

+ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

Кафедра общей и клинической психологии

**Адаптация к фрустрирующей ситуации детей
с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Выпускная квалификационная работа
(дипломная работа)

обучающегося по специальности
37.05.01 Клиническая психология
очной формы обучения,
группы 02061102
Воскановой Ирины Сергеевны

Научный руководитель:
кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей
и клинической психологии
Шутенко Е.Н.

Рецензент:
кандидат психологических наук
Цуркин В.А.

БЕЛГОРОД 2017

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 Теоретические основы изучения адаптации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата к ситуации фрустрации....	7
1.1 Понятие о фрустрации в психологических исследованиях.....	7
1.2. Особенности адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	17
1.3. Особенности адаптации к фрустрирующей ситуации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	20
ГЛАВА 2 Эмпирическое исследование специфики адаптации к состоянию фрустрации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	27
2.1. Организация и методы исследования	27
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	33
ГЛАВА 3 Экспериментальное исследование адаптации к ситуации фрустрации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.....	44
3.1. Развитие оптимального реагирования на фрустрирующую ситуацию и повышение адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	44
3.2. Анализ динамики адаптации к фрустрирующим ситуациям у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	63
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	65
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	73

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения опорно-двигательного аппарата, а в частности детский церебральный паралич, это нарушения, которые характеризуются не только чисто органическим сбоям в функционировании организма, но и инвалидизацией детей, что ведет к сложности их адаптации в социуме. Основной сферой в этом вопросе является возможность (или невозможность) принятия ребенком своего «Я», осознание своей неполноценности, дистанцированность от сверстников, и отношение социума к особенностям развития таких детей.

Кроме того, детский церебральный паралич можно рассматривать в качестве модели влияния двигательного дефицита на формирование психических процессов у детей, и в частности на формирование эмоциональной сферы. Стоит отметить, что эмоциональный фактор имеет большое значение в сфере адаптации детей к социуму. Способность к адаптации играет немаловажную роль при попадании ребенком в ситуацию фрустрации.

В работах Н.Д. Левитова фрустрация понимается как состояние человека, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели.

Также исследованиями состояния фрустрации занимались такие ученые как Т.Браун, Д.Фарбер, Р.Уотерхауз, Н.Майер, А.Маслоу, С. Розенцвейг.

Причины патологического развития личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые имеют как социальное, так и биологическое происхождение, также определяют эмоциональную сферу таких детей и были выделены Э.С. Калижнюк еще в 1987 году. Проблему адаптации к обществу детей с ДЦП рассматривала И.Ю.Ветрова

Мы предполагаем, что ребенок с нарушениями опорно-двигательного аппарата, чаще сталкивается с трудностями и переживает состояние

фрустрации, в связи с чем, проблема адаптации к ситуации фрустрации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является актуальной. Анализ научной литературы показал, что проблемам, посвященным изучению адаптации к фрустрирующей ситуации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата не было уделено достаточного внимания. В результате данные, получаемые в сфере рассмотрения и диагностики адаптации к фрустрации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, не дают точного представления о его роли в эмоциональной сфере личности, не выявляют механизмы его влияния на развитие личности в различных областях жизнедеятельности.

Обращение к теории и практике научной разработки фрустрационной адаптации позволяет выделить ряд **противоречий**:

При большом количестве детей с данным заболеванием, эта тема является слабоизученной и встречается недостаточное количество специалистов владеющих навыками работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата с помощью современных методов;

В норме фрустрация обладает защитной и адаптационной функциями, у детей же с нарушениями опорно-двигательного аппарата частое столкновение с фрустрирующей ситуацией вызывает дезадаптацию.

Отсюда следует **проблема** нашего исследования: каковы особенности переживания состояния фрустрации детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата?

Цель исследования – изучить специфику адаптации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата к ситуации фрустрации, провести коррекционную работу, направленную на развитие оптимального типа реагирования при столкновении с фрустрирующей ситуацией и повышение уровня адаптированности детей.

Объект – адаптация детей к фрустрирующей ситуации.

Предмет – динамика адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к фрустрирующей ситуации.

Гипотеза – детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, свойственны агрессивные реакции на фрустрирующую ситуацию, что затрудняет их психическую адаптацию к ситуациям данного типа; снижение уровня эмоционально-психического напряжения, будет способствовать улучшению динамики их адаптации к фрустрирующей ситуации.

Для реализации поставленной цели и проверки гипотезы исследования были реализованы следующие **задачи**:

1. На основе изученной научной литературы определить разработанность проблемы адаптации к ситуации фрустрации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
2. Исследовать особенности переживания фрустрации и специфику адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
3. Разработать и определить эффективность коррекционной программы по адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к ситуации фрустрации.

Теоретико-методологическую основу исследования составили такие психологические теории, концепции и работы как:

- Состояние фрустрации, как направление психологических исследований (С. Розенцвейг, Т. Браун, Д. Фарбер, Р. Уотерхауз, Н. Майер, А. Маслоу).
- Реабилитационная психология, рассматривающая становление психики людей с ограниченными возможностями (К. Реннер, Г. Юмашев, Г. Витте).
- Специфика адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, представленная в исследованиях Э.С. Калижнюк, Н.А. Гросс, А.А. Капустиной, Х.Р Мендоса, И.Ю. Ветровой.

Методы исследования: обобщение, комплексный теоретический анализ, методы математической статистики (t-критерий Стьюдента, корреляционный анализ, G критерий знаков.), сравнительный анализ данных, корреляционный анализ.

Методики: «Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Детский вариант (модификация Н.В.Тарабриной)», «Тест Люшера», «Карта наблюдений Стотта», Методика многомерной оценки детской тревожности.

База исследования: ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» и МБОУ СОШ№39.

В исследование приняло участие 40 младших школьников, из которых 16 с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Структура выпускной квалификационной (дипломной) работы. Настоящая работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы (72) и приложений. Текст дипломной работы изложен на 72 листах машинописного текста, включает в себя 1 таблицу и 7 рисунков.

ГЛАВА 1 Теоретические основы изучения адаптации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата к ситуации фрустрации

1.1. Понятие о фрустрации в психологических исследованиях

Несмотря на то, что основы изучения фрустрации были положены ещё в первой половине 20 века, у психологов до сих пор не сложилось единого мнения о том, что такое фрустрация. Но чаще всего встречается два определения фрустрации. Первое: фрустрация – акт блокирования или прерывания поведения, направленного на достижение значимой цели (т.е. фрустрационная ситуация). Второе – эмоциональное состояние человека, возникшее после неудачи, неудовлетворения какой-либо сильной потребности, упрёков со стороны [33]. Второе определение также связано с появлением таких эмоций как: враждебность, гнев, досада, тревога.

Сложность определения заключается в том, к чему относить термин фрустрация: к внешней причине (ситуации) или к вызываемой ею реакции (психическое состояние). В научной литературе встречаются оба варианта использования термина. Наиболее верно было бы, аналогично различию стресса и стрессора, различать фрустратор – внешнюю причину трудностей и фрустрацию – воздействие на организм и личность этих трудностей.

Остановимся на определениях фрустрации, которые выдвигали психологи, исследующие этот вопрос. Большое значение в данной сфере принадлежит определению С. Розенцвейга, согласно которому фрустрация «имеет место в тех случаях, когда организм встречает более или менее непреодолимые препятствия или обструкции на пути к удовлетворению каких-либо жизненных потребностей» [65, с. 18]. Он рассматривает фрустрацию в контексте приспособления организма к окружающей действительности.

В работах Н.Д. Левитова [39] фрустрация понимается как состояние, которое выражается в специфических особенностях переживаний и

поведения и вызывается объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели.

Свой вариант определения фрустрации выдвигали Т. Браун и Д. Фарбер [5], по их мнению, фрустрация – результат таких условий, при которых ожидаемая реакция или предупреждается, или затормаживается. Их позицию поясняет Лоусон [5], говоря о том, что фрустрация – конфликт между двумя тенденциями: той, которая относится к типу связи «цель – реакция», и той, которая возникла под влиянием интерферирующих условий. Браун и Фарбер акцентируют внимание на противоречиях, возникающих при столкновении с препятствием, именно эти противоречия вызывают эмоциональные реакции характерные для данной ситуации. Р. Уотерхауз [5], соглашаясь с идеей этих авторов в их стремлении различить внешнюю причину и вызываемое ею состояние, предлагает называть фрустрацией лишь факт помехи, при этом изучая особенности его влияние на деятельность организма, но обоснований для использования этого значения они не приводят.

Фрустрацию в качестве психического состояния можно определить как – состояние человека, которое выражается в специфических переживаниях и поведении и вызывается объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или к решению задачи. Н.Майер [39] и Р.Уотерхауз [19], говорят о фрустрации, как о закономерном явлении, которое необходимо для развития личности и жизнедеятельности организма.

Если судить по определениям фрустрации, то факторами её появления являются: сильная мотивация удовлетворения потребности, и препятствия, возникающие на пути к их удовлетворению.

Существует несколько типов классификации фрустрирующих ситуаций. Например, по характеру препятствий и фрустрируемых мотивов. Такой классификации придерживался А.Маслоу [36], выделяя «врожденные» психологические потребности, при фрустрации которых могут возникнуть

психические нарушения, и «приобретенные», фрустрация которых не несет в себе патогенный характер.

С. Розенцвейг, в свою очередь, выделил три вида фрустрирующих ситуаций [61].

Первый вид – лишения (privation). Он заключается в отсутствии возможностей удовлетворить потребности или достижения цели. Они могут находиться как вовне (тюремное заключение, катастрофа), так и в самом человеке (чувство вины, стыд, ревность).

Второй вид составляют потери (deprivation). Г. Селье [27] называл его «стресс рухнувшей надежды». Они также бывают как внешними, так и внутренними. Часто внутренние потери переживаются людьми намного тяжелее, и могут привести к тяжелым последствиям, таким как разочарование в себе или в людях, болезнь, ощущение беспомощности и бессмысленности жизни. По словам Г. Селье [27], даже психологи, которые исследуют этот вопрос годами, не могут сказать, почему «стресс рухнувшей надежды», чаще приводит к заболеваниям, чем физический стресс. В перечень этих заболеваний входит как повышенная раздражительность и мигрень, так и язва желудка и гипертония.

Третий вид ситуации – конфликт. По аналогии с предыдущими выделяется внешний и внутренний конфликты. Также отдельной группой выделяются три вида конфликтов: внутриличностный, межличностный и межгрупповой.

Внутриличностный конфликт – это состояние выбора между одинаковыми по силе, но противоположными по направлению альтернативами.

Разновидностью внутриличностного конфликта является так называемый ролевой конфликт. Он бывает внутриролевым, когда одна составляющая социальной роли противоречит другой составляющей. И межролевым, когда составляющие нескольких ролей входят в конфликт друг с другом.

Межличностный конфликт – это столкновение двух личностей с разными, противоречащими друг другу, ценностями, которые преследуют взаимоисключающие цели, либо конкурируют за достижение определенной цели, при невозможности достигнуть ее обеими сторонами.

Межгрупповой конфликт – это столкновение между социальными группами, цели которых препятствуют друг другу.

Также отдельно от классификации находится познавательный конфликт, он был выдвинут американским психологом Л. Фестингером [39] и называется когнитивным диссонансом. Л.Фестингер говорил о соотношении действий и поступков, и о соответствии знаний и веры. То есть, человек стремится привести все знания, эмоции, мнения об известных ему явлениях к внутреннему соответствию между собой. Диссонанс же этих мнений, эмоций и т.д., приводит к состоянию дискомфорта и побуждает к действиям, для избавления от него.

Препятствия людей к достижению целей, так называемые барьеры, могут быть биологическими, физическими, социокультурными и психологическими.

Т. Дембо [37] делит барьеры на внешние и внутренние. Внутренние барьеры – препятствия на пути к цели, а внешние – препятствия мешающие выйти из ситуации. К. Левин в свою очередь различает «физически-вещественные», «социологические» и «идеологические» барьеры.

«Фрустрация возникает только тогда, – пишет В. С. Мерлин, – когда степень неудовлетворения выше того, что человек может стерпеть. Та степень неудовлетворения, выше которой человек не может терпеть и деятельность его дезорганизуется, называется порогом фрустрации» [39, с. 54].

Порог фрустрации зависит от нескольких факторов:

- суммация фрустрации, то есть частота столкновения с препятствием на пути достижения цели;
- значимость фрустрируемой ситуации;

- быстрота возникновения отрицательных эмоций;
- терпеливость, т. е. умение длительное время справляться с трудностями.

Психологи выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

- двигательное возбуждение;
- апатия (нежелание совершать какие либо действия);
- агрессия и деструкция;
- стереотипия (повторение определенных действий, не зависимо от их необходимости);
- регрессия (для выхода из фрустрирующей ситуации, человек либо обращается к модели поведения принятой в более раннем в возрасте, либо наблюдается примитивизация поведения).

Центральными характеристиками фрустрации является то, что у нее нет цели как таковой. Об этом говорит монография Н.Майера одним своим названием – «Фрустрация: поведение без цели» [42]. В другой работе Н.Майер [39] пояснял, что суть его теории не в том, что «фрустрированный человек не имеет цели», а «что поведение фрустрированного человека утрачивает целевую ориентацию». Но Э. Фромм [43] полагает, что фрустрационное поведение «представляет собой попытку, хотя часто и бесполезную, достичь фрустрированной цели». При этом К. Гольдштейн [36], наоборот, утверждает, что фрустрационное поведение не только нецелесообразно, но и дезорганизовано и беспорядочно. Он называет его «катастрофическим».

Исходя из теории Н.Майера [39], можно обобщить вышесказанное следующим образом: важным признаком поведения в фрустрирующей ситуации является потеря ориентации на первичную, фрустрированную цель (в противовес мнению Э. Фромма). При этом (в противоположность мнению К. Гольдштейна) - фрустрационное поведение не всегда нецеленаправленно, оно может содержать некоторую цель, но достижение этой цели

бессмысленно относительно первоначального мотива и выхода из фрустрирующей ситуации.

Благодаря разногласиям этих авторов выделяется два важных параметра, по которым можно охарактеризовать фрустрационное поведение:

- «мотивоспособность» - связь между поведением и мотивом, констатирующим психологическую ситуацию;
- «организованность поведения, какой бы то ни было целью» (независимо от того, что достижение цели не ведет к реализации мотива).

Отсюда Н.Д. Левитов [39] выдвигает следующую типологию возможных состояний поведения:

- поведение первого типа (мотивосообразное и подчиненное организующей цели) заведомо не является фрустрационным;
- поведение второго типа (мотивосообразное, но не подчиненное организующей цели). Утрачен волевой контроль, но в сознании сохраняется связь между поведением и мотивом;
- поведение третьего типа. Для него характерна утрата связи, через которую от мотива передается смысл действию. Нарушается связь между изначальным мотивом и действиями человека;
- поведение четвертого типа. «Катастрофическое». Теряется как волевой, так и сознательный контроль, поведение дезорганизовано, нет связи с мотивом.

Х.Р Мендос[43] считает, что во фрустрационной ситуации наиболее частой является агрессивная реакция на препятствие. Из-за частого проявления этой реакции была предложена формула «фрустрация-агрессия», которая позже была изменена. Но все же при проведении исследований довольно большой процент испытуемых(113 из 145) проявляли агрессивную реакцию в ответ на фрустрацию.

При этом не всегда агрессия выливается непосредственно на фрустратора. Когда нет возможности проявить агрессию напрямую происходит, так называемое, смещение агрессии на невинного человека.

Например, после тяжелого рабочего дня отец семейства срывает свою злость на детях или жене, или наоборот после ссоры в семье директор терроризирует своих подчинённых. Агрессия также может быть направлена и на самого себя (человек ругает себя, рвет на себе волосы) и на неодушевленные предметы (бьёт боксерскую грушу, представляя себе обидчика, или разбивает посуду, в порыве ярости).

Бывают также случаи, когда агрессия совершенно недопустима, например, воспитание ребенка в авторитарной семье, в которой каждый поступок преследуют жестокие репрессии. В таком случае бывает два итога: ребёнок усваивает методы своих родителей и использует их в жизни на следующем поколении, что тоже является смещением, но появляющимся со временем, либо из ребенка вырастает невротическая, апатичная, безынициативная личность.

Часто обиженный человек представляет себе сцены мести, ничего при этом, не предпринимая, т.е. побуждение к агрессии замыкается в кругу фантазии.

Также, при невозможности достичь своих целей, человек начинает успокаивать себя, как бы замечая в своих целях массу недостатков, которые раньше игнорировались. Соглашаясь с тем, что фрустрация часто приводит к агрессивным реакциям, не стоит упускать другие состояния, которые она может вызвать. Например, состояние фиксации, которое Н. Майер [39] рассматривает, как типичное выражение фрустрации. Обычно этот термин понимается как стереотипность, повторяемость действий. В проводимых Н. Майером опытах, животные, лишившиеся привычного подкрепления, продолжали делать бессмысленные движения, не пытаясь остановиться. Таким образом, можно сделать вывод, что фиксация - активное состояние, но если противопоставлять её агрессии, то это состояние ригидно, консервативно, инертно. Однако, фиксацию можно понимать и по-другому, как определенную привязанность к фрустратору, который поглощает все

внимание, вызывает потребность воспринимать, переживать и анализировать фрустратора длительное время.

Равно как и стенические, существуют и астенические реакции на фрустрацию – депрессивные состояния. Депрессию, в данном случае, можно противопоставить агрессии. Ее характеризуют тоска, печаль, неуверенность в своих силах, отчаяние, общая слабость. В тяжелых случаях депрессии встречаются приступы временного оцепенения, когда человек чувствует скованность во всем теле и неспособность двигаться, испытывает апатию.

Баркер [4] относил к типичным фрустрационным реакциям регрессию. Регрессия – это возвращение к более примитивным, а нередко и к инфантильным формам поведения, а также понижение под влиянием фрустратора уровня деятельности, причём не только той, которая блокируется.

Регрессия не всегда является только результатом фрустрации. Есть разные причины для ее возникновения, например вызывание жалости для манипуляции людьми, либо отзеркаливание поведения другого человека.

Кроме того, существует замещение, еще одна наиболее распространенная форма поведения в состоянии фрустрации. При возникновении препятствия в достижении первоначальной цели, человек может заменить ее на менее привлекательную, но более достижимую. Новая цель, в данном случае, выступит в качестве компенсации.

Другими словами, при невозможности достичь определенной потребности в одном из видов деятельности и возникновении из-за этого неудовлетворенности, человек может компенсировать эту неудовлетворенности с помощью реализации схожей потребности в другом виде деятельности и иным способом. Формы замещения бывают как социально одобряемыми (уход в работу, творчество, спорт), так и асоциальными, противоправными и деструктивными (алкоголизм, суицидальные попытки, наркомания).

Частым проявлением замещения является – сублимация. Это переключение с антисоциального или неодобряемого вида деятельности, на более приемлемый в обществе. В качестве примера одной из форм сублимации Т.Шибутани приводит такой случай: «Ребенок, растущий в бедности или принадлежащий к этническому меньшинству, может быть глубоко уязвлен пренебрежительным или презрительным отношением к нему. Его первоначальной реакцией будет ненависть к тем, кто занимает привилегированное положение, но его агрессивность может превратиться в убеждения-поступки, направленные на устранение всякой социальной несправедливости. Так, человек способен косвенно удовлетворить свои подавленные импульсы и в то же время завоевать общественное одобрение, и даже восторженное признание»[5,с 42].

Фрустрации, как и всякие психические состояния, могут быть:

- типичными для характера человека;
- нетипичными, но выражающими начало возникновения новых черт характера;
- эпизодическими, преходящими.

Так, например, для человека холеричного типа темперамента вероятнее проявление агрессивной реакции, он чаще ищет виноватого в своих неудачах. Сангвиник склонен к обесцениванию фрустрации, и снижению значимости для него желаемого результата. Флегматик стремится обесценивать события и игнорировать трудности. Меланхоличным людям характерно самообвинение и застревание на происходящем.

При явной негативной окраске фрустрации, как эмоциональной реакции, в норме она выполняет защитную и адаптивную функции организма. При помощи фрустрации, у человека создается мотивация на преодоление препятствий, и формируется модель поведения, для выхода из подобной ситуации в будущем. Ситуация, в которой такое препятствие возникает, называется стрессом.

Таким образом, понятие фрустрации тесно связано с понятием стресса. Стресс является одним из наиболее распространённых в наши дни видов аффектов. При получении эмоциональной перегрузки и сильном длительном психологическом напряжении, возникает стресс. Он нарушает привычный темп деятельности человека, изменяет его поведение.

По словам Г. Селье [27], стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, который помогает ему приспособиться к возникшей трудности, справиться с ней. Любая неожиданность, которая нарушает привычное течение жизни, может быть причиной стресса. При этом, как отмечает Г. Селье, не имеет значения, позитивное или негативное отношение вызывает у человека ситуация, с которой он столкнулся. Имеет значение, насколько необходима адаптация к этой ситуации. Любое событие, факт или сообщение может вызвать стресс, т.е. стать стрессором. Само возникновение и переживание стресса зависит скорее от субъективных факторов, от особенностей самого человека, то есть от оценки им ситуации, сопоставления своих сил и способностей с тем, что от него требуется, и т.д.

Подводя итоги можно отметить, что личность формируется и развивается благодаря наличию препятствий, как внутренних, так и внешних. Они стимулируют поисковую активность личности, расширяют спектр связей личности с миром, делают их более дифференцированными и глубокими. Но в то же время, препятствия, которые носят непреодолимую силу, появляются постоянно, либо появляются слишком неожиданно, могут привести к нарушению функционирования человека, дезадаптации его в обществе, трудностям в общении и конфликтности.

1.2. Особенности адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Хотя вопрос адаптации довольно изучен в современной психологии, исследований, которые раскрывают проблема адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата значительно меньше. Сама по себе адаптация трактуется как приспособление к чему-либо, кем-либо. В данном случае, мы будем рассматривать социальную адаптацию детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. То есть мы будем говорить о приспособлении детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к социуму. И, учитывая специфику данной работы, мы также остановим свое внимание на реабилитации таких детей.

Главная задача социально-психологической реабилитации по Витте [16] – регуляция отношений между неполноценным человеком и окружающим его миром. Дезадаптация выявляется у детей с особенностями в развитии в несколько раз чаще, особенно если их заболевания связаны с органическими повреждениями головного мозга.

Л.А Саморокова [56] говорит о том, что основные проблемы психосоциальной адаптации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата зависят от тяжести поражения центральной нервной системы. Если дефекты являются врожденными или рано приобретенными, а также имеют органическую природу, то база, которая обеспечивает развитие личностных качеств, необходимых для успешной социализации ребенка – поврежденной. В большей степени это характерно детям с детским церебральным параличом (ДЦП), исходя из того, что нарушения в психофизиологическом развитии, создают препятствия в активном включении ребенка в социум и самостоятельном взаимодействии в нем.

У детей с заболеваниями такого типа, возникают проблемы с адаптацией, они характеризуются как тревожные, беспокойные, неконтактные, часто уходят в мир собственных фантазии и ощущений.

Также, такие дети уделяют большое внимание одобрению взрослыми, они не критичны к замечаниям, расстраиваются и обижаются, часто проявляют неадекватную реакцию (могут проявить гнев и агрессию, отказываются выполнять поставленную задачу), не пытаются скорректировать свое поведение.

С ровесниками и взрослыми дети с ДЦП контактируют слабо, знакомство протекает медленно и напряженно, для установления контакта необходимо приложить достаточно усилий.

В исследованиях Э.С. Калижнюк [30] выделяются следующие особенности социально-личностного развития таких детей:

- стабильно низкий уровень социальной и коммуникативной компетентности детей;
- неблагоприятная адаптация почти каждого второго ребенка, проявляющаяся чувством беспокойства, тревоги, плаксивостью, упрямством, негативизмом или безразличием;
- склонность к отказу детей от контактов со взрослыми и сверстниками, уходу в мир собственных ощущений и переживаний;
- преобладание у большинства детей в процессе коммуникации со взрослыми непосредственного, ситуативно-личностного общения, при котором они испытывают серьезные трудности организации собственной деятельности;
- наличие почти у всех детей неуверенности в собственных возможностях, трудностей в том чтобы заинтересовать сверстников, неумения разрешать конфликтные ситуации. И, как следствие, отсутствие стремления самостоятельно выйти из фрустрирующей ситуации, и ожидание помощи от взрослых;
- ограничения овладения коммуникативными средствами;
- наличие различных нарушений речи.

Уровни социальной адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут претерпевать изменения в процессе течения

заболевания, причем как в положительную, так и в отрицательную сторону. Кроме того, для ребенка с ДЦП важен не столько сам двигательный дефект и определенные сопровождающие его нарушения, сколько выраженность этого дефекта в его деятельности, сочетание разных синдромов. Главную роль в реабилитации таких детей занимает социальный фактор: воспитание, адекватное восприятие потенциала ребенка родителями, требования предъявляемые родственниками и ближайшим окружением. Также, большое значение имеет возраст ребенка, ранняя диагностика и своевременное проведения реабилитационных и коррекционных мероприятий значительно повышают вероятность адаптации ребенка в социуме.

Важную роль в социально-психологической адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата играет их восприятие своей жизни. Ощущения собственной неполноценности и поиски в себе несовершенства, из-за сравнения себя со здоровыми детьми, снижают качество их жизни. Отсюда акцентирование внимания на своем состоянии и ощущение себя неполноценным, что часто приводит к нарушениям эмоциональной сферы, и, как следствие, к ухудшению течения заболевания.

И.Ю. Ветрова [26] выделила четыре типа адаптации к обществу детей с ДЦП:

Активно-позитивный. Дети стремятся самостоятельно найти выход из негативных жизненных ситуаций. Им свойственен благоприятный настрой, высокая самооценка, оптимизм, энергичность и самостоятельность.

Пассивно-позитивный. Таким детям характерна сниженная самооценка, отсутствие стремления к переменам (ребенка устраивает тотальный контроль родственников).

Пассивно-негативный. Детям, также, характерна низкая самооценка, они находятся в психологическом дискомфорте, настороженно относятся к окружающим, желание что-то изменить отсутствует.

Активно-негативный. В данном случае, при сохраняющемся психологическом дискомфорте и негативизме, у детей возникает желание,

что то изменить, но действий в этом направлении они не совершают.

Таким образом, можно сказать, что в адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата важную роль играют несколько факторов, это отношение ребенка к своей жизни, осознание факта заболевания, тяжесть повреждения мозга и трудность включения в социум из-за определенных дефектов, как двигательных, так и речевых. Важным в адаптации ребенка является глубина дефектов, сочетание симптомов заболевания, воспитание и работа с его социализацией в обществе. Чем раньше выявлены нарушения и начата и развивающая работа, как со стороны психологов, так и со стороны родителей, тем меньше вероятность появления дезадаптации.

1.3 Особенности адаптации к фрустрирующей ситуации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Для того чтобы рассмотреть специфику адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к ситуации фрустрации нам необходимо остановиться на особенностях эмоциональной сферы детей с такими заболеваниями.

Причины патологического развития личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые имеют как социальное, так и биологическое происхождение, также определяют эмоциональную сферу таких детей и были выделены Э.С. Калижнюк [31]:

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

2) психотравмирующие обстоятельства;

3) реакция на осознание и переживание дефекта ребенком.

Исходя из определения структуры дефекта Л.С. Выготского [14], можно сказать, что первый фактор является первичным дефектом, а два

последующих уже вторичны и обоснованы первым.

В психологических исследованиях детей больных ДЦП обнаруживаются данные подтверждающие связь между заболеваниями и определенными эмоциональными и личностными нарушениями.

По мнению В.И. Дубровского [25], психотравмирующим обстоятельствам, которые оказывают влияние на развитие личности ребенка, относятся:

- Негативное отношение сверстников. Ребенок чувствует себя не таким как все, ощущает чрезмерное внимание, либо становится мишенью для насмешек.
- Оторванность от социума в процессе взросления. В связи с чем, часто ограничены контакты, у ребенка маленький круг общения, также социальная депривация способствует госпитализму (такие дети часто длительное время проводят в больницах и санаториях).
- Оторванность от матери приводит к эмоциональной депривации. Также депривация может быть вызвана отсутствием эмоциональной связи с отцом, так как в 25% случаев отцы оставляют семьи с детьми-инвалидами.
- Психическая травматизация. Дети, идя на длительные неприятные процедуры, надеются на быстрое выздоровление, после их окончания, и при отсутствии скорой реакции, могут возникнуть реактивные состояния.
- Трудности в обучении, из-за физических нарушений (речи, двигательной сферы и т.д.).
- Сенсорная депривация из-за нарушения слуха, зрения.

С.З. Витязева, Л.В. Пискулина, М.Ю. Бистс в методических рекомендациях по сопровождению семьи [35], говорят о большом значении неправильного воспитания в патологическом развитии эмоциональной сферы ребенка. У семей, воспитывающих детей-инвалидов, микроклимат семьи, складывается из адаптации детей к хронически больному ребенку и к окружающему «здоровому» миру. И далеко не всегда эта обстановка

способствует гармоничному воспитанию ребенка. В большинстве случаев, в таких семьях наблюдается воспитание по типу гиперопека или гиперпротекция. Родители и ближайшие родственники уделяют все внимание больному ребенку, пытаются оградить его от ошибок, издевательств сверстников, стремятся выполнить все его желания, избавить от всех переживаний. Из-за подобного воспитания, ребенок не может в полной мере получить жизненный опыт в социуме, поэтому часто вырастает незрелым, робким и застенчивым.

Редкий, но все же встречающийся в таких семьях тип воспитания-гипоопека. Из-за негативного отношения к ребенку и его заболеванию, родители начинают обделять ребенка вниманием, возникает эмоциональное отвержение. В крайнем случае, может сочетаться с неблагоприятными социальными условиями и алкоголизмом родителей. Причиной эмоциональной депривации также может быть неполный состав семьи (либо наличие в семье отчима/мачехи), или оторванность ребенка от матери для длительного лечения.

Фактором, характерным для неблагоприятного развития детей с ДЦП, являются нарушения двигательной сферы. В связи с чем, ребенок не может полноценно включиться в детский коллектив (играть, поддерживать разговор, передвигаться без посторонней помощи).

Также стоит отметить, что по мнению В.В. Лебединского [46] при попадании в такую ситуацию (при большом количестве психогенных факторов), даже у детей в норме, могут возникнуть нарушения психики, в случае особой значимости этих факторов в жизни данной личности.

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, возникают компенсаторные психогенные реакции, которые формируются в двух направлениях. Они появляются в связи с психогенией, когда ребенок чувствует себя неполноценным из-за отвержения и насмешек сверстников.

Дети, относящиеся к одному направлению, проявляют невротические реакции, которые носят пассивный, оборонительный характер. В клинике

они проявляются как депрессивные и астено-фобические. Другие дети ведут себя несдержанно, создают конфликт, категоричны, то есть реагируют агрессивно и стараются защитить себя.

Т.В. Виноградова [56] важным фактором в формировании эмоций, как говорилось ранее, является переживание ребенком своих нарушений и осознание своей неполноценности. Это зависит от локального фактора поражения мозга и латерализации (связи психологических функций с определенным полушарием головного мозга).

В некоторых случаях локальный фактор задерживает осознание дефекта, а в некоторых ускоряет. Исходя из этого, детский церебральный паралич является примером взаимосвязи биологических и социальных факторов, при нарушенном психогенном формировании личности, и, что особенно важно для нас, эмоциональной сферы. Основой этого патологического формирования являются: акцентуации характера, органические поражения мозга (связанные с локализацией и объемом поражения), преморбидные особенности личности. Взаимодействие этих факторов приводит к патологическому формированию психики ребенка.

Таким образом, формирование личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата происходит при сочетании большого количества факторов (как биологических, так и социальных).

Мы предполагаем, что эмоции детей в норме и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата отличаются друг от друга. Основная причина этих нарушений - поражение головного мозга. ЦНС играет главную роль в формировании эмоциональной сферы. Механизм возникновения эмоционального состояния изначально дефектен из-за нарушения структур головного мозга в раннем возрасте. Вследствие чего процесс развития и формирования эмоциональной сферы у ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата отличается от развития в норме.

В зависимости от формы ДЦП эмоциональная сфера детей приобретает

специфические особенности. И, так как, исследования психологов наиболее полно отображают эмоциональную сферу детей со спастической диплегией и гиперкинетическим синдромом, рассмотрим их поподробнее.

При спастической диплегии, по мнению В.В. Лебединского [46], характерен астено-невротический тип реагирования. В процессе наблюдения за этими детьми на протяжении длительного времени, выявляется довольно большая дифференцированность эмоциональной сферы. С младшего возраста дети отличаются высокой чувствительностью к внешним раздражителям, склонны к страхам, эмоционально лабильны, пугливы.

В исследованиях И.И. Мамайчук [20], у детей с гиперкинетическим синдромом была обнаружена склонность к невротическим нарушениям. Они чувствительны к переменам, требуют постоянного внимания, избирательны в людях. Такие дети склонны к аутизму, тревожности, инфантилизму. Могут уходить в себя. Они любознательны, интересуются общением со сверстниками, выказывают желание играть с другими детьми, при изоляции появляются вегетативные реакции, увеличиваются гиперкинезы. При госпитализации, в качестве декомпенсации, появляется психомоторное возбуждение.

Дети с сильными двигательными и речевыми нарушениями больше остальных подвержены неблагоприятному влиянию социальной среды, из-за сложности адаптации и общения в социуме. Исходя из этого, можно отметить, что чем серьезнее двигательные нарушения, тем сильнее нарушения эмоциональной сферы.

После того как нами были исследованы особенности эмоционально сферы детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, следует обратить внимание на те эмоции которые приводят к дезадаптации детей в социуме. Это – тревожность, страхи, агрессивность и фрустрационная нетолерантность.

Л.О. Бадалян [2] говорит о том, что дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата вследствие двигательной несостоятельности

отличаются повышенной тревогой, низким порогом её возникновения, частыми переживаниями напряжения, беспокойством о целостности своего «Я». Тревожность может приобрести патологический характер. Этому способствует конфликт между ожиданиями и способностями у таких детей. Инвалидность влияет практически на все сферы жизнедеятельности ребенка и определяет его неудачи в них. Кроме того, многие психологические потребности он не может реализовать в принципе. Отсюда и вытекает постоянное беспокойство и высокий уровень тревоги. В тоже время, ребенок, постоянно находящийся в состоянии тревоги становится робким, пугливым, временами агрессивным, некоторые дети становятся апатичными, безразличными.

Тревога и страх всегда сопутствуют друг другу. Наряду с возрастными страхами И.И. Мамайчук [20] выделяет у детей с ДЦП страхи невротическими, которые возникают в результате неразрешимых переживаний. Эти переживания могут быть вызваны разными причинами, например, из-за тревожности родителей, неудачного опыта, двигательной недостаточности. По аналогии с эмоциональной сферой в целом, можно сказать, что страхи детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, отличаются от страхов детей в норме. Большую роль в данной специфике занимают медицинские страхи, они связаны с болезненными ощущениями в процессе лечения, неоправданными ожиданиями на выздоровление, неутешительными диагнозами. Кроме того, высокая аффективная и сенсорная чувствительность может привести к необычным и неадекватным страхам. У детей с ДЦП, которые осознают свой дефект и переживают из-за его наличия, выявляют социально-опосредованные страхи. Реакцией на страшные ситуации у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, чаще всего, является агрессивная самозащита.

Дж. Доллард [4] утверждал, что вероятность возникновения агрессивного поведения зависит от следующих факторов: на сколько человек ожидает удовлетворения от достижения цели; насколько велико препятствие

на пути к цели; и как много препятствий уже было встречено на пути. Это может объяснять и беспричинную агрессию, и яркие вспышки гнева, и аффективные взрывы. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата можно встретить все эти факторы, они и провоцируют такую реакцию на фрустрацию. Кроме того, сама специфика заболевания – повышение тонуса мускулатуры, возбуждение нервной системы – влечет за собой агрессивные вспышки в поведении ребенка, которые носят эффект катарсиса, необходимого для снижения уровня напряжения. В эту группу не относятся дети с атонически-астатической формой заболевания, тонус их мышц, наоборот, снижается.

Выводы по первой главе.

Специфика заболевания, перечисленные выше эмоциональные состояния (страх, тревога, беспокойство) и факторы от которых они зависят и, влекут за собой частое столкновение ребенка с фрустрацией. Исходя из этого, можно говорить о дезадаптации детей на фоне хронической фрустрации, от чего патологическое воздействие на личность только усиливается. Такие дети более чувствительны к фрустрации. Они характеризуются пониженной толерантностью к фрустрационным воздействиям. Это приводит к возникновению новых фрустраций. Подводя итоги, можно сказать, что детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата нужно активно развивать эмоциональную сферу, работать с тревогами и страхами. Большое внимание необходимо уделить фрустрирующим ситуациям и адаптации к ним.

ГЛАВА 2 Эмпирическое исследование специфики адаптации к состоянию фрустрации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

2.1. Организация и методы исследования

Проведя концептуальный анализ специфики адаптации к фрустрирующей ситуации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, мы выявили следующее:

Во-первых, фрустрация есть сложное эмоциональное состояние, которое в норме приводит к адаптации и мотивации личности к преодолению трудностей, а при эмоциональной неустойчивости и длительном воздействии, может привести к дезадаптации.

Во-вторых, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата тревожны и эмоциональны, они испытывают трудности в адаптации к социуму и часто сталкиваются в жизни с фрустрирующими ситуациями.

Исходя из вышесказанного, мы **предположили**, что дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в фрустрирующих ситуациях будут вести себя дезадаптивно, а именно аграссивно, проявляя экстрапунитивные и интропунитивные реакции.

С целью эмпирической проверки выдвинутой гипотезы, мы провели исследование и изучили уровень адаптации и специфику реакции на фрустрацию детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Для реализации поставленной цели и подтверждения гипотезы мы сформулировали следующие **задачи** исследования:

1. Определить уровень адаптации, тревожности и приоритетный фрустрационный фактор у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2. Провести сравнительный анализ данных детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и детей в норме.

3. Выявить специфику фрустрационной реакции детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Организация исследования проходила в 4 этапа:

- 1) подготовительный – подбор методик, соответствующих предмету исследования и составление стимульного материала для испытуемых;
- 2) основной – проведение исследования, обработка, анализ и интерпретация полученных результатов;
- 3) определение проблемного поля и направлений коррекционной работы по повышению уровня адаптации к фрустрирующим ситуациям детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В исследовании приняли участие 40 детей. Из них 24 младших школьника, обучающихся в МБОУ СОШ№39 г. Белгород. И 16 младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата, проходивших курс реабилитации в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» с. Веселая Лопань, Белгородская область. Возраст детей от 7 до 10 лет, всего было продиагностировано 23 мальчика и 17 девочек.

Для решения поставленных задач исследования и проверки исходных предположений нами были использованы следующие методики.

Методика многомерной оценки детской тревожности использовалась для определения уровня тревожности у младших школьников в норме. Она представляет собой клинически апробированный опросник, предназначенный как для экспресс, так и для 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[43].

Опросник содержит в себе 10 шкал:

«Общая тревожность»

«Тревога в отношениях со сверстниками»

«Тревога, связанная с оценкой окружающих»

«Тревога в отношениях с учителями»
«Тревога в отношениях с родителями»
«Тревога, связанная с успешностью в обучении»
«Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения»
«Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний»
«Снижение психической активности, обусловленное тревогой»,
«Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой»

Каждая из 10 шкал может принимать одно из четырёх значений:

«отрицание тревоги или слабая ее выраженность, которая, в свою очередь, может иметь и защитный, неосознаваемый характер»

«нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида»

«повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях; субклинический уровень».

«крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер и дезорганизующей деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений».

Для исследования уровня тревожности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами был выбран «Восьми цветовой тест Люшера». Цветовой тест позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Тест Люшера позволяет определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов. Тест представлен в двух вариантах: полное исследование с помощью 73 цветных таблиц и краткий тест с использованием восьмицветового ряда [41]. Нами был использован краткий вариант теста. Исходя из особенностей заболевания детей, находящихся в реабилитационном центре, «Методика многомерной оценки детской тревожности» оказалась слишком объемной.

Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата не могли удерживать внимание и полноценно отвечать на вопросы в этой методике.

Для выявления характера реакций на фрустрирующую ситуацию нами была использована методика Розенцвейга, детский вариант (модификация Н.В.Тарабриной) [61]. Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности. Кроме исследования фрустрационных реакций, нами также было большое внимание уделено шкале «GSR» в данной методике, характеризующей адаптацию детей.

Методика состоит из 24 схематических контурных рисунков, на которых изображены два человека или более, занятые еще незаконченным разговором. Ситуации, изображенные на рисунках, можно разделить на две основные группы.

Ситуации «препятствия». В этих случаях какое-либо препятствие, персонаж или предмет обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом.

Ситуации «обвинения». Субъект при этом служит объектом обвинения.

Между этими группами ситуаций имеется связь, так как ситуация «обвинения» предполагает, что ей предшествовала ситуация «препятствия», где фрустратор был, в свою очередь, фрустрирован. Иногда испытуемый может интерпретировать ситуацию «обвинения» как ситуацию «препятствия» или наоборот.

Рисунки предъявляются испытуемому. Предполагается, что «отвечая за другого», испытуемый легче, достовернее изложит свое мнение и проявит типичные для него реакции выхода из конфликтных ситуаций.

Каждый из полученных ответов оценивается, в соответствии с теорией, Розенцвейга, по двум критериям: по направлению реакции (агрессии) и по типу реакции.

По направлению реакции подразделяются на:

- Экстрапунитивные: реакция направлена на живое или неживое окружение, осуждается внешняя причина фрустрации, подчеркивается степень фрустрирующей ситуации, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица.

- Интропунитивные: реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя.

- Импунитивные: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое "со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует.

По типу реакции делятся на:

- Препятственно-доминантные. Тип реакции «с фиксацией на препятствии». Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные.

- Самозащитные. Тип реакции «с фиксацией на самозащите». Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонения от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана.

- Необходимо-упорствующие. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности». Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо требования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению.

Систематизация наблюдения за спецификой поведения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществлялась с помощью Карты наблюдений Стотта [18]. Данная методика предназначена для

изучения дезадаптированных учеников и является дополнительной в нашем списке методик. К дезадаптированным относятся два типа учеников:

1. Которые сами испытывают трудности и создают множество трудностей для окружающих (техперсонала, педагогов и других детей) — так называемые «трудные»,

2. Которым самим в школе трудно, но окружающим они не доставляют особых неприятностей.

Карта наблюдения (КН) Стотта состоит из 16 комплексов симптомов — образцов поведения, симптомокомплексов (СК). СК отпечатаны в виде перечней и пронумерованы I-XVI.

Выявляемые особенности, называемые симптомокомплексами, следующие:

I-НД «Недостаток доверия к новым вещам, людям, ситуациям».

II-О «Ослабленность» (астения).

III-У «Уход в себя».

IV-ТВ «Тревога за принятие взрослыми и интерес с их стороны».

V-НВ «Неприятие взрослых».

VI-ТД «Тревога за принятие детьми».

VII-А «Асоциальность».

VIII-КД «Конфликтность с детьми».

IX-Н «Неусидчивость» или «Неугомонность».

X-ЭН «Эмоциональные напряжения» или «Эмоциональная незрелость».

XI-НС «Невротические симптомы».

XII-С «Среда».

XIII-УР «Умственное развитие».

XIV-СР «Сексуальное развитие».

XV-Б «Болезнь».

XVI-Ф «Физическое развитие».

Исходя из особенностей выборки, нами были использованы следующие методы математической статистики:

- t-критерий Стьюдента, так как он позволяет выявить различия средних значений двух выборок, которые распределены по нормальному закону. Он может быть использован для сопоставления средних связанных и несвязанных выборок, причем выборки могут быть не равны по величине;
- Коэффициент корреляции Пирсона, он позволяет обнаружить зависимость между двумя переменными
- G критерий знаков, он предназначен для установления общего направления сдвига исследуемого признака. Позволяет установить, в какую сторону в выборке в целом изменяются значения признака при переходе от первого измерения ко второму.

Качественная обработка данных осуществлялась с помощью SPSS 23.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

Для определения специфики реакции детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на фрустрацию, их особенностей адаптации и тревожности нами, в качестве контрольной группы, были продиагностированы дети в норме. В качестве обследуемых выступал класс детей в МБОУ СОШ №39 г. Белгорода. В процессе интерпретации данных детей в норме с помощью методики многомерной оценки детской тревожности мы получили следующие результаты. У 9 человек (37,5%) нами была обнаружена низкая общая тревожность, среди которых 6 мальчиков и 3 девочки. У 4,2% (1 ребенок) мы выявили высокую общую тревожность. И у 58,3% (14 детей) средняя общая тревожность (рис.2.1).

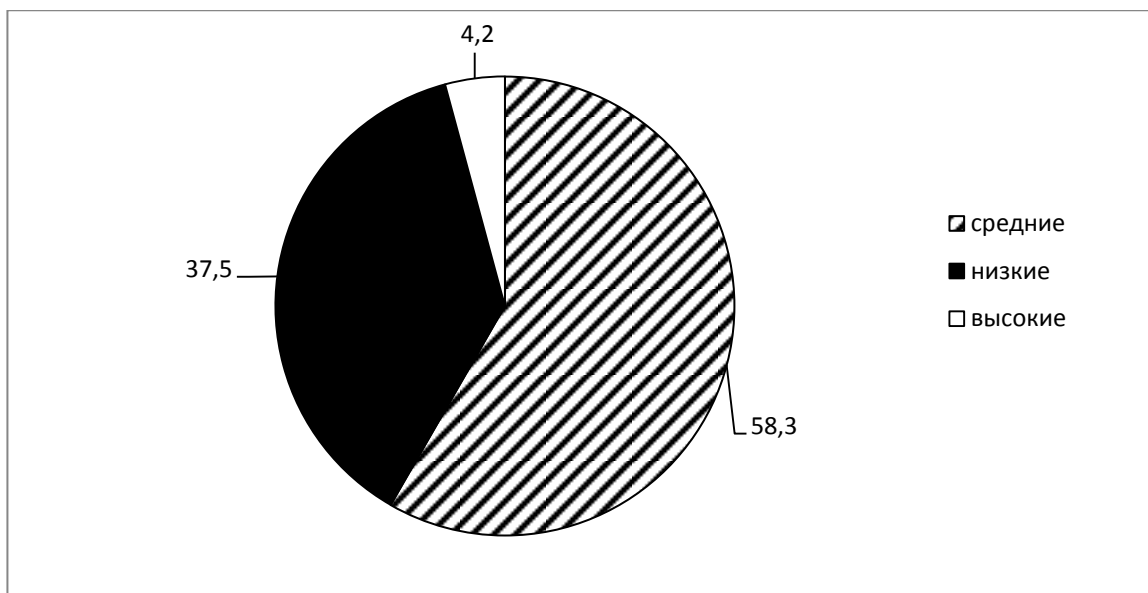


Рис.2.1 Распределение детей в норме по уровню тревожности (%)

По результатам исследования с помощью методики фрустрационных реакций Розенцвейга нами были получены следующие данные (рис.2.2). Большинству младших школьников (13 детей, 54%) свойственны импунитивных реакции с фиксацией на препятствии (M-OD). Это говорит о том, что для детей, при столкновении с трудностями, характерно акцентирование внимания на самом препятствии, при оценивании его как чего-то незначительного. Также в 16% (по 4 ребенка в каждой группе) случаев встречаются как экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, так и с фиксацией на препятствии (E-ED и E-OD, соответственно). То есть, для данной группы детей, характерно как активное порицание кого-либо из ближайшего окружения и отрицание собственной вины, так и осуждение внешней причины фрустрации и подчеркивание ее степени. По 4% детей (по 1 ребенку) реагируют на фрустрационную ситуацию импунитивно с фиксацией на самозащите (M-ED) и импунитивно с фиксацией на удовлетворение потребностей (M-NP). Активное уклонение от упрека и обесценивании фрустрации, либо уверенность в том, что ситуация наладится самостоятельно, соответственно. Также стоит обратить внимание, что 4% (1 ребенок), демонстрировал как экстрапунитивные реакции, так и

импунитивные, и фиксацию как на препятствии, так и на удовлетворении потребностей (ME-ODNP).

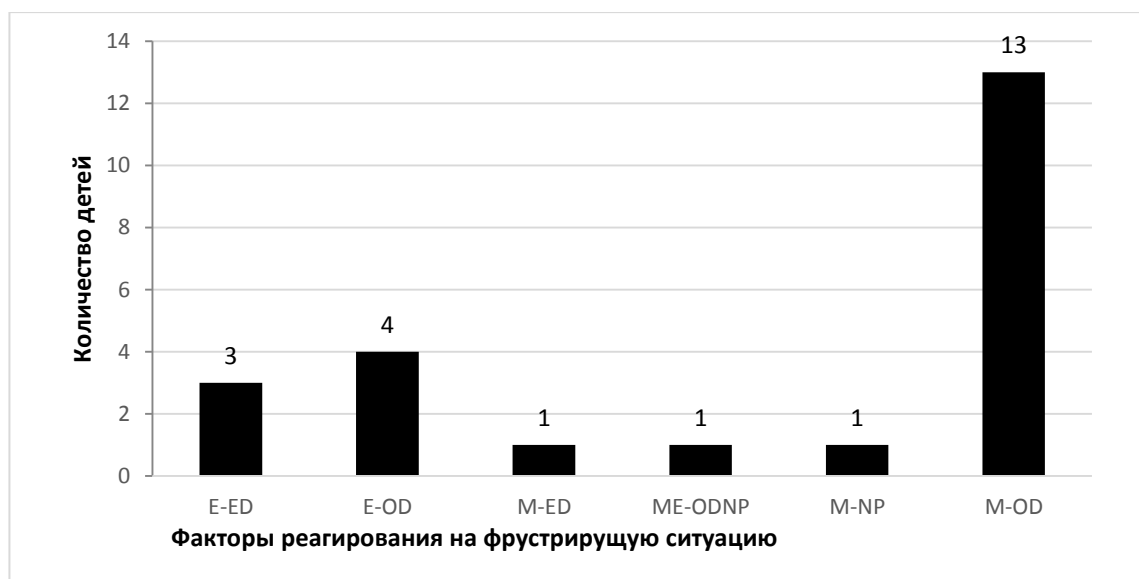


Рис.2.2 Распределение факторов реагирования на фрустрационную ситуацию у детей в норме (Абс.ц.)

Это говорит нам о динамичности его реакций и возможности выйти из фрустрации с наименьшими эмоциональными потерями. Также нами была обработана шкала «GSR» в методике рисуночной фрустрации Розенцвейга, она направлена на диагностику адаптированности детей к окружающему миру. Адаптированность у класса низкая, ни одни из учеников не достиг показателя в 50%, максимальный показатель по классу 41,6%. У 16,6% детей (4 ребенка) показатель адаптивности крайне низкий (8,3%).

В процессе обработки полученных данных нами была обнаружена высокая положительная корреляционная связь между шкалой «общая тревожность» в методике многомерной оценки детской тревожности и показателями реакции на фрустрацию по методике Розенцвейга (0,65). Что говорит о прямой зависимости тревожности и реакции на фрустрацию. Также следует отметить, что в целом корреляционная связь шкал методики многомерной оценки детской тревожности и показателями реакции на фрустрацию по методике Розенцвейга положительные значимые, варьируются от 0,31 до 0,65. Исключая коэффициент корреляции между

фактором «Повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой» и показателем реакции на фрустрацию (равен 0), что говорит о полной независимости этих параметров друг от друга. Коэффициент корреляции между показателем «общая тревожность» и «GSR» (адаптивность) по методике рисуночной фрустрации Розенцвейга положительный малозначимый (0,04). Это свидетельствует об отсутствии связи тревожности и адаптации у детей. Наблюдается слабая отрицательная корреляционная связь между показателем адаптивности (GSR) и шкалой «Снижение психической активности, связанное с тревогой» (-0.24), что говорит об обратной связи этих показателей.

Исходя из полученных данных, можно сказать, что в норме тревожность имеет положительную связь с реакцией на фрустрацию, большей части детей свойственен средний уровень тревожности, и наиболее частой является импунитивная реакция с фиксацией на препятствии, то есть они направлены на акцентирование внимания на самом препятствии и обесценивании его. Такая реакция позволяет ребенку переживать во время фрустрации минимальный уровень стресса, но при этом ведет к тому, что ребенок не берет на себя ответственность за произошедшее, и не пытается делать каких-либо действий для выхода из сложившейся ситуации. Адаптационный и мотивационный механизм фрустрации уходит на второй план и ребенок не обучается новому адаптивному поведению при столкновении с трудностями.

При диагностике детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами были встречены некоторые трудности. Из-за специфики заболевания дети были неусидчивы, внимание часто было неустойчиво, встречались трудности в понимании инструкции, что оказало определенное влияние на результаты исследования

В процессе обработки данных по методике рисуночной фрустрации Розенцвейга у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами были получены следующие результаты (рис.2.3).

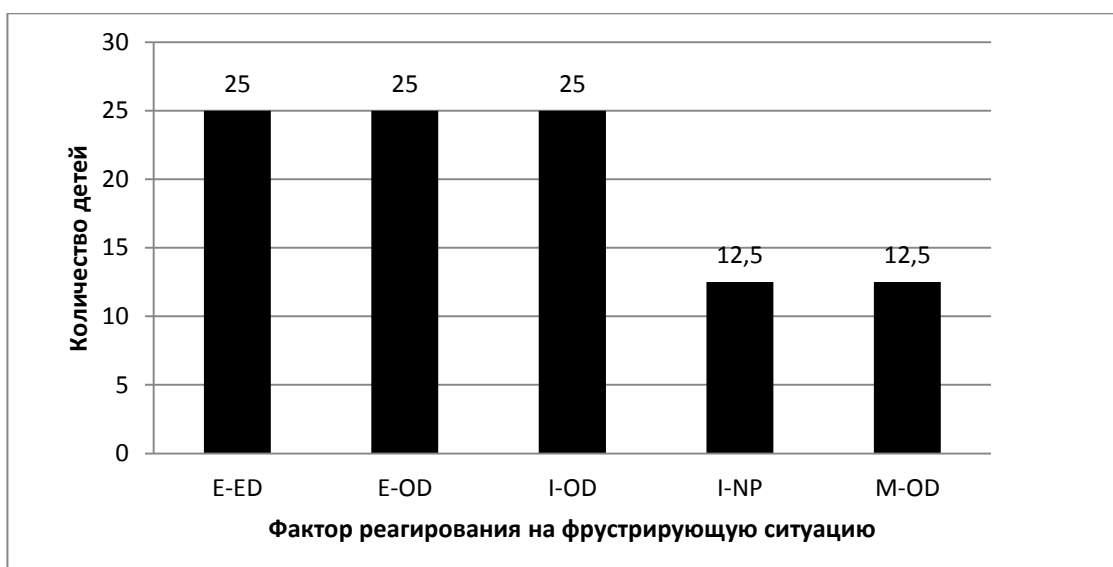


Рис.2.3 Распределение факторов реагирования на фрустрационную ситуацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (%)

В отличие от результатов, полученных при диагностике детей в норме, у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата не обнаружено четко выделенного фактора реагирования на фрустрирующую ситуацию. Максимальные значения (по 4 ребенка или 25% детей в каждой шкале) получили такие реакции как E-ED (экстрапунитивная реакция с фиксацией на самозащите), E-OD (экстрапунитивная реакция с фиксацией на препятствии) и I-OD (интропунитивная реакция с фиксацией на препятствии). То есть детям свойственно как агрессивно реагировать и обвинять ближайшее окружение, либо акцентировать внимание на трудностях, так и обвинять себя во всех проблемах и всячески указывать на свою неудачу.

В то же время, если говорить о типе реагирования на фрустрацию детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, то можно выделить присущий большинству детей тип (рис.2.4). Им является препятственно-доминантный тип реагирования (OD). В 62,5% (10 человек) случаев возникшие трудности акцентируются детьми, независимо от того оцениваются они как, благоприятные, незначительные или отрицательные. 25% детей (4 ребенка) демонстрируют самозащитный (ED) тип реагирования, они будут стараться защитить свое «Я» любым способом, будь то обвинение

другого человека, отрицание собственной вины, либо снятие ответственного со всех. И 12,5 % детей (2 ребенка) проявляют реакцию с фиксацией на удовлетворение потребностей (NP), то есть они испытывают постоянную необходимость найти выход из сложившейся ситуации, решить трудности тем или иным способом.

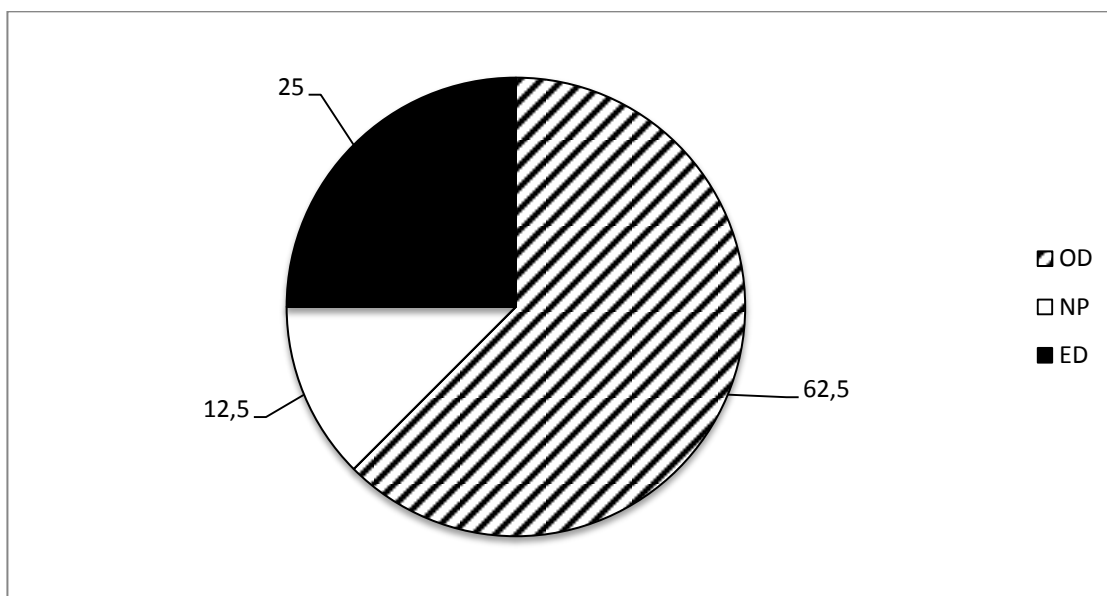


Рис.2.4 Распределение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по типу реагирования на фрустрацию (%)

Также следует обратить внимание на направление реакции на фрустрацию (рис.2.5). Чаще всего было обнаружено экстрапунитивное направление реагирования (E). В 50% случаев (8 испытуемых) дети проявляют агрессивную реакцию на фрустрирующую ситуацию, им свойственно обвинять внешние препятствия и подчеркивать степень дискомфорта, доставленного этими трудностями. Интропунитивное направление реакции (I) - когда реакция направлена на обвинении себя в случившемся, наблюдается в 37,5% случаев (6 детей). И интропунитивное (M) – восприятие фрустрации как чего-то незначительного, в 12,5% случаев (2 ребенка).

Специфичным является то, что интропунитивные реакции, были выявлены только у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, ни один ребенок в норме, не демонстрировал такой тип реагирования.

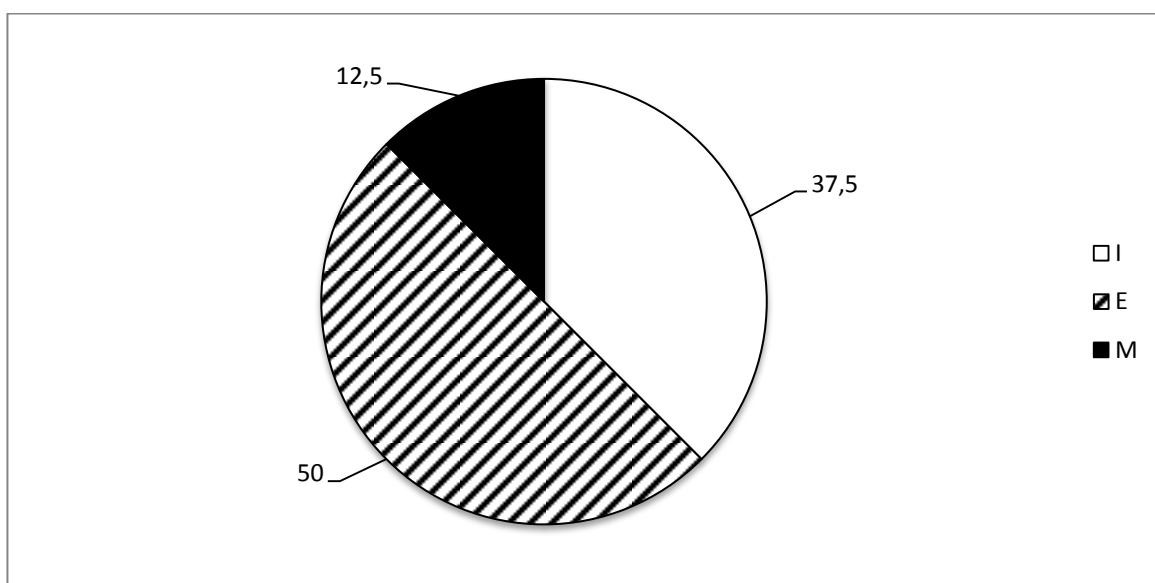


Рис.2.5.Соотношение значений направления реакции на фрустрацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (%)

При вычислении различий между реакцией на фрустрацию детей в норме и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами был использован t-критерий Стьюдента (Приложение 1). Исходя из полученных результатов ($t_{Эмп} = 3.3$), следует что дети из обычного класса школы и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата реагирую на фрустрирующую ситуацию по-разному (рис.2.6).

Для исследования уровня адаптации детей, нами была использована шкала «GSR» в методике рисуночной фрустрации Розенцвейга [61]. При обработке полученных данных, не было выявлено больших различий между показателями детей в норме (среднее значение 23) и показателями детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (24,9).

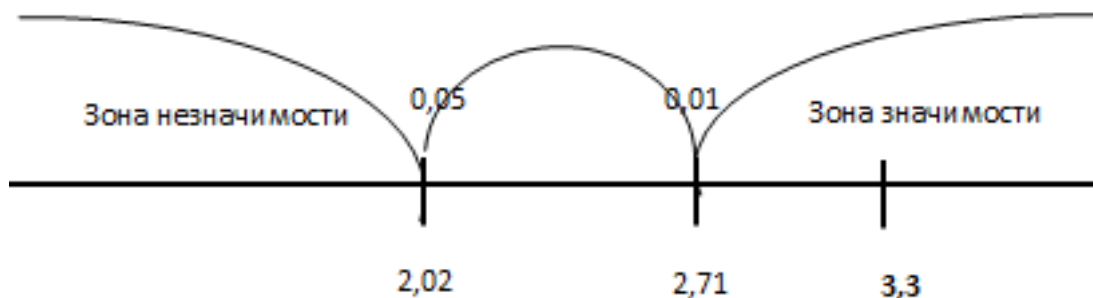


Рис.2.6 Различия между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей в норме и у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по t-критерию Стьюдента.

Также при расчете t-критерия Стьюдента, не были выявлены значимые различия адаптированности детей ($t_{Эмп} = 0.5$) (рис.2.7). При этом класс детей изначально воспринимался нами как неадаптированный, относительно показателей нормы (Приложение 2). Кроме того в процессе диагностики детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами был обнаружен полностью неадаптированный ребенок (0% по шкале «GSR») чего не было у детей в норме.

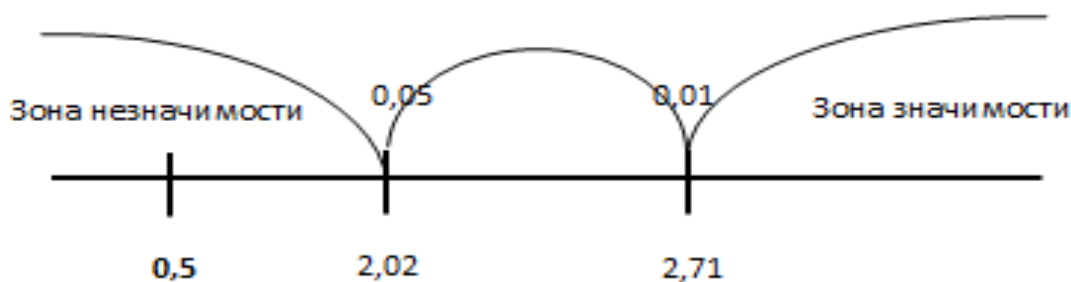


Рис.2.7 Различия между уровнем адаптации у детей в норме и у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по t-критерию Стьюдента.

Также стоит учитывать, что многие дети в центре реабилитации находятся не впервые, и каждый раз проходят коррекционные занятия с психологом с целью улучшения их адаптации в группе и в социуме в целом.

Для выявления уровня тревожности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нами был использован восьмицветовой тест Люшера [41]. Анализируя результаты исследования, мы можем говорить о наличии у большинства детей (43,75%, 7 детей) эмоциональной напряженности, либо, другими словами, среднем уровне тревожности (рис.2.8).

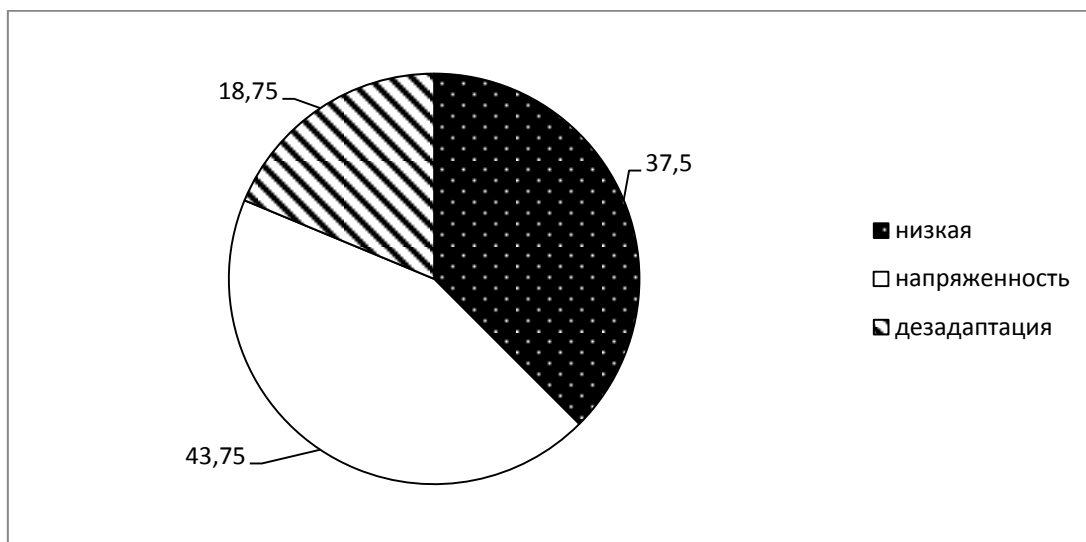


Рис.2.8 Распределение уровня тревожности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (%)

Низкий уровень тревожности наблюдается у 6 детей (37,5%), дезадаптация, или высокая тревожность, присутствует у 3-х испытуемых (18,75).

В процессе обработки полученных данных нами была обнаружена положительная корреляционная связь между показателем тревожности по восьмицветовому тесту Люшера и показателями реакции на фрустрацию по методике Розенцвейга ($r=0,283$). Что говорит о прямой зависимости тревожности и реакции на фрустрацию.

Для наблюдения за особенностями дезадаптированных школьников нами была использована «Карта наблюдений Стотта» [19]. С ее помощью нами были продиагностированы только 6 детей, с которыми впоследствии велась коррекционная работа, в связи с необходимостью длительного

наблюдения. Исходя из полученных результатов, можно выделить несколько детей с высокими показателями в 3х шкалах одновременно. У двоих детей высокие показатели по шкалам «непринятие взрослых» (63.1 и 52.6) и «конфликтность с детьми» (40 и 60). Высокие показатели по шкале «НВ» говорят о том, что дети относились к взрослым враждебно, не принимали значимого взрослого как авторитет; такое поведение может привести к асоциальным действиям, и сигнализировать о начале депрессии у ребенка. Высокие показатели по шкале «КД» свидетельствуют о трудностях взаимоотношения со сверстниками. Еще у двоих детей наблюдались высокие показатели по шкале «Антисоциальность» (57.1 и 61.9). Это говорит о трудностях принятия этими детьми нормативных установок общества. Кроме того у одного ребенка, был выявлен высокий показатель по шкале «Тревога за принятие детьми», хотя он и вел себя в группе агрессивно, проявлял негативизм и конфликтовал с детьми, ему было важно их внимание. Другой мальчик вел себя в группе совсем иначе, хотя его поведение не всегда принималось группой и нарушало ход занятия, оно не являлось агрессивным, об этом говорят такие шкалы как «Неугомонность» (67) и «Умственное развитие» (100). У него наблюдались легкие органические нарушения мозга, его рисунки были единообразны, словарный запас скудный, он не понимал значения некоторых слов, при столкновении с трудностями наблюдались персеверации. Одна из девочек показала высокие значения только по одной шкале «тревога за принятие взрослыми и интерес с их стороны» (52.4), что говорит о необходимости принятия взрослыми. Два ребенка не показали завышенных оценок ни по одной шкале.

Выводы по второй главе.

Подводя итоги можно сказать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата разделились на три группы по фактору реагирования на фрустрацию: и им свойственно как агрессивно реагировать и обвинять ближайшее окружение, либо акцентировать внимание на трудностях, так и обвинять себя во всех проблемах и всячески указывать на свою неудачу.

Адаптация у испытуемых находится на низком уровне. Кроме того, у большинства детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата была выявлена эмоциональная напряженность. В большинстве случаев возникшие трудности акцентируются детьми, независимо от того оцениваются они как, благоприятные, незначительные или отрицательные. Специфика адаптации к ситуации фрустрации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата заключается в том, что такие дети реагируют на фрустрацию агрессивно, обвиняют окружающих в трудностях, с которыми они сталкиваются. Также следует обратить внимание, что 37,5% детей свойственно обвинять себя при столкновении с фрустрацией, этого направления реакции не было обнаружено у детей в норме.

Исходя из полученных данных, нами была обнаружена необходимость проведения коррекционной работы, направленной на повышение уровня адаптации к фрустрирующим ситуациям.

ГЛАВА3 Экспериментальное исследование адаптации к ситуации фрустрации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

3.1. Развитие оптимального типа реагирования на фрустрирующую ситуацию и повышение адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Коррекционная программа формировалась нами на основе исследований Е.Н. Шутенко при учете роли образовательных компетенций в социальной интеграции детей с ограниченными возможностями развития. Также нами учитывали психолого-педагогические условия построения доступной образовательной среды для детей с ограниченными возможностями [67,68].

Для проведения коррекционно-развивающей работы, нами была взята группа младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата, состоящая из 7 детей, у которых наблюдались трудности адаптации, возраст детей колебался от 7 до 10 лет. Один ребенок из этой группы не был нами продиагностирован в связи с невозможностью проведения с ним методик. Он плохо говорит, только гласные буквы, в связи с чем, понимание его речи затруднено, движения рук, также, нарушены. Несмотря на то, что интеллект у этого ребенка сохранен, и он проявлял активное желание работать, мы не смогли включить его в исследование, но в групповых занятиях он участвовал и, стоит отметить, продемонстрировал положительную динамику. Таким образом, в нашей работе, мы можем учитывать результаты исследования только шести детей.

Цель коррекционной работы: повышение уровня адаптированности к фрустрирующим ситуациям детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Задачи:

- нивелирование высокого уровня конфликтности за счет развития дружеских чувств между младшими школьниками;
- определение результативных способов решения фрустрирующих ситуаций;
- формирование у детей адаптивных моделей поведения.

Форма работы:

Коррекционная программа рассчитана на групповую работу (7-10 детей), длительность работы – 30 минут, занятия проводились ежедневно, количество занятий – 20.

Каждое занятие, коррекционно-развивающей программы, имело следующую структуру: вводная, основная и заключительная части.

Вводная часть для всех занятий являлась единой, включала в себя игры, упражнения, беседы, стихотворения, направленные на создание положительного отношения к занятию, ведущему, сверстникам; особое внимание уделялось эмоциональному фону, обеспечивающему позитивное межличностное взаимодействие. Продолжительность этой части – 3-5 минут.

Основная часть отвечала главной цели занятия; включала в себя «мысленные картинки», развивающие игры, упражнения, этюды, решение «конфликтных ситуаций», рисование, театр экспромт, обучение младших школьников способам разрешения фрустрирующих ситуаций. В основную часть, посредством прорисовывания новых ситуаций, также был включен модифицированный нами тест Розенцвейга с целью формирования оптимального типа реагирования на фрустрацию (Приложение 3). Продолжительность основной части – 20 минут.

Заключительная часть предполагала снятие психоэмоционального напряжения, внушение желательного настроения, закрепление положительного эффекта, стимулирующего и упорядочивающего психическую и физическую активность детей, приведение в равновесие их эмоционального состояния, улучшение самочувствия и настроения:

проигрывание этюдов, релаксация, упражнения на расслабление, подведение итогов. Продолжительность этой части – 5 минут.

Опираясь на особенности развития детей, для более продуктивной работы группы, нами были выделены блоки коррекционной программы, которые чередовались между собой в процессе групповой работы:

- Блок 1. Развитие эмпатии (Занятия 6,7,15,18). Направлен на развитие у детей умения сопереживать и понимать состояние другого человека.
- Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации (Занятия 1,2,5,8,9,12,13). Направлен на формирование у детей оптимального типа реагирования на фрустрацию.
- Блок 3. Развитие доверия (Занятия 4,10,11,14,19,20). Направлен на формирование положительного отношения детей друг к другу; развитие дружеских взаимоотношений.
- Блок 4. Релаксация (Занятия 3,16,17). Направлен на уменьшение эмоционального напряжения у детей.

Таблица 3.1.

План занятий

№ занятия	Блок	Упражнения	Обеспечение
1	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Рольевые игры, «мысленные картинки»	Импровизированный трон
2	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Обучающие игры, развивающие игры	Картинки эмоций (Приложение 4)
3	Блок 4. Релаксация	«Мысленные картинки», рисование, снятие психоэмоционального напряжения	Бумага и карандаши, расслабляющая музыка
4	Блок 3. Развитие доверия	Обучающие игры, рисование, рольевые игры	Веселая музыка, бумага, карандаши
5	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Обучающие игры, рольевые игры, решение «конфликтных ситуаций»	Картинки эмоций (Приложение 4)
6	Блок 1. Развитие эмпатии	Обучающие игры, «мысленные картинки»	Картинки эмоций (Приложение 4), повязки на глаза

Продолжение таблицы 3.1.

7	Блок 1. Развитие эмпатии	Обучающие игры, решение «конфликтных ситуаций»	Отрывок повести «Верочка» (Приложение 5)
8	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Обучающие игры	Примеры хорошего и не хорошего поведения
9	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Обучающие игры, решение «конфликтных ситуаций»	Рисунки трудных ситуаций (Приложение 3)
10	Блок 3. Развитие доверия.	Обучающие игры	
11	Блок 3. Развитие доверия	Обучающие, этюды, «мысленные картинки»	
12	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Театр экспромт, «мысленные картинки», обучающие игры	Ограничители зоны, басня «два барана» (Приложение 6)
13	Блок 2. Развитие адаптации к фрустрации	Развивающие игры, решение «конфликтных ситуаций»	
14	Блок 3. Развитие доверия	Развивающие игры, «мысленные картинки»	Картинки эмоций (Приложение 4)
15	Блок 1. Развитие эмпатии	Развивающие игры, «мысленные картинки»	
16	Блок 4. Релаксация	«Мысленные картинки», театр экспромт	Бумага, карандаши
17	Блок 4. Релаксация	Рисование, «Мысленные картинки»	Бумага, цветные карандаши
18	Блок 1. Развитие эмпатии	Этюды, «мысленные картинки», театр экспромт	Веселая музыка
19	Блок 3. Развитие доверия	«Мысленные картинки», театр экспромт	Мячи, большие мягкие игрушки; повязки; платок.
20	Блок 3. Развитие доверия	Этюды, «мысленные картинки», театр экспромт	Спокойная музыка

Подробный план занятий

Занятие 1

Цель: развитие навыков бесконфликтного общения, умения сдерживать свое эмоциональное состояние.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Принц и принцесса», позволяет дать почувствовать себя

значимым, выявляет положительные стороны личности; сплачивает детскую группу.

Основная часть:

- Игра «Дружба начинается с улыбки» предполагает развитие дружелюбия и взаимопонимания между детьми.
- Игра «Комплимент» направлена на развитие бесконфликтного общения.
- Игра «Возьмите себя в руки» нацелена на развитие сосредоточенности, умения сдерживать себя.

Заключительная часть:

- Игра «Ворона» предполагает снятие усталости и напряжения.

Подведение итогов. Прощание.

Занятие 2

Цель: формирование умения понимать эмоциональное состояние другого человека

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Снежный ком»
игра на знакомство участников и для создания доброй, дружной и рабочей атмосферы.

Основная часть:

- Игра «Угадай эмоцию»
Игра на обучение распознавания эмоциональной реакции по мимике людей (Приложение 3).

Заключительная часть:

- Игра « Эстафета дружбы».

Занятие 3

Цель: релаксация, уменьшение эмоционального напряжения

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Достань звезду»

(Приложение 7)

Заключительная часть:

- Рисунок «Мечта»

Занятие 4

Цель: формирование положительного отношения детей друг к другу; развитие дружеских взаимоотношений.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Передай по кругу», позволяет достичь взаимопонимания, сплоченности.

Основная часть:

- Беседа «Как правильно дружить».

В ходе этой беседы обговариваются некоторые правила и приемы, способствующие тому, чтобы общение детей протекало без конфликтов и ссор. Проигрывание ситуаций, позволяет закрепить выделенные детьми «правила дружбы».

- Рисунок «Мои друзья».

Предполагает развитие дружеских отношений.

Заключительная часть:

- Игра «Хоровод», позволяет «заразить» детей положительными эмоциями.

Подведение итогов. Прощание.

Занятие 5

Цель: закрепление умения понимать эмоциональное состояние другого человека

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Ладушки»

Основная часть:

- Игра «Угадай эмоцию»

Заключительная часть:

- Игра «Тепло рук и сердец»

Занятие 6

Цель: развитие эмпатии, умения сопереживать, понимать состояние другого.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Угадай эмоцию»
- Игра «Слепой и поводырь»

Создание ситуации для приобретения учениками определенного эмоционального опыта, осмысления с помощью последующей рефлексии своих чувств и переживаний

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 7

Цель: Развитие эмпатии; представления о жестоком поведении; формирование представления о добром и отзывчивом поведении.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

• Детям вслух прочитывается отрывок повести Андрея Богословского «Верочка» (Приложение 5).

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 8

Цель: закрепление представлений о добром и отзывчивом поведении

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Хорошее -не хорошее»

Заключительная часть:

- Игра «Шла корова»

Занятие 9

Цель: развитие навыков бесконфликтного общения, умения сдерживать свое эмоциональное состояние.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Трудная ситуация»

Игра на формирование у детей оптимального поведения на фрустрирующую ситуацию

(Приложение 3).

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 10

Цель: формирование положительного отношения детей друг к другу; развитие дружеских взаимоотношений.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Путаница»

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 11

Цель: формирование положительного отношения детей друг к другу; развитие дружеских взаимоотношений.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Рассказ по цепочке»
- Игра «Дерево дружбы»

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 12

Цель: развитие навыков решения фрустрирующей ситуации.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Горная тропинка»

(Приложение б)

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 13

Цель: обучение распознавать скрытые эмоции людей, для того чтобы понимать их истинное значение

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Верю - не верю»

Направлена на развитие умения выявлять обман.

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 14

Цель: формирование доверия и дружеских отношений в группе

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Восковая палочка»

Участники стоят плотным кругом. Один из нас «восковая палочка» стоит в центре круга. Глаза закрыты, тело расслаблено, руки прижаты вдоль туловища, ноги вместе зафиксированы в одном месте в центре круга и не сдвигаются. Аккуратно за плечи подталкиваем «восковую палочку», она начинает падать на кого-либо, а ноги остаются на месте. Обсуждение.

- Игра «Эмоции»

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 15

Цель: развитие эмпатии, умения сопереживать, понимать эмоциональное состояние другого.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Плохое настроение»

(Приложение 8)

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 16

Цель: снижение эмоционального напряжения, становление контакта между детьми, и доброжелательных отношений в группе

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Игра «Взаимное цитирование»
- Практическая игра «Подарок».

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 17

Цель: релаксация, уменьшение эмоционального напряжения

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Комплименты»

Основная часть:

- Рисунок «Моя семья»
- Игра «Травинка»

Заключительная часть:

- Игра «Доброе животное»

Занятие 18

Цель: развитие эмпатии, умения сопереживать, понимать эмоциональное состояние другого.

Ход занятия

Вводная часть:

- Игра «Настроение»

Основная часть:

- Игра «Через стекло» предполагает развитие умения общаться без помощи слов.
- Игра «Зоопарк» направлена на развитие умения выражать свои эмоции с помощью жестов и мимики.
- Этюд «Встреча с другом» предполагает развитие умения выражать свои положительные эмоции.
- Игра «Ой-ой, живот болит», предполагает развитие умения выражать страдание и печаль.

Заключительная часть:

- Танцевальный этюд «Подари движение» позволяет укрепить эмоциональные контакты, способствует взаимопониманию и доверию.

Занятие 19

Цель: способствовать осознанию детьми, того, что друзья всегда приходят на помощь друг к другу.

Ход занятия

Вводная часть:

- Чтение стихотворения «Если есть хороший друг» направлено на то, чтобы дети поняли, что без друга скучно, не с кем играть.

Основная часть:

- Мысленная картинка на тему: «Дружба», направлена на осознание детьми того, что дружить, значит помогать друг другу.
- Игра «Помоги другу» позволяет устанавливать доверительные отношения между сверстниками.
- Театр экспромт «Смелый Бобердулик»

Проводится для того, чтобы каждый ребенок почувствовал себя смелым, хорошим, тем, с кем все хотят дружить.

- Игра «Паровозик» помогает формировать взаимопомощь, подчинение просьбе сверстника; возникает понятие «Мы».

Заключительная часть:

- Упражнение на расслабление «Кого укусил комарик» позволяет

закрепить умение детей различать расслабленное и напряженное состояния.

Подведение итогов. Прощание.

Занятие 20

Цель: закрепление позитивного отношения детей друг к другу; определение насколько дети узнали друг друга, изменились их отношения, подружились.

Ход занятия

Вводная часть:

- Упражнение «Общий круг» позволяет сплотить детей, настроить их на занятие.

Основная часть:

- Упражнение «Кто сказал?» позволяет определить, насколько дети узнали друг друга: могут ли они определить по голосу кто, что сказал.

- Упражнение «Добрые эльфы» способствует в сказочной форме проявлению заботы, сочувствия, нежности по отношению к сверстникам.

(Приложение 9).

- Упражнение «Тень» позволяет проверить насколько дети узнали друг друга.

- Упражнение «Выбери друга» направлено на то, насколько дети умеют владеть собой, своими чувствами.

- Этюд «Волны» помогает детям «перенестись на берег моря», отдохнуть.

Заключительная часть:

- Релаксация «Волшебный сон» помогает детям расслабиться, позволяет, увидеть насколько дети научились расслабляться, владеть своим телом.

Подведение итогов. Прощание

На последнем занятии дети высказывали эмоции, полученные в процессе работы в группе. Настроение было снижено необходимым прощанием, но в целом, носило позитивный характер. Чувствовалась

слаженность в действиях группы, дети с интересом выслушивали высказывания друг друга, помогали убрать «модули» после занятия, ждали, пока все закончат собираться.

Коррекционная работа была проведена в полной мере, занятия редактировались по мере проведения, исходя из особенностей группы. Некоторые упражнения приветствия и завершения повторялись изо дня в день, по инициативе самих детей.

3.2. Анализ динамики адаптации к фрустрирующим ситуациям у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

После окончания коррекционных занятий, нами была проведена повторная диагностика детей для выявления изменений произошедших в процессе коррекции, а именно, определения динамики адаптации, типа фрустрационной реакции и уровня тревожности детей как показателя их адаптированности к фрустрации.

При статистическом анализе результатов контрольного исследования мы использовали G критерий знаков. При анализе тревожности, с помощью цветового теста Люшера [41], у детей после поведения коррекционной работы нами были выявлены следующие результаты (рис.3.2.1). Исходя из полученных данных, можно сказать о том, что у 50% детей (3 ребенка) после проведения коррекционной работы снизился уровень тревожности. У одного ребенка (16,7%) уровень тревоги остался на том же уровне. И у двоих детей (33,3%) уровень тревожности вырос (Приложение 10). Стоит отметить, что у мальчика, чей показатель тревожности изменился с 3 до 6, появились некоторые семейные проблемы. В процессе нахождения его в реабилитационном центре, его мать попала в больницу, что могло спровоцировать всплеск тревожности и агрессивности, которая также начала ярче проявляться по мере нахождения его в стационаре. Девочка, чей

показатель тревожности также увеличился с 1 до 3, испытывала трудности с адаптацией в реабилитационном центре.

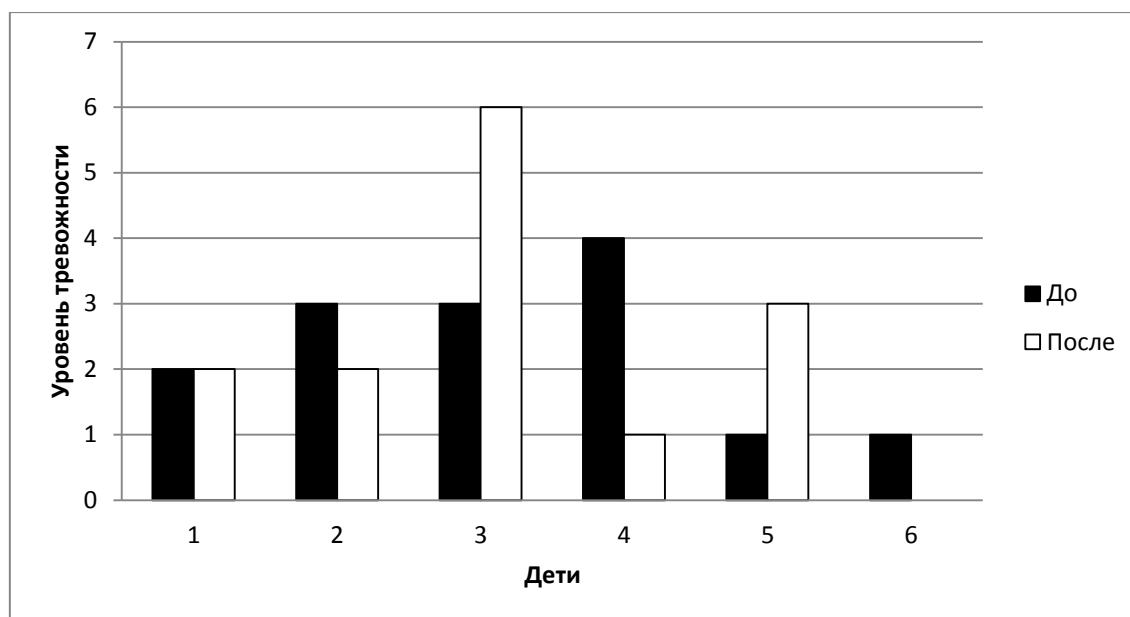
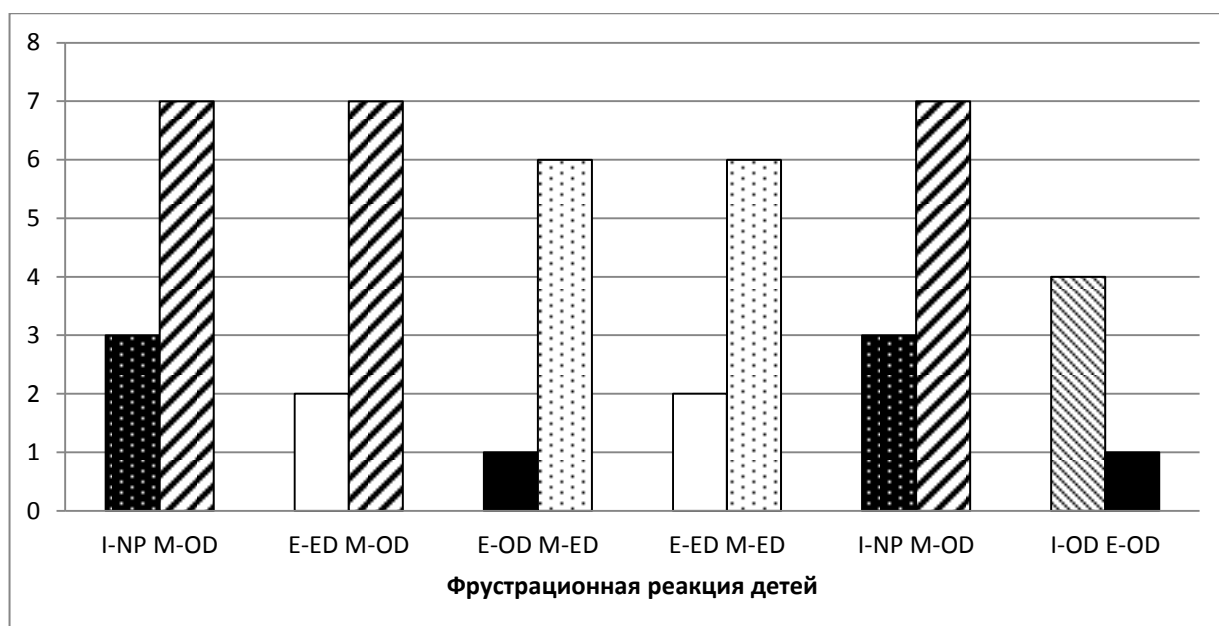


Рис.3.1. Различия между тревