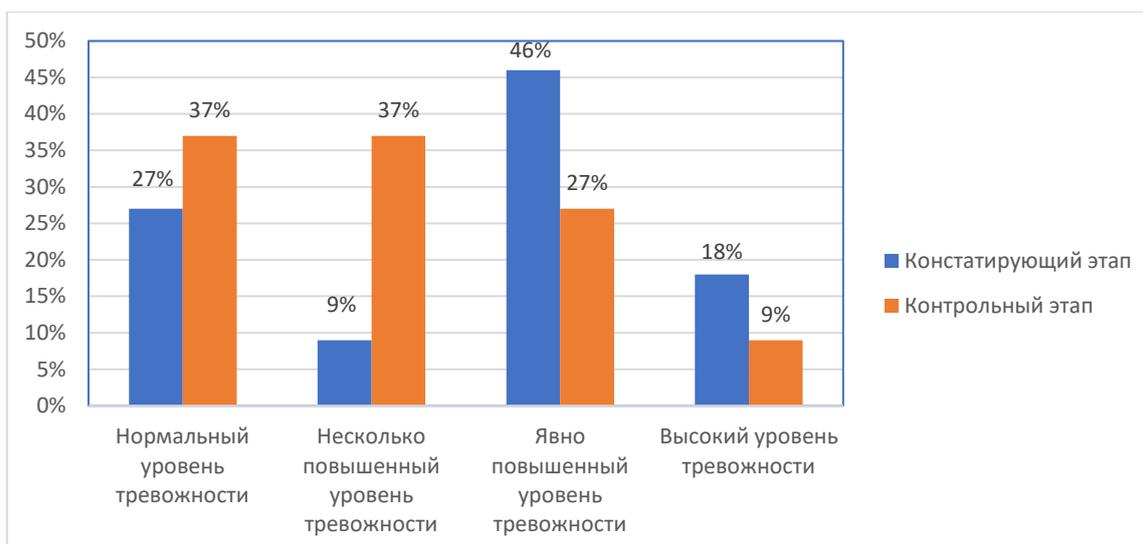
Как видно на гистограмме 9, в контрольной группе на контрольном этапе нормальный уровень тревожности выявлен у 18% детей (2 человек), по сравнению с констатирующим этапом показатель незначительно снизился. Эти дети имеют нормальный уровень тревожности, необходимый для адаптации к изменяющейся окружающей среде. Они достаточно адекватно оценивают свои возможности, их реакции на неуспех соразмерны его значимости.

Группа детей, продемонстрировавшая несколько повышенный уровень тревожности на контрольном этапе эксперимента составляет 37% (4 человека), что свидетельствует об увеличении переживаний, появлении боязни ошибок у детей.

В контрольной группе явно повышенный уровень тревожности выявлен у 37% школьников (4 человек), показатель не изменился по сравнению с констатирующим этапом эксперимента. Эти дети, как и прежде, часто волнуются, им трудно выступать у доски, часто при ответе на вопрос учителя они потеют, краснеют, могут начать заикаться. Этой группе детей также характерна неуверенность в своих способностях, они очень ярко реагируют на неудачи.

В следующей группе произошли количественные изменения, как видно из гистограммы, уже у 9% (1 человека) выявлен высокий уровень тревожности, ранее был у 18% (2 человека). Результаты свидетельствуют, что, как и прежде, остаются дети группы риска, чье эмоциональное состояние следует держать под постоянным контролем, для того чтобы оно не переросло в более тяжелые формы.

Результаты методики «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда в адаптации А. М. Прихожан экспериментальной группы представлены на Рисунке 10.



**Рисунок 10. Гистограмма 10. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Шкала явной тревожности (СМАС)» А. Кастанеда в адаптации А. М. Прихожан, контрольный этап эксперимента**

Как мы видим из гистограммы 10, с помощью психокоррекционной программы нам удалось снизить показатель явно повышенного уровня тревожности. Явно повышенный уровень тревожности выявлен у 27%. На констатирующем этапе эксперимента данный уровень был выявлен у 46% (5 человек) испытуемых. Эта группа детей продолжает демонстрировать высокий уровень психоэмоционально напряжения. Дети при предъявлении нового задания реагируют нежеланием их выполнять, проявляют раздражительность.

Положительную динамику можно отметить и в группе с нормальным уровнем тревожности, в контрольном эксперименте данная группа составила 37% (4 человека) от всех испытуемых детей, что свидетельствует об увеличении количества детей с нормальным уровнем тревожности по сравнению с ранее проведенной диагностикой, где этот уровень был выявлен у 27% (3 человек). Эти школьники демонстрируют адекватное поведение в ситуации взаимодействия со сверстниками и взрослыми, не боятся новых задач, достаточно уверены в себе.

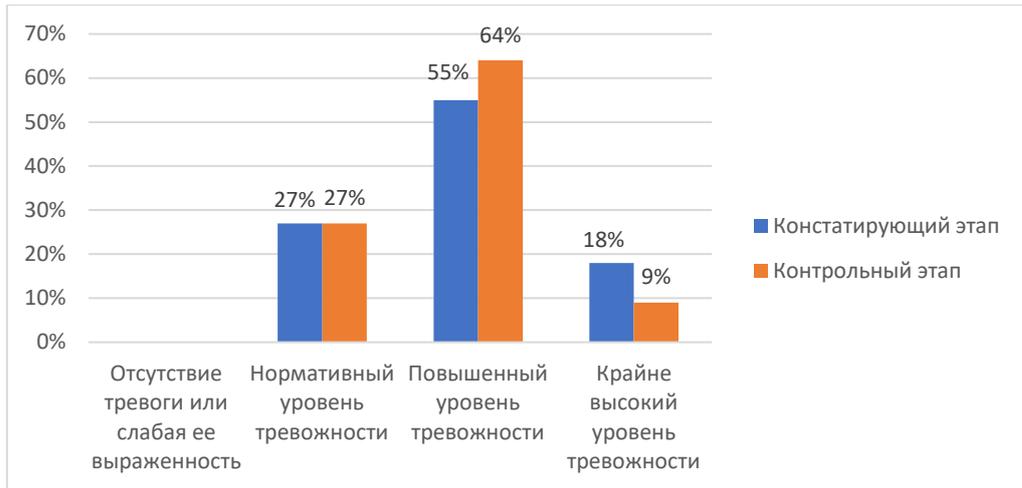
По показателю «несколько повышенный уровень тревожности» можно судить о том, что четверо детей из группы с явно повышенным уровнем тревожности перешли в группу с несколько повышенным уровнем тревожности. На контрольном этапе эксперимента этот показатель составил 37% (4 человека), а вот на первой диагностике этот показатель был равен 9% (1 человек). Это говорит о том, что некоторым младшим школьникам удалось снизить свой уровень тревожности и не во всех ситуациях испытывать волнение и страх. Только в определенном кругу событий они могут проявлять ярко свою неуверенность в себе, отказываться выполнять что-либо уже заранее зная, что у них ничего не получится.

По полученным данным также можно отметить положительную динамику в группе детей с высоким уровнем тревожности. На момент констатирующего этапа эксперимента показатель составлял 18% (2 человека), после проведения коррекции один школьник из этой группы перешел в группу с детьми с явно повышенной тревожностью, показатель составляет 9% (1 человек), он продолжает демонстрировать зажатость, нежелание взаимодействовать со сверстниками, неуверенность в себе.

Хочется отметить, что при проведении контрольного этапа в экспериментальной группе, дети стали более раскованно чувствовали себя, не боялись задавать вопросы, более свободно себя вели, некоторые даже шутили. При том, что на констатирующем этапе эксперимента, как мы отметили, дети с явной опаской отнеслись к выполнению заданий.

Данная методика позволила утверждать, что предложенная психокоррекционная программа помогла снизить психоэмоциональное напряжение у детей, поднять уровень самоуважения, развить навыки саморегуляции.

На Рисунке 11 представлены результаты исследования по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана в контрольной группе.



**Рисунок 11. Гистограмма 11. Результаты исследования контрольной группы по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана, контрольный этап эксперимента**

Как видим из гистограммы 11, у испытуемых контрольной группы в большинстве диагностирован повышенный уровень тревожности. Он присущ 64% детей (7 человек) в группе. На констатирующем этапе эксперимента повышенный уровень был выявлен у 55% детей (6 человек). Для детей, как и прежде, характерны нерешительность при выборе поступков и неуверенность в себе, зажатость. У детей остается страх публично отвечать у доски, испытывают чувство собственной неполноценности.

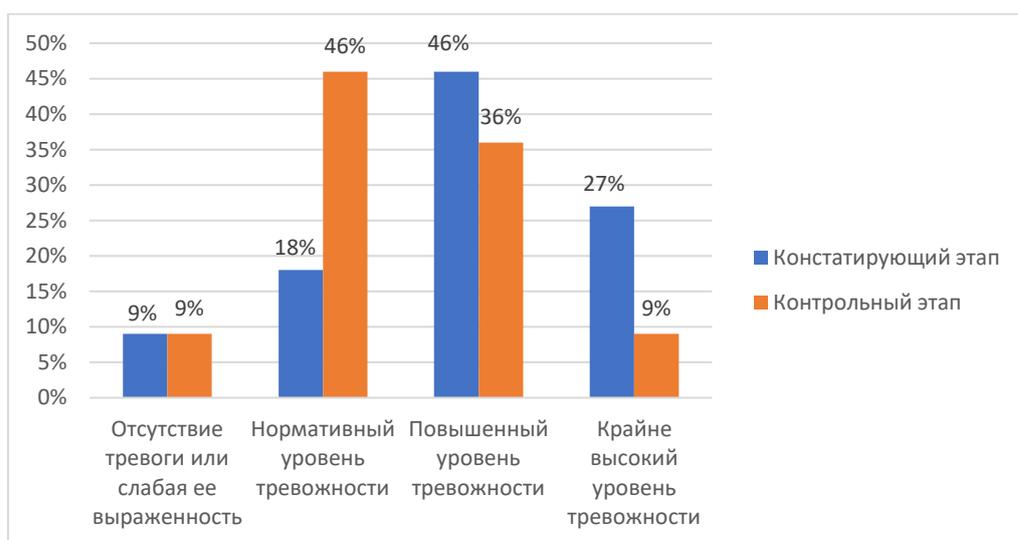
Отсутствие тревоги или слабую ее выраженность не показал ни один ребенок в контрольной группе, как при первичной диагностике, так и при повторной.

Нормативный уровень тревожности на контрольном этапе показали 27% (3 человека) испытуемых, как и на констатирующем этапе эксперимента. У младших школьников, уровень тревожности которых соответствует норме, обычно наблюдается объективное восприятие своих возможностей, личных качеств и будущих перспектив. Такие дети спокойно реагируют на критику и ведут себя уместно. Крайне высокий уровень тревожности на контрольном этапе показали 9% (1 человек) от группы испытуемых, при том что на констатирующем таких было 18% (2 человека). Следовательно, один из

испытуемых из группы с крайне высоким уровнем тревожности перешел в группу с повышенной тревожностью. Поведение этих детей отличается повышенной нервозностью, и напряженностью, неуверенностью в себе, эмоциональностью. В целом такие дети нуждаются в психолого-педагогической помощи, поскольку высокий уровень тревожности может способствовать развитию невротических и прочих расстройств.

Результаты повторной диагностики свидетельствуют о том, что уровень тревожности в контрольной группе в целом, лишь, незначительно снизился и большая часть детей продолжает испытывать беспокойство, напряжение во всех видах деятельности.

В экспериментальной группе по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана получились результаты, представленные на Рисунке 12.



**Рисунок 12. Гистограмма 12. Результаты исследования экспериментальной группы по методике «Многомерная оценка детской тревожности» Е. Е. Ромицыной, Л. И. Вассермана, контрольный этап эксперимента**

Как видим из гистограммы 12, до проведения психокоррекционной работы крайне высокий уровень тревожности был выявлен у 27% детей (3 человек). После проведения повторного исследования стал 9% (1 человек). Таким образом, мы видим, что количество детей с крайне высоким уровнем

тревожности сократилось. Это те дети, которые, как и прежде, демонстрируют страх быть отвергнутым, пугливость, нервозность.

Повышенный уровень, присущ 36% обучающихся (4 человек), это говорит о том, что часть детей все-таки испытывают беспокойство и напряженность в кругу определенных ситуаций, к которым еще не успели адаптироваться. При осложнении конкретных ситуаций они могут испытывать тревогу, внутренний эмоциональный дискомфорт. Однако при оказании поддержки хорошо на нее реагируют и могут стабилизироваться.

Показатели нормативного уровня тревожности значительно выросли: на констатирующем этапе был зафиксирован 18% испытуемых (2 человека); на контрольном 46% испытуемых (4 человека) имеющих нормативный уровень тревожности. Это свидетельствует о том, что в процессе реализации программы, данные дети имели возможность снять избыток психоэмоционального напряжения, повысился уровень самоуважения, самооценки. Младшие школьники уверены в успехе, демонстрируют упорядоченное контролируемое поведение. Таким образом, количество детей с нормативным показателем уровня тревожности увеличилось.

Отсутствие тревоги или слабую ее выраженность показал лишь один ребенок в экспериментальной группе (9 %) как при первичной диагностике, так и при повторной. Для этого ребенка характерно общее повышение тонуса, пренебрежение правилами, ему хочется быть на виду, отмечается поверхностное отношение к своим обязанностям, отсутствует ориентация на мнение других. Это может свидетельствовать как о наличии защитных реакций у испытуемого, так и о несколько завышенной самооценке.

В ходе проведенного нами исследования было выявлено, что в контрольной группе значительных изменений в результатах не отмечено. В то же время в экспериментальной группе проявилась положительная тенденция в снижении уровня тревожности за счет уменьшения числа детей с очень высоким уровнем и увеличения количества детей с нормальным уровнем тревожности. Младшие школьники показывают адекватную

самооценку, умение сосредотачиваться на выполнении заданий, а также стали более решительными. Дети стали более открыто говорить о своих чувствах, некоторые перестали быть «зажатыми», наладилось межгрупповое взаимодействие, дети обладают техниками саморегуляции, борьбы со страхами. Также школьники проявляют открытый интерес к творческой деятельности, намного увереннее берутся за новые задания.

Исходя из результатов повторного исследования, можно сделать вывод о том, что разработанная нами программа психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом эффективна. Поставленные цели и задачи были достигнуты.

### **Выводы по третьей главе**

1. В данной главе была составлена и апробирована программа психологической коррекции тревожности младших школьников с детским церебральным параличом. Данный метод психокоррекционной работы с учащимися, имеющими двигательные нарушения, базируется на результатах диагностики, которая была проведена во второй главе данной работы.

2. Программа была рассчитана на 12 недель и включала в себя 24 тематических занятия. Занятия проходили в виде арт-терапевтических упражнений, упражнений на снятие психоэмоционального напряжения, с добавлением игровых занятий и психогимнастики. Для младших школьников арт-терапия – это наиболее мягкий метод работы с детьми, имеющими двигательные нарушения. Арт-терапия позволяет детям выражать свои чувства, страхи, переживания и эмоции через продуктивные виды деятельности – лепку, рисование, конструирование, а также моделировать образ предметов, вызывающих тревогу и работать с ними в безопасной среде.

Программа включает в себя следующие направления работы:

– Снижение уровня тревожности младших школьников с детским церебральным параличом;

- Формирование навыков саморегуляции при возникновении напряжения, волнения, раздражения, беспокойства, связанных с коммуникацией с окружающими;
- Развитие умения справляться с физиологическими проявлениями тревожности и страха;
- Формирование позитивной самооценки, развитие уверенности в себе.
- Повышение общего эмоционального фона, интереса к активной учебной и творческой деятельности;

3. После формирующего этапа эксперимента, заключающегося в апробации программы, нами был проведен контрольный этап эксперимента.

По результатам контрольного этапа эксперимента мы установили, что в контрольной группе у детей значительных изменений в показателях нами не было зафиксировано. В группе есть лишь небольшое количество детей, имеющих нормативный уровень тревожности. Преобладает повышенная тревожность, которая характеризуется напряженностью, беспокойством детей по поводу своих способностей, занимаемого места в среде сверстников, оценки со стороны педагогов и других взрослых. При этом, касаясь определенного круга ситуаций к которым дети уже адаптированы, и знают, как себя нужно вести, школьники могут чувствовать себя более или менее комфортно, сохраняя работоспособность.

В экспериментальной группе наблюдается положительная динамика в увеличении количества детей, имеющих нормативный уровень тревожности, за счет сокращения количества детей с явно повышенной и очень высокой тревожностью. Результаты диагностики показали, что уровень тревожности младших школьников стал значительно ниже. Сократилось количество детей, имеющих страхи касаясь обучения, выполнения новых задач. Школьники с двигательными нарушениями стали активнее выражать свои эмоции по поводу той или иной ситуации, понимают алгоритм действий при

возникновении чувства тревоги, знают, что с этим делать. Также за счет активного использования методик арт-терапии младшие школьники проявляют интерес к творчеству что благоприятно влияет на их настроение, круг интересов и отношение к жизни в целом.

Таким образом, в экспериментальной группе мы видим, что младшие школьники стали более осмысленно подходить к своим ощущениям во время выполнения заданий, демонстрировать способности к самоконтролю и самоанализу, умения грамотно и последовательно воспроизводить свои мысли. Также общий эмоциональный фон при выполнении заданий стал более положительным и комфортным.

Полученные результаты свидетельствуют о том, то разработанная нами программа психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом оказалась эффективной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный согласно цели и задачам исследования анализ литературы показал, что проблеме изучения тревожности посвящено огромное количество работ как зарубежных (З Фрейд, К. Хорни, Э Фромм, А.Адлер, Ф Перлс, и другие), так и отечественных ученых (А. Прихожан, Л. Божович, В. Давыдов, Р. Немов, И. Мамайчук и другие).

Подводя итог всей работы, хочется отметить, что дети с двигательными нарушениями – действительно особые дети и требуют к себе совсем иного отношения, нежели здоровые. Психолого-педагогическое сопровождение детей с детским церебральным параличом – это неотъемлемая часть инклюзивного образования, которое сейчас очень активно развивается.

Проведя теоретический анализ основных понятий, мы обозначили особенности психического развития младших школьников с детским церебральным параличом и развития у них тревожности. В целом тревожность характерна как для здоровых младших школьников, так и для детей с особенностями. Однако если у здоровых детей тревожность чаще связана с обучением в школе, адаптацией и достаточно легко корректируется и быстро проходит, то у детей с детским церебральным параличом тревожность имеет гораздо больший круг причин, по которым возникает повышенная тревожность. Сюда относятся и частые случаи депривации, связанные с лечением, и отношение родителей, и реакция сверстников, а также физиологические возможности, нужные для комфортного существования. Детям с детским церебральным параличом нужно большее время для выполнения заданий, младшие школьники часто испытывают зажатость, беспокойство, чувство собственной неполноценности. Им характерна заниженная самооценка, трудности нахождения контакта со сверстниками, особенно в ситуации инклюзивного образования. Также особенностями проявления тревожности у детей с детским церебральным параличом являются: повышенной напряженностью и нервозностью,

ранимостью и обидчивостью, ребенок практически уверен в своем неуспехе, неуверен в своих решениях, все его поведение регулируется в основном эмоциями, испытывает чувство вины.

В практической части исследования была организована и проведена исследовательская работа с младшими школьниками с детским церебральным параличом. Она базировалась на Краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» в городе Красноярске. Исследование включало использование методик, направленных на определение уровня тревожности у младших школьников с двигательными нарушениями. Применялись следующие методики: «Тревожность у детей и подростков» под авторством А.М. Прихожан; адаптированная А. М. Прихожан шкала явной тревожности СМАС; и методика «Многомерная оценка детской тревожности», разработанная Е. Е. Ромицыным и Л. И. Вассерманом.

В результате проведенных методик были получены данные, подтверждающие гипотезу данного исследования о том, что у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом преобладает повышенный уровень тревожности. Младшие школьники продемонстрировали:

- В контрольной и экспериментальной группах большее количество детей имеют повышенный уровень тревожности.
- Дети демонстрируют напряженность, волнение, раздражение, беспокойство в ситуациях коммуникации с окружающими;
- Диагностические методики выявили наличие у детей страхов и физиологических проявлений тревоги;
- Младшие школьники демонстрируют сниженный уровень самооценки, неуверенность в себе;

– А также снижение общего эмоционального фона и активности, нежелание включаться в творческую и учебную деятельность.

– В поведении детей с детским церебральным параличом отмечается раздражительность, нерешительность. Также диагностические методики выявили наличие страхов и физиологических проявлений тревоги.

По результатам, полученным в рамках констатирующего эксперимента, можно утверждать, что большая часть младших школьников с двигательными нарушениями имеют явно повышенный и высокий уровень тревожности. У младших школьников отмечается пугливость, беспокойство, нерешительность, раздражительность, эмоциональная напряженность. Причем качественный анализ после проведения проективной методики А. Прихожан выявил, что наибольший страх связан у детей со сферой взаимоотношений с родителями и со сверстниками. На картинках, изображающих взаимодействие детей со взрослым большинство детей давали «неблагоприятные» ответы, указывали на конфликт. Повышенный уровень тревожности у младших школьников обусловлен несколькими причинами: потенциальный физический вред, связанный с болью и физическим неблагополучием, авторитарным и негибким стилем общения в семье ребенка с детским церебральным параличом.

Далее была разработана программа психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. Данный метод коррекционной работы с учащимися, имеющими двигательные нарушения, базируется на результатах диагностики, которая была проведена во второй главе данной работы.

Разработанная психокоррекционная программа рассчитана на 24 занятия. Реализована работа была в групповой форме. Каждое занятие представляет собой комплекс арт-терапевтических упражнений и игр, направленных на снижение психоэмоционального напряжения, обучения самоанализу и самоконтролю. Программа охватывала такие направления работы, как: снижение уровня тревожности младших школьников с детским

церебральным параличом; формирование навыков саморегуляции при возникновении напряжения, волнения, раздражения, беспокойства, связанных с коммуникацией с окружающими; развитие умения справляться с физиологическими проявлениями тревожности и страха; формирование позитивной самооценки, развитие уверенности в себе; повышение общего эмоционального фона, интереса к активной учебной и творческой деятельности. Результаты контрольного этапа исследования показывают, что в контрольной группе у младших школьников не произошло значительных изменений в показателях. У детей, как и прежде, основными проявлениями были повышенный и высокий уровень тревожности, выразившиеся в беспокойстве, раздражительности и нежелании взаимодействовать с другими в группе.

В экспериментальной группе наблюдалась положительная динамика. Количество детей, имеющих повышенный уровень тревожности сократилось, а количество детей, имеющих нормативный уровень тревожности увеличилось, что означает снижение уровня психоэмоционального напряжения в целом. Уровень тревожности у детей уменьшился, они стали более спокойно относиться к неудачам и с уверенностью приступать к новым задачам, их напряжение стало носить ситуативный характер, а эмоциональные реакции стали более уместными. Из полученных данных можно заключить, что выдвинутая гипотеза подтвердилась. Результаты показывают, что наша программа психологической коррекции тревожности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом была эффективной.

Таким образом, все поставленные задачи были выполнены, цель достигнута.

**БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Адлер А. Понять природу человека. Санкт - Петербург: Академический проект, 2008.
2. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.
3. Артюхова Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности: Дис. канд. психол. наук. Новосибирск, 2000.
4. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги/ Прикладная психология. – 2020.
5. Астапов, В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов. – 2-е изд. – Санкт - Петербург: Питер, 2004.
6. Барсукова, Е.В., Гуссейнова Э.Г. Реактивная тревожность – естественное или приобретенное состояние организма. Современная педагогика. 2016
7. Бердникова, Ю.А. Мир ребенка: развитие психики, страхи, социальная адаптация, интерпретация детского рисунка / Ю.А. Бердникова - Москва: Наука и техника, 2007.
8. Битянова, М.Р. Работа психолога в начальной школе / Битянова М.Р., Азарова Т.В., Афанасьева Е.И., Васильева Н.Л. - 2-е изд. – Москва: Генезис, 2001.
9. Божович Л.И. Проблемы формирования личности Москва: МОДЭК, 2014.
10. Божович Л.И. Избранные психологические труды: Психология формирования личности. – Москва: Международная педагогическая академия, 2003.
11. Бойко, Д.И. Общение детей с проблемами в развитии: Санкт - Петербург: КАРО, 2005.

12. Бурменская Г.В. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. Москва: МПСИ, 2007.
13. Выготский Л.С. Соч.: в 6 т. Т.5. – Москва: Педагогика, 2001.
14. Выготский, Л.С. Психология и учение о локализации высших психических функций / Л.С. Выготский // Хрестоматия по нейропсихологии /под ред. Е.Д. Хомской. М.: Ин-т общегуманитарных исследований; Московский психолого-социальный ин-т, 2004.
15. Выготский, Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – Москва: Эксмо, 2005.
16. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. / Гл. ред. А.В. Запорожец. Москва: Педагогика, 1982. – Т. 3: Проблемы развития психики/ Под ред. А.М. Матюшкина, 2007.
17. Выготский, Л.С. Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова. Факультет психологии. Словарь. / Л.С. Выготский; Под редакцией А. А. Леонтьева Авторский коллектив: Е.Н. Высоцкая, А.А. Леонтьев, Ю.В. Новожилова, А.В. Степаносова, Ю.А. Стороженко, Л.Требунская, И.С. Уточкин, С.Г. Чернацкий, В.Ю. Шевяхова, В.Ю. Штратникова. – Москва, 2007.
18. Выготский, Л.С. Психология развития человека. / Л.С. Выготский – Москва: Изд-во Эксмо, 2005.
19. Гаранькова И.Ю. Тревожность школьников в условиях социально-экономического кризиса: от подросткового к юношескому возрасту. Дисс. канд. псих.наук, Пермь, 2000.
20. Гончарова, М.Н., Гринина, А.В., Мирэозл, П.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. – Санкт - Петербург: Медицина, 2003.
21. Гнедова, С. Б. Специальная психология: учебное пособие / С.Б. Гнедова. – Ульяновск: УлГУ, 2009.

22. Давыдов В. В. Лекции по общей психологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Давыдов В. В. – 2-е изд. Москва: Издательский центр «Академия», 2017.
23. Давыдов, В.В. Российская педагогическая энциклопедия: В 2 тт./Гл. ред. В.В. Давыдов. – Москва: Большая российская энциклопедия, 2020.
24. Данилова, Л. А. – Диагностика психического и речевого развития ребенка с ДЦП / Л. А. Данилова, К. Стока, Г. Н. Козлицына. – Санкт-Петербург, 2018.
25. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала» / ред. А. И. Копытина. – Санкт - Петербург, 2002.
26. Дружинин, В.Н. Психическое здоровье детей. / В.Н. Дружинин. – Москва: Тв. Центр, 2012.
27. Дубровина И.В. и др. Младший школьник: Развитие познавательных способностей: Пособие для учителя. Москва: Просвещение, 2003.
28. Еренкова Н.В. Игровая психотерапия и психопрофилактика в педиатрии /Н.В. Еренкова // Педиатрия, 2010.
29. Ермолаева, М.В. Практическая психология детского творчества / Ермолаева М.В. – Москва: МПСИ, 2011.
30. Захаров, А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. / А. И. Захаров. – Санкт - Петербург: Союз, 2003.
31. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Формы и методы работы со сказками. / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. Санкт - Петербург: "Речь", 2008.
32. Имедадзе, Н. В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте / Н. В. Имедадзе // Психологические исследования. – Тбилиси, 2009.
33. Ипполитова, М.В., Бабенкова, Р.Д., Мастюкова, Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. – Москва, 2000.
34. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматические расстройства у детей. Санкт - Петербург: Речь, 2005.

35. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Москва, 2005.
36. Капитанец Е.Г. Проявление ситуативной тревожности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Уфа, 2015.
37. Карабанова, О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. Учебное пособие. / О.А. Карабанова. – Москва: РПА, 2010.
38. Киселева М.В. Арт-терапия в психологическом консультировании: учебное пособие / М.В. Киселева, В.А. Кулганов. - Санкт - Петербург: Речь, 2014.
39. Клепач Ю.В. Психологическая природа и психокоррекция тревожности у старшеклассников. Дисс. канд. психол. наук, Воронеж, 2020.
40. Козьявкин, В.И., Шестопалова, Л.Ф., Подкорытов, В.С. Детские церебральные параличи // Медико-психологические проблемы – Львов: Медицина, 2004.
41. Колодницкий, Г. А. Музыкальные игры, ритмические упражнения и танцы для детей / Г. А. Колодницкий. – Москва: Гном-Пресс, 2000.
42. Комиссарова, Л. Н. Воспитание эстетического отношения к природе средствами музыки / Л. Н. Комиссарова // Нравственно-эстетическое воспитание ребенка в детском саду – Москва, 2003.
43. Коноваленко, С. В. Развитие тонкой моторики и координации движений у дошкольников с легкой степенью детского церебрального паралича/ С. В. Коноваленко//Коррекционная педагогика, 2004.
44. Коноваленко, С. В. Особенности формирования конструктивной деятельности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом / С. В.Коноваленко // Специальная психология, 2004.
45. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. Москва: «Когито-Центр», 2007.
46. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях - Санкт - Петербург: Медицина, 2001.

47. Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – Москва: ПЕР СЭ, 2012.
48. Кряжева, Н. Л. Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов / Н. Л. Кряжева. – Ярославль : Академия развития, 2000.
49. Кулаков С. А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. – Санкт - Петербург: Речь, 2007.
50. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб., Речь, 2003.
51. Левченко, И. Ю. Современные проблемы организации обучения и воспитания детей с детским церебральным параличом / И. Ю. Левченко.- Москва: Коррекционная педагогика, 2008.
52. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – Москва : Академия, 2001.
53. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А. Н. Леонтьев. – Москва, 2005.
54. Лисина, М.И. Общение, личность и психика ребенка / Под ред. А.Г. Ружской – Москва-Воронеж, 2001.
55. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии // Акад. пед. наук СССР. – Москва, 2001.
56. Маллер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: Практическое пособие – Москва: АРКТИ, 2000.
57. Мамаева, А. В. Формирование первоначальных коммуникативных умений у детей 7-9-летнего возраста с церебральным параличом в процессе логопедического воздействия: Дис. канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2008.

58. Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт - Петербург: РЕЧЬ, 2013.
59. Максимов, В. Г. Педагогическая диагностика в школе: Учебное пособие для студ. Высш. Пед. Учеб. Заведений/ В. Г.Максимов. – Москва: Издательский центр «Академия», 2002.
60. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И.М. Марковская. - Санкт - Петербург: Изд-во Речь, 2010.
61. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. Санкт - Петербург: Речь, 2007.
62. Михальченко, К. А. Арт-терапия в системе психокоррекционной помощи детям с проблемами в развитии / К. А. Михальченко // Актуальные вопросы современной психологии: материалы Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, март 2011 г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2011.
63. Межиева М. В. Развитие творческих способностей у детей 5 – 7 лет / М. В. Межиева. – Ярославль: Академия развития: Академия Холдинг: 2002.
64. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. Москва: Академия, 2000.
65. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. 4-е изд. Москва: ВЛАДОС, 2007.
66. Немов Р.С. Психологический словарь / Р.С. Немов – Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2007.
67. Панфилова М. А. Психолого-педагогические условия коррекции аффективно-поведенческих расстройств у дошкольников с задержкой психического развития / М. А. Панфилова // Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития: материалы науч.- практич. конференции, посвящ. 10-летию МГПУ (октябрь 2005 г.). – Москва, 2005.
68. Панфилова, М. А. Тревожность и её коррекция у детей / М. А. Панфилова // Школа здоровья, 2013.

69. Панфилова, М.А. Игротерапия общения. Тесты и коррекционные игры. / М.А. Панфилова. – Москва: "Гном-Пресс", 2012.
70. Пёрлз, Ф. Гештальт-семинары / Ф. Перлз. – Москва, 2012.
71. Перре, М. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2009.
72. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Москва: МОДЭК, 2007.
73. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст / А.М. Прихожан – Москва: Издательство Питер, 2007.
74. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. - 2009.
75. Прихожан, А.М. Психокоррекционная работа с тревожными детьми. / А.М. Прихожан. – Москва: Знание, 2010.
76. Прихожан, А.М. Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст. / А.М. Прихожан. – Санкт - Петербург: "Питер", 2009.
77. Ромицына Е. Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности» / Е. Е. Ромицына / Практикум по психодиагностике – Москва: Речь, 2006.
78. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. / С.Л. Рубинштейн. – Санкт - Петербург: Питер, 2007.
79. Рудестам К. Групповая психотерапия. – Санкт - Петербург: Питер, 2000.
80. Рыбьякова, М. Ф. Развитие коммуникативных способностей старших дошкольников средствами эмоциональной выразительности / М. Ф. Рыбьякова. – Москва, 2003.
81. Северный А.А., Толстых Н.Н. Тревога // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – Санкт - Петербург: Питер, 2019.

82. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: АРКТИ, 2003.

83. Симонова, Т. Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями/Т. Н. Симонова//Монография. – Изд-во РПГУ им. Герцена, 2008.

84. Спилбергер, Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч. Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте. – Москва, 2014.

85. Смирнов, А. С. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии: Учеб. для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. / С. А. Смирнов, И. Б. Котова, Е. Н. Шиянов и др.; Под ред. С. А. Смирнова. – 4-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2000.

86. Флёрина, Е. А. Изобразительное творчество детей дошкольного возраста/ Е. А. Флёрина. – Москва: Учпедгиз, 2020.

87. Фрейд З. Психология бессознательного / Фрейд З. – Мастера психологии. – Санкт-Петербург: Питер, 2022.

88. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни– Санкт-Петербург: Канон+, 2022.

89. Хухлаева, О.В. Практические материалы для работы с детьми 3 – 9 лет. Психологические игры, упражнения, сказки / О.В. Хухлаева. – Москва: «Генезис», 2013.

90. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Санкт - Петербург.: Дидактика Плюс, 2019.

91. Шишова, Т.Л. Как помочь ребенку избавиться от страхов. / Т.Л. Шишова. – Санкт - Петербург: Речь, 2010.

92. Шишова, Т.Л. Страхи м это серьезно. Как помочь ребенку избавиться от страхов. / Т.Л. Шишова. – Санкт - Петербург: Издательство "Речь", 2011.

93. Щербатых, Ю.В. Психология страха: Популярная энциклопедия. / Ю.В. Щербатых. – Москва: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2013.
94. Эльконин, Д.Б. Опосредствование. Действие. Развитие. / Д.Б. Эльконин. – Москва: 2010.
95. Bowser B. L., Solis I. S. Pediatric rehabilitation: Medical Rehabilitation / Ed. Halstead L. S., Crabo M. N. Y., 2005.
96. Cardwel V. Cerebral palsy. Advances in understanding and care. N.Y., 2006.
97. Gruischank W.M. Cerebral palsy. A developmental disability. – Syracuse (N.Y.): Univ. Press, 2021.
98. Jersild A.T. Child psychology. – N.Y.: Prentise-Hall, 2007.
99. Oswin M. Behavior problems among children with cerebral palsy. – Bristol: John Wright and Sons Limited, 2009.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Приложение 1

#### **1. Методика «Тревожность у детей и подростков» А.М. Прихожан (проективная) (младший школьный возраст).**

Настоящая методика относится к числу методик проективного типа. Она была разработана на основе методики E. Amen (Amen E. W., Renison N., 1954) в 1980 – 1982 гг., но до настоящего времени не публиковалась. Методика предназначена для учащихся 6-9 лет. Экспериментальный материал – 2 набора по 12 рисунков размером 18×13 см. в каждом. Набор «А» (см. Рисунок 13) предназначен для девочек, набор «Б» – для мальчиков (см. Рисунок 14). Номера картинок ставятся на обороте рисунка. Методика проводится с каждым испытуемым индивидуально. Требования к проведению стандартны для проективных методик.

Перед началом работы дается общая инструкция. Кроме того, перед некоторыми рисунками даются дополнительные инструкции.

Инструкция «Сейчас ты будешь придумывать рассказы по картинкам. Картинки у меня не совсем обычные. Посмотри, на них нет лиц. Все – и взрослые, и дети нарисованы без лиц (предъявляется картинка № 1). Это сделано специально, для того чтобы интереснее было придумывать. Я буду показывать тебе картинки, их всего 12, а ты должен будешь придумать, какое у мальчика (девочки) на каждой картинке настроение и почему у него такое настроение. Ты знаешь, что настроение отражается у нас на лице. Когда у нас хорошее настроение, лица у нас веселые, радостные, счастливые, а когда плохое – грустные, печальные. Я покажу тебе картинку, а ты мне расскажешь, какое у мальчика (девочки) лицо – веселое, грустное, или какое-нибудь еще, и объяснишь, почему у него такое лицо» Выполнение задания по картинке 1 рассматривается как тренировочное. В ходе его можно повторять инструкцию, добиваясь того, чтобы ребенок ее усвоил. Затем

последовательно предъявляются картинки 2-12. Перед предъявлением каждой повторяется вопрос: Какое у девочки (мальчика) лицо? Почему у него такое лицо? Перед картинками 2, 3, 5, 6, 10 ребенку предварительно предлагается выбрать одного из персонажей-детей и рассказывать о нем. Все ответы детей фиксируются.

Обработка данных. Оцениваются ответы на 10 рисунков (2-11). Рисунок 1 – тренировочный. Рисунок 12 выполняет «буферную» функцию и предназначен для того, чтобы ребенок закончил выполнение задания позитивным ответом. Вместе с тем, следует обратить внимание на редкие случаи (по нашим данным, не более 5-7%), когда ребенок на 12 карточку дает отрицательный ответ, Такие случаи требуют дополнительного анализа и должны рассматриваться отдельно. Общий уровень тревожности вычисляется по «неблагополучным» ответам испытуемых, характеризующим настроение ребенка на картинке как грустное, печальное, сердитое, скучное. Тревожным можно считать ребенка, давшего 7 и более подобных ответов из 10. Сопоставляя ответы испытуемого с его интерпретацией картинки, а также анализируя выбор героя на картинках с несколькими детьми (например, на рисунке 6 – выбирает ли он ученика на первой парте, решившего задачу или ученика на второй парте, не решившего ее), можно получить богатый материал для качественного анализа данных.

**Рисунок 13. Набор «А» к диагностической методике А.М. Прихожан «Тревожность детей и подростков»**

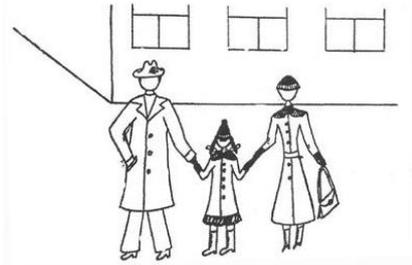


Рис. 1.

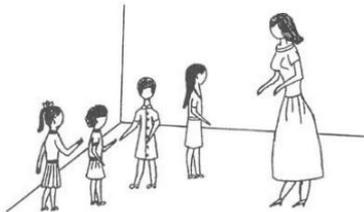
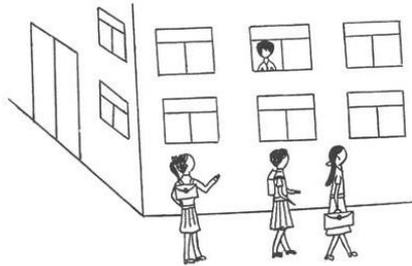


Рис. 5.

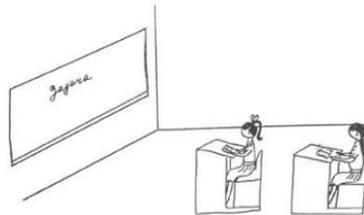


Рис. 6.

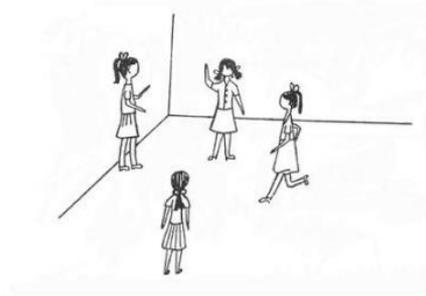


Рис. 2.

Рис. 3.



Рис. 4.

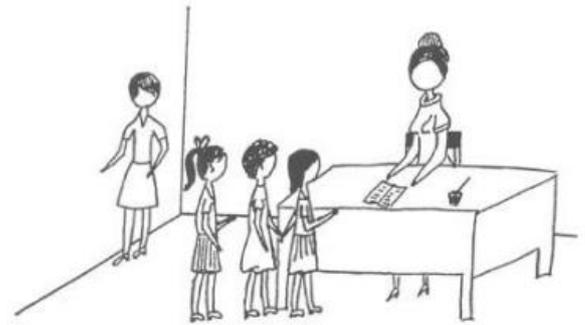


Рис. 7.

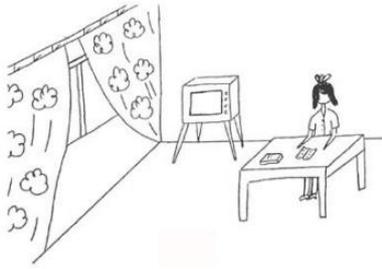


Рис. 8.

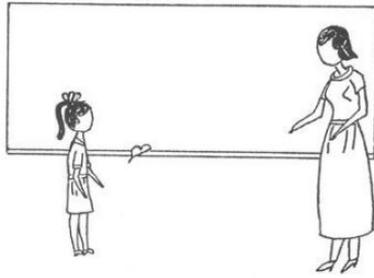


Рис. 9.

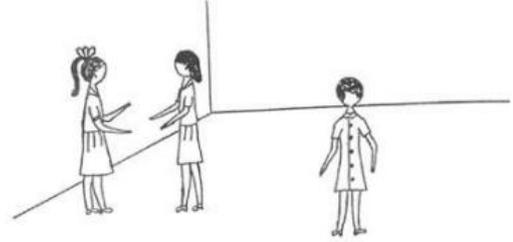


Рис. 10.

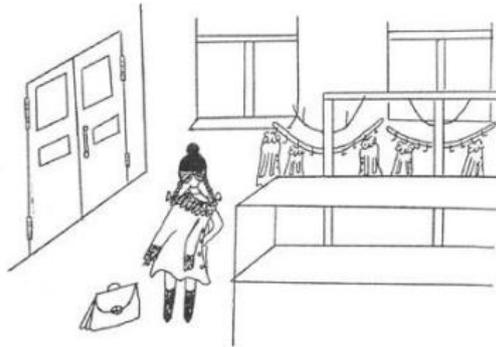


Рис. 11.



Рис. 12.

**Рисунок 13. Набор «Б» к диагностической методике А.М. Прихожан «Тревожность детей и подростков»**

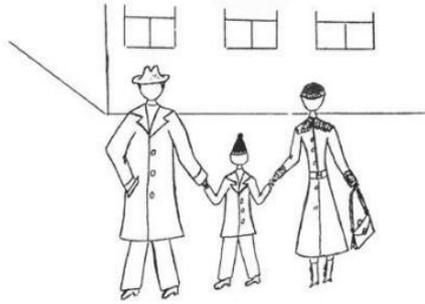


Рис. 1.

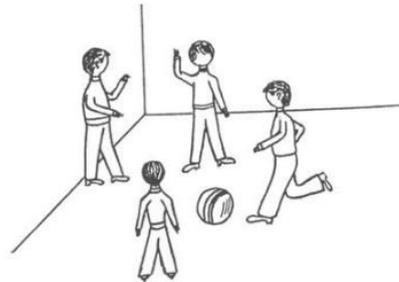


Рис. 3.

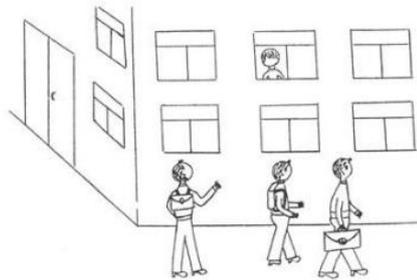


Рис. 2.

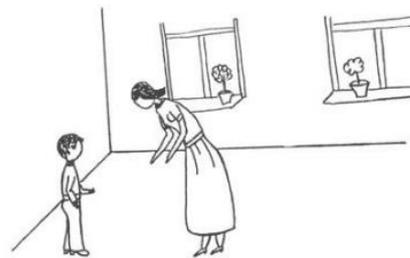


Рис. 4.

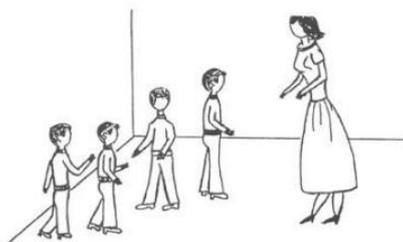


Рис. 5.

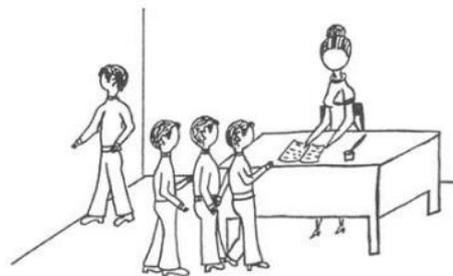


Рис. 7.

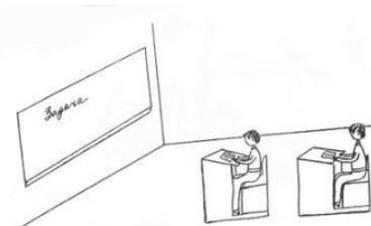


Рис. 6.

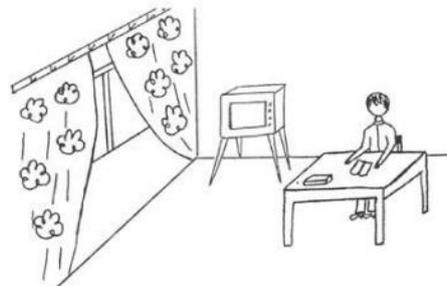


Рис. 8.

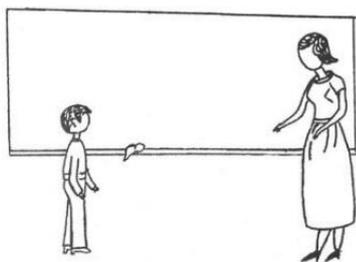


Рис. 9.



Рис. 11.

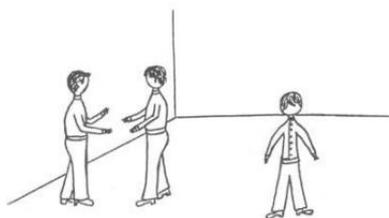


Рис. 10.



Рис. 12.

## 2. Шкала явной тревожности CMAS (адаптация А.М.Прихожан).

Назначение теста: Шкала явной тревожности для детей (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale – CMAS) предназначена для выявления тревожности как относительно устойчивого образования у детей 8-12 лет.

### Описание теста

Шкала была разработана американскими психологами А.Castaneda, В.В.McCandless, D.S.Palermo в 1956 году на основе шкалы явной тревожности (Manifest Anxiety Scale) Дж.Тейлор (J.A.Taylor, 1953), предназначенной для взрослых. Для детского варианта шкалы было отобрано 42 пункта, оцененных как наиболее показательные с точки зрения проявления хронических тревожных реакций у детей. Специфика детского варианта также в том, что о наличии симптома свидетельствуют только утвердительные варианты ответов. Кроме того, детский вариант дополнен 11 пунктами контрольной шкалы, выявляющей тенденцию испытуемого давать социально одобряемые ответы. Показатели этой тенденции выявляются с помощью как позитивных, так и негативных ответов. Таким образом, методика содержит 53 вопроса.

В России адаптация детского варианта шкалы проведена и опубликована А.М. Прихожан. По данным авторов и пользователей, детский

вариант шкалы доказывает достаточно высокую клиническую валидность и продуктивность ее применения для широкого круга профессиональных задач. Шкала прошла стандартную психометрическую проверку, в которой участвовали около 1600 школьников 7-12 лет из различных регионов страны.

#### Инструкция к тесту

На следующих страницах напечатаны предложения. Около каждого из них два варианта ответа: верно и неверно. В предложениях описаны события, случаи, переживания. Внимательно прочти каждое предложение и реши, можешь ли ты отнести его к себе, правильно ли оно описывает тебя, твое поведение, качества. Если да, поставь галочку в колонке Верно, если нет – в колонке Неверно. Не думай над ответом долго. Если не можешь решить, верно, или неверно то, о чем говорится в предложении, выбирай то, что бывает, как тебе кажется, чаще. Нельзя давать на одно предложение сразу два ответа (т. е. подчеркивать оба варианта). Не пропускай предложения, отвечай на все подряд.

#### Примечание

Методика может проводиться как индивидуально, так и в группах, с соблюдением стандартных правил группового обследования. Для детей 7-8 лет предпочтительней индивидуальное проведение. При этом если ребенок испытывает трудности в чтении, возможен устный способ предъявления: психолог зачитывает каждый пункт и фиксирует ответ школьника. При групповом проведении такой вариант предъявления теста, естественно, исключен.

Примерное время выполнения теста – 15-25 мин.

Ключ к субшкале *«социальной желательности»* (номера пунктов CMAS)

- Ответ «Верно»: 5, 17, 21, 30, 34, 36.
- Ответ «Неверно»: 10, 41, 47, 49, 52.

Критическое значение по данной субшкале – 9. Этот и более высокий результат свидетельствуют о том, что ответы испытуемого могут быть

недостовверны, могут искажаться под влиянием фактора социальной желательности.

**Ключ к субшкале тревожности**

- Ответы «Верно»: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12,13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 53.

Полученная сумма баллов представляет собой первичную, или «сырую», оценку

Тестовый материал представлен в Таблице 4.

«Таблица 4. Бланк к методике Шкала явной тревожности CMAS  
(адаптация А.М.Прихожан)»

№	Утверждение	Верно	Неверно
1	Тебе трудно думать о чем-нибудь одном.		
2	Тебе неприятно, если кто-нибудь наблюдает за тобой, когда ты что-нибудь делаешь		
3	Тебе очень хочется во всем быть лучше всех.		
4	Ты легко краснеешь.		
5	Все, кого ты знаешь, тебе нравятся.		
6	Нередко ты замечаешь, что у тебя сильно бьется сердце.		
7	Ты очень сильно стесняешься.		
8	Бывает, что тебе хочется оказаться как можно дальше отсюда.		
9	Тебе кажется, что у других все получается лучше, чем у тебя.		
10	В играх ты больше любишь выигрывать, чем проигрывать.		
11	В глубине души ты многого боишься.		

12	Ты часто чувствуешь, что другие недовольны тобой.		
13	Ты боишься остаться дома в одиночестве.		
14	Тебе трудно решиться на что-либо.		
15	Ты нервничаешь, если тебе не удастся сделать то, что тебе хочется.		
16	Часто тебя что-то мучает, а что – не можешь понять.		
17	Ты со всеми и всегда ведешь себя вежливо.		
18	Тебя беспокоит, что тебе скажут родители.		
19	Тебя легко разозлить.		
20	Часто тебе трудно дышать.		
21	Ты всегда хорошо себя ведешь.		
22	У тебя потеют руки.		
23	В туалет тебе надо ходить чаще, чем другим детям.		
24	Другие ребята удачливее тебя.		
25	Для тебя важно, что о тебе думают другие.		
26	Часто тебе трудно глотать.		
27	Часто волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имело значения.		
28	Тебя легко обидеть.		
29	Тебя все время мучает, все ли ты делаешь правильно, так, как следует.		
30	Ты никогда не хвастаешься.		
31	Ты боишься того, что с тобой может что-то случиться.		

32	Вечером тебе трудно уснуть.		
33	Ты очень переживаешь из-за оценок.		
34	Ты никогда не опаздываешь.		
35	Часто ты чувствуешь неуверенность в себе.		
36	Ты всегда говоришь только правду.		
37	Ты чувствуешь, что тебя никто не понимает.		
38	Ты боишься, что тебе скажут: «Ты все делаешь плохо».		
39	Ты боишься темноты.		
40	Тебе трудно сосредоточиться на учебе.		
41	Иногда ты злишься.		
42	У тебя часто болит живот.		
43	Тебе бывает страшно, когда ты перед сном остаешься один в темной комнате.		
44	Ты часто делаешь то, что не стоило бы делать.		
45	У тебя часто болит голова.		
46	Ты беспокоишься, что с твоими родителями и что-нибудь случится.		
47	Ты иногда не выполняешь свои обещания.		
48	Ты часто устаешь.		
49	Ты часто грубишь родителям и другим взрослым.		
50	Тебе нередко снятся страшные сны.		
51	Тебе кажется, что другие ребята смеются над тобой.		

52	Бывает, что ты врешь.		
53	Ты боишься, что с тобой случится что-нибудь плохое.		

## Обработка и интерпретация результатов теста

### Предварительный этап

1. Просмотреть бланки и отобрать те, на которых все ответы одинаковы (только «верно» или только «неверно»). Как уже отмечалось, в СМАС диагностика всех симптомов тревожности подразумевает только утвердительный ответ («верно»), что создает при обработке трудности, связанные с возможным смещением показателей тревожности и склонности к стереотипии, которая встречается у младших школьников. Для проверки следует использовать контрольную шкалу «социальной желательности», предполагающую оба варианта ответа. В случае выявления левосторонней (все ответы «верно») или правосторонней (все ответы «неверно») тенденции полученный результат следует рассматривать как сомнительный. Его следует тщательно проконтролировать с помощью независимых методов.

2. Обратить внимание на наличие ошибок в заполнении бланков: двойные ответы (т. е. подчеркивание одновременно и «верно», и «неверно»), пропуски, исправления, комментарии и т. п. В тех случаях, когда у испытуемого ошибочно заполнено не более трех пунктов субшкалы тревожности (вне зависимости от характера ошибки), его данные могут обрабатываться на общих основаниях. Если же ошибок больше, то обработку проводить нецелесообразно. Следует обратить особое внимание на детей, которые пропускают или дают двойной ответ на пять или более пунктов СМАС. В значительной части случаев это свидетельствует о затрудненности выбора, трудностях в принятии решения, попытке уйти от ответа, т. е. является показателем скрытой тревожности.

### Основной этап

1. Подсчитываются данные по контрольной шкале – субшкале «социальной желательности».

2. Подсчитываются баллы по субшкале тревожности.

3. Первичная оценка переводится в шкальную. В качестве шкальной оценки используется стандартная десятка (стены). Для этого данные испытуемого сопоставляются с нормативными показателями группы детей соответствующего возраста и пола.

4. На основании полученной шкальной оценки делается вывод об уровне тревожности испытуемого.

Характеристика уровней тревожности представлена в таблице 5.

«Таблица 5. Характеристика уровней тревожности по методике Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А.М.Прихожан)»

Стены	Характеристика	Примечание
1-2	Состояние тревожности испытуемому не свойственно	Подобное «чрезмерное спокойствие» может иметь и не иметь защитного характера
3-6	Нормальный уровень тревожности	Необходим для адаптации и продуктивной деятельности
7-8	Несколько повышенная тревожность	Часто бывает связана с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни
9	Явно повышенная тревожность	Обычно носит «разлитой», генерализованный характер
10	Очень высокая тревожность	Группа риска

3. «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) – клинически апробированный опросник, предназначенный для экспресс- и структурной диагностики расстройств тревожного спектра у детей и

подростков. Разработан в 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева Е. Е. Малковой (Ромицыной) под руководством Л. И. Вассермана.

**Методика позволяет индивидуально проанализировать структуру проявлений тревожности у детей и подростков в связи с проблемами, возникающими у них дома, при школьном обучении, во взаимоотношениях с окружающими (сверстниками, учителями и родителями).**

МОДТ используется среди детей и подростков (от 7 до 18 лет) и позволяет отследить возрастную динамику структуры тревожности.

**На основании результатов, полученных по 10 шкалам, можно получить информацию о структурных особенностях тревожности конкретного ребёнка или подростка по четырём основным направлениям психологического анализа:**

- оценка уровней тревожности, имеющих непосредственное отношение к личностным особенностям ребёнка (1, 3 и 7-я шкалы);
- оценка особенностей психофизиологического и психовегетативного тревожного реагирования в стрессогенных ситуациях (9 и 10-я шкалы);
- оценка роли в развитии тревожных реакций и состояний ребёнка особенностей его социальных контактов (в частности – со сверстниками, учителями и родителями) (2, 4 и 5-я шкалы);
- оценка роли ситуаций, связанных со школьным обучением, в развитии тревожных реакций и состояний ребёнка (6 и 8-я шкалы).

Бланк к опроснику МОДТ

Фамилия, имя, отчество\_

Дата рождения\_Пол\_Возраст\_

Дата исследования\_Школа\_Класс\_

Дополнительная информация\_

Инструкция. «Предлагаемые вам вопросы имеют отношение к тому, как вы себя чувствуете обычно. На каждый вопрос требуется однозначно ответить “да” или “нет”. Старайтесь отвечать искренне и правдиво, здесь нет

верных или неверных, хороших или плохих ответов. Над вопросами долго не задумывайтесь.

Если вы определились с ответом на конкретный вопрос, то напротив соответствующего ему номера в бланке для ответов следует поставить знак если ответ “да”, и знак “–”, если ваш ответ на данный вопрос “нет”.

Если вы затрудняетесь в выборе однозначного ответа, то выбирайте решение в соответствии с тем, что бывает чаще. Если ваш ответ на данный вопрос может быть различным в разные периоды вашей жизни, выбирайте решение так, как это правильно в настоящее время. Всякий вопрос, ответ на который вы не можете сформулировать как “да”, следует считать отрицательным (т. е. “нет”»).

Ниже приводится список вопросов.

1. Часто ли ты чувствуешь себя обеспокоенным и взволнованным?
2. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда вы играете в разные игры?
3. Стараешься ли ты избегать игр, в которых делается выбор, только потому, что тебя могут не выбрать?
4. Как ты думаешь, теряют ли симпатии учителей те из учеников, которые не справляются с учебой?
5. Можешь ли ты свободно говорить с родителями о вещах, которые тебя беспокоят?
6. Трудно ли тебе учиться не хуже других ребят?
7. Боишься ли ты вступать в спор?
8. Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?
9. Часто ли ты чувствуешь себя усталым?
10. Сказывается ли на желудке твое волнение?
11. Когда вечером ты лежишь в постели, часто ли ты испытываешь беспокойство по поводу того, что будет завтра?

12. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одноклассников не хочет делать того, что хочешь делать ты?
13. Кажется ли тебе, что окружающие часто недооценивают тебя?
14. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся учителя?
15. Можешь ли ты обратиться со своими проблемами к близким, не испытывая страха, что тебе будет хуже?
16. Часто ли тебе ставят более низкую оценку, чем ты ожидал?
17. Часто ли ты боишься выглядеть нелепо?
18. Обычно ты волнуешься при ответе или выполнении контрольных заданий?
19. Чувствуешь ли ты себя бодрым после отдыха?
20. Случается ли тебе попадать в такие ситуации, когда ты чувствуешь, что твое сердце вот-вот остановится?
21. Часто ли тебя что-то мучает, а что – не можешь понять?
22. Часто ли ты чувствуешь себя не таким, как большинство твоих одноклассников?
23. Часто ли ты боишься, что тебе не о чем будет говорить, когда кто-то начинает с тобой разговор?
24. Обладают ли способные ученики какими-то особыми правами, которых нет у других ребят в классе?
25. Кажется ли тебе иногда, что никто из родителей тебя хорошо не понимает?
26. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда ты делаешь ошибки?
27. Обычно тебя волнует то, что думают о тебе окружающие?
28. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли с ним справился?
29. Чувствуешь ли ты себя хуже от волнений и ожидания неприятностей?

30. Случается ли, что ты испытываешь кожный зуд и покалывание, когда волнуешься?

31. Часто ли ты волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имеет никакого значения?

32. Верно ли, что большинство ребят относятся к тебе по-дружески?

33. Испытываешь ли ты стеснение, находясь среди малознакомых людей?

34. Волнуешься ли ты, когда учитель просит остаться после уроков и поработать с ним индивидуально?

35. Когда у тебя плохое настроение, советуют ли тебе твои родители успокоиться и отвлечься?

36. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выделиться?

37. Часто ли, отвечая на уроке, ты переживаешь о том, что думают о тебе в это время другие?

38. Мечтаешь ли ты о том, чтобы поменьше волноваться, когда тебя спрашивают?

39. Часто ли у тебя болит голова после напряженного дня?

40. Бывает ли у тебя сильное сердцебиение в тревожных для тебя ситуациях?

41. Часто ли ты чувствуешь неуверенность в себе?

42. Нравится ли тебе тот одноклассник, к которому другие ребята относятся лучше всех?

43. Обычно ты боишься невольно обидеть других людей своими случайно сказанными словами или поведением?

44. Боишься ли ты критики со стороны учителя?

45. Начинают ли твои родители сердиться и возмущаться по поводу любого пустяка, совершенного тобой?

46. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем теперь?

47. Часто ли одноклассники смеются над твоей внешностью и поведением?

48. Бывает ли так, что, отвечая перед классом, ты начинаешь заикаться и не можешь ясно произнести ни одного слова?

49. Трудно ли тебе вставать по утрам вовремя?

50. Бывают ли у тебя внезапные чувства жара или озноба?

51. Трудно ли тебе сосредоточиться на чем-то одном?

52. Верно ли, что большинство твоих одноклассников не обращают на тебя внимания?

53. Часто ли ты, услышав смех, чувствуешь себя задетым и думаешь, что смеются над тобой?

54. Легко ли учителю привести тебя в замешательство своим неожиданным вопросом?

55. Часто ли твои родители интересуются тем, что тебя волнует и чего ты хочешь?

56. Боишься ли ты не справиться со своей работой?

57. Часто ли ты упрекаешь себя в том, что не используешь многие свои способности?

58. Обычно ты спишь спокойно накануне контрольной или экзамена?

59. Легко ли ты засыпаешь вечером?

60. Кажется ли тебе иногда, что твое сердце бьется неравномерно?

61. Часто ли тебе снятся страшные сны?

62. Считаешь ли ты, что одеваешься в школу так же хорошо, как и твои одноклассники?

63. Боишься ли ты потерять симпатии других людей?

64. Считаешь ли ты, что педагоги относятся к тебе несправедливо?

65. Всегда ли родители с пониманием выслушивают твои взгляды и мнения?

66. Можешь ли ты быть очень настойчивым, если хочешь добиться определенной цели?

67. Трудно ли тебе писать, если при этом кто-то смотрит на твои руки?
68. Часто ли ты получаешь низкую оценку, хорошо зная материал, только из-за того, что волнуешься и теряешься при ответе?
69. Часто ли ты сердишься по мелочам?
70. Бывает ли так, что при волнении у тебя появляются красные пятна на шее и на лице?
71. Часто ли ты испытываешь страх в тех ситуациях, когда точно знаешь, что тебе ничто не угрожает?
72. Злятся ли некоторые из твоих одноклассников, когда тебе удается быть лучше их?
73. Обычно тебе безразлично, что думают о тебе другие?
74. Боишься ли ты, что тебя могут вызвать к директору?
75. Если ты сделаешь что-нибудь не так, будут ли твои родители постоянно и везде говорить об этом?
76. Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?
77. Нравится ли тебе быть первым, чтобы другие тебе подражали и следовали бы за тобой?
78. Если ты не можешь ответить, когда тебя спрашивают, чувствуешь ли ты, что вот-вот расплачешься?
79. Часто ли тебе приходится дома доделывать задания, которые ты не успел выполнить в классе?
80. Бывает ли тебе трудно дышать из-за волнения?
81. Боишься ли ты оставаться дома один?
82. Мешает ли тебе твоя застенчивость подружиться с тем, с кем хотелось бы?
83. Часто ли бывает, что тебе кажется, будто окружающие смотрят на тебя как на никчемного и ненужного человека?
84. «Холодеет» ли у тебя все внутри, когда учитель делает тебе замечание?

85. Бывает ли тебе обидно, когда твое мнение не совпадает с мнением твоих родителей, а они категорически настаивают на своем?

86. Часто ли тебе снится, что твои одноклассники могут сделать то, что не можешь ты?

87. Боишься ли ты, что тебя неправильно поймут, когда ты захочешь что-то сказать?

88. Часто ли бывает такое, что у тебя слегка дрожит рука при выполнении контрольных заданий?

89. Легко ли тебе расплакаться из-за ерунды?

90. Боишься ли ты, что тебе вдруг станет дурно в классе?

91. Страшно ли тебе оставаться одному в темной комнате?

92. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся одноклассники?

93. Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя окружающие?

94. Снится ли тебе временами, что учитель в ярости из-за того, что ты не знаешь урок?

95. Чувствуешь ли ты себя никому не нужным каждый раз после ссоры с родителями?

96. Сильно ли ты переживаешь по поводу замечаний и отметок, которые тебя не удовлетворяют?

97. Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать задание на доске перед всем классом?

98. Беспокоишься ли ты по дороге в школу, что учитель может дать классу проверочную работу?

99. Часто ли ты получаешь более низкую оценку, чем мог бы получить, из-за того, что не успел чего-то сделать?

100. Потеют ли у тебя руки и ноги при волнении?

После того как испытуемый (или помогающий ему взрослый) заполнил бланк по каждому параметру, подсчитывается арифметическая сумма «сырых» баллов (структура регистрационного бланка такова, что каждый

столбец соответствует отдельной шкале). Собственно подсчет «сырых» баллов производится с использованием ключа, где за каждое совпадение ответа испытуемого с ключом начисляется 1 балл в пользу соответствующей шкалы.

На рисунке 15 приводятся ключи для каждой шкалы.

**Рисунок 15.** Ключ к методике «Многомерная оценка детской тревожности»

Шкала 1 «Общая тревожность»

Ответы «да»	Ответы «нет»
1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91	—

Шкала 2 «Тревога в отношениях со сверстниками»

Ответы «да»	Ответы «нет»
12, 22, 52, 72, 82	32, 42, 62, 92

Шкала 3 «Тревога, связанная с оценкой окружающих»

Ответы «да»	Ответы «нет»
3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 83, 93	73

Шкала 4 «Тревога в отношениях с учителями»

Ответы «да»	Ответы «нет»
4, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94	14

Ответы «да»	Ответы «нет»
25, 45, 75, 85, 95	5, 15, 35, 55, 65

Шкала 6 «Тревога, связанная с успешностью в обучении»

Ответы «да»	Ответы «нет»
6, 16, 26, 36, 46, 56, 76, 86, 96	66

Шкала 7 «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения»

Ответы «да»	Ответы «нет»
7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 87, 97	77

Шкала 8 «Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний»

Ответы «да»	Ответы «нет»
8, 18, 28, 38, 48, 68, 78, 88, 98	58

Шкала 9 «Снижение психической активности, обусловленное тревогой»

Ответы «да»	Ответы «нет»
89, 29, 39, 49, 69, 79, 89, 99	19, 59

Шкала 10 «Повышенная вегетативная реактивность обусловленная тревогой»

Ответы «да»	Ответы «нет»
10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100	—

Поскольку вес каждой из десяти шкал определяется ответом на 10 вопросов, то, соответственно, максимальное количество «сырых» баллов по

каждой шкале составит 10, а минимальное – 0 баллов. Другими словами, «сырые» баллы выражают абсолютный минимум и абсолютный максимум, т. е. с их помощью можно оценить, насколько выражено влияние того или иного фактора, что играет немаловажную роль в интерпретации результатов. «Сырые» баллы в оценке результатов рекомендуется использовать для массовых скрининговых исследований, когда необходимо выделить индивидуальные различия в характере тревожного реагирования в целом по группе или отдельных ее членов. Если же речь идет о необходимости оценки уровня и характера тревожности конкретного ребенка, рекомендуется воспользоваться процедурой перевода «сырых» баллов в стандартные интервальные оценки, используя специально разработанные таблицы стандартных z-оценок.

Данная процедура позволяет обозначить степень выраженности каждого из 10 измеряемых проявлений тревожности у детей и подростков в зависимости от пола и возраста испытуемых. Таким образом, окончательный результат по каждой шкале приводится в соответствие со следующими категориями:

- «отсутствие тревоги или слабая ее выраженность» (*от -2,5 до -1 z-баллов*);
- «нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида» (*от -1 до +1 z-баллов*);
- «повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях; субклинический уровень» (*от +1 до +2z-баллов*);
- «крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер, дезорганизующий деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений» (*от +2 до +3 z-баллов*).

На рисунках 16, 17 приводятся таблица перевода «сырых» шкальных оценок в категорию стандартных интервалов отдельно для мальчиков и девочек четырех возрастных групп: 7–10 лет (младший школьный возраст).

**Рисунок 16.** Таблица баллов по методике «Многомерная оценка детской тревожности»

**Девочки в возрасте 7–10 лет**

Шкала	Стандартные уровневые интервалы «сырых» оценок			
	низкий	нормативный	повышенный	крайне высокий
1	0–2	3–7	8–9	10
2	0–2	3–6	7–8	9–10
3	0–3	4–8	9	10
4	0–3	4–7	8	9–10
5	0–2	3–6	7–8	9–10
6	0–2	3–7	8	9–10
7	0–3	4–8	9	10
8	0–3	4–8	9	10
9	0–2	3–7	8	9–10
10	0–2	3–7	8	9–10

**Рисунок 16.** Таблица баллов по методике «Многомерная оценка детской тревожности»

Мальчики в возрасте 7–10 лет

Шкала	Стандартные уровневые интервалы «сырых» оценок			
	низкий	нормативный	повышенный	крайне высокий
1	0–1	2–6	7–8	9–10
2	0–1	2–6	7–8	9–10
3	0–2	3–6	7–8	9–10
4	0–2	3–6	7–8	9–10
5	0–2	3–6	7	8–10
6	0–2	3–6	7	8–10
7	0–2	3–6	7–8	9–10
8	0–2	3–7	8–9	10
9	0–2	3–6	7–8	9–10
10	0–1	2–6	7–8	9–10

После того как получены данные отнесения конкретного «сырого» результата по каждой шкале к определенному уровню выраженности показателя («низкому», «нормативному», «повышенному» или «крайне высокому»), строится дальнейшая интерпретация в соответствии с представленными ниже описаниями каждого из четырех уровней выраженности по каждой из 10 шкал.

**Конспект занятий коррекции тревожности детей младшего  
школьного возраста с детским церебральным параличом**

**Занятие 5.**

Цель занятия: Ознакомление со способами снятия напряжения.  
Повышение самооценки.

*1. Упражнение «Ласковое имя»*

Цель: формирование положительной самооценки.

Ход упражнения:

Группа встает в круг, водящий встает в центр и называет свое имя. Задача стоящих в кругу придумать и назвать ласковую форму имени водящего. После чего водящий должен сказать какая ласковая форма ему понравилась больше всего.

2. «Считалочка-бормоталочка» – психогимнастическое упражнение, которое способствует развитию артикуляционного аппарата и координации движений.

Для выполнения упражнения нужно выучить фразу, «идёт бычок качается». Затем несколько раз подряд произнести её:

- В первый раз – вслух все три слова.
- Во второй раз – вслух только слова «идёт бычок», а слово «качается» – про себя, хлопая при этом один раз в ладоши.
- В третий раз – вслух только слово «идёт», а слова «бычок качается» – про себя, сопровождая каждое слово хлопком в ладоши.
- В четвёртый раз – все три слова про себя, заменяя их тремя хлопками.

*3. Игра «Похвалки»*

Цель: повышение самооценки.

Ход упражнения: Все дети сидят в кругу. Каждый получает сюжетную картинку, на которой изображено какое-либо одобряемое окружающими действие.

Ребенок должен «озвучить» карточку, начав словами «Однажды я...»

После того, как все желающие выскажутся, психолог обобщает сказанное: каждый ребенок обладает какими-либо талантами, но для того, чтобы это заметить, необходимо очень внимательно, доброжелательно и заботливо относиться к окружающим.

#### *4. Арт-терапевтическое упражнение «Рисование под музыку»*

Цель: Снятие эмоционального напряжения.

Материалы: Краски акварельные или гуашевые, широкие кисти, бумага, аудиокассета Вивальди «Времена года».

Ход упражнения: Рисование под музыку Вивальди «Времена года» большими мазками.

- Лето – красные мазки (ягоды)
- Осень – желтые и оранжевые (листья)
- Зима – голубые (снег)
- Весна – зеленые (листья)

#### *5. Упражнение «Приятное воспоминание».*

Цель: снижение тревожности, обучение вызывать ресурсное состояние в сложных ситуациях.

Ход упражнения: Включается живая, мягкая мелодия, дети вместе с ведущим садятся на ковер в удобные позы. «У всех из нас есть самое приятное воспоминание и если было бы возможным, мы бы вернулись туда и остались бы навсегда. Закройте глаза, сейчас мы вернемся туда, где нам было очень хорошо. Услышите ваше дыхание, как бьется сердце, послушайте музыку... и вспомните тот день, час, минуту, когда вам было больше всего весело, приятно, вы чувствовали себя прекрасно, где вас ничего не волновало, не беспокоило...». Психолог стимулирует детей на то, чтобы они

вспомнили, как им было спокойно и ничто не тревожило (фиксация на данных ощущениях). После детям предлагается обсудить ощущения, испытанные во время сеанса. Дается рекомендация: при ситуациях, вызывающих беспокойство, неуверенность, страх вспомнить то состояние, когда они испытывали покой и радость.

#### **Занятие 14.**

Цель занятия: Развития навыков отреагирования и преодоления негативной эмоции страха, снятие внутреннего напряжения, релаксация, развитие мелкой моторики рук.

##### *1. Разминка «Тренируем эмоции». Игротерапия.*

Цель: развитие саморегуляции, умения контролировать свои эмоции, снятие напряжения.

Ход упражнения:

Попросите детей нахмуриться как:

- осенняя тучка;
- рассерженный человек;
- злой человек.

Попросите детей улыбнуться, как:

- кот на солнце;
- само солнце;
- как Буратино;
- как хитрая лиса;
- как довольный ребенок.

Попросите детей показать как злится:

- ребенок, у которого отняли конфету;
- два барана на мосту;
- человек, которого ударили.

Попросите детей показать как испугался:

- ребенок, потерявшийся в лесу;

- заяц, увидевший волка;
- котенок, на которого лает собака.

Попросите детей показать, как устал:

- папа после работы;
- человек, поднявший тяжелый груз;
- муравей, притащивший большую муху.

Попросите детей показать, как выглядит:

- турист, снявший тяжелый рюкзак;
- ребенок, который много потрудился, но помог маме;
- уставший воин после победы.

## 2. Упражнение «Страхи» (рисование на клеенке)

Цель: коррекция страхов, тревожности.

Материал: плотная клеенка (прозрачная или цветная), гуашь, клей ПВА, кисточки, губки.

Методика проведения: психолог предлагает детям изобразить свои страхи, объясняя тем, что если вдруг захочется что-то исправить, то это можно сделать легким касанием губки.

Дети рассказывают о своих страхах, а затем можно:

- подрисовать что-нибудь, чтобы образ стал смешным;
- угостить вкусным, нарисовав конфеты, печенье, колбасу и т. д.;
- заштриховать его;
- избавиться от страха, смыв губкой с водой (клеенка останется чистой);
- приручить его.

## 3. Упражнение сказкотерапии «Сказка про мышонка».

Цель: снижение тревожности и страхов у детей.

– В одном деревенском доме жил мышонок, маленький, серенький, с длинным хвостиком. Все у мышонка было хорошо: и тепло ему было, и

сытно. Все, да не все. Была у мышонка беда по имени Боюська. Больше кошек мышонок боялся темноты.

Как только наступала ночь, он начинал бегать по дому и искать местечко, где посветлее. Но обитатели дома по ночам спали и свет всюду выключали. Вот и бегал мышонок без толку до самого утра.

Проходили неделя за неделей, месяц за месяцем, а мышонок все бегал и бегал каждую ночь. И так он устал, что однажды ночью сел на порог дома и заплакал. Мимо проходил сторожевой пес и спрашивает:

– Ты почему плачешь?

– Спать хочу, – отвечает мышонок.

– Так почему не спишь? – удивился пес.

– Не могу, у меня Боюська.

– Какая такая Боюська? – не понял пес.

– Боюська-а-а-а-а, – еще сильнее заплакал мышонок.

– А что она делает?

– Спать не дает, всю ночь мучает, глаза держит открытыми.

– Вот здорово, – позавидовал пес, – мне бы твою Боюську.

– Те-бе? – мышонок перестал плакать. – Для чего она тебе?

– Стар я стал. Как ночь наступает, глаза сами слипаются. А мне спать никак нельзя: я – сторожевой пес. Прошу тебя, мышонок, подари мне твою Боюську.

Мышонок задумался: может, такая Боюська нужна самому? Но решил, что псу она пригодится больше, и подарил свою Боюську. С тех пор мышонок спокойно спит по ночам, а пес продолжает честно сторожить деревенский дом.

*Вопросы для обсуждения:*

– Боюська – это кто?

– Зачем пес попросил у мышонка Боюську?

*Этюд «Мышата-Боюськи и Мышата-Небоюськи»*

– Представьте, что вы – мышата-боюськи... А теперь изобразите мышат, которые дарят своих боюсек... А теперь покажите мышат-небоюсек.

*Все дети выполняют задание.*

#### *4. Ритуал прощания «Встретимся опять»*

– Наше занятие закончилось. Давайте снова встанем в наш круг. Протянем вперед левую руку «от сердца, от души», (*получается пирамида из ладошек*) и скажем наши традиционные слова:

– Раз, два, три, четыре, пять – скоро встретимся опять!

– До скорой встречи!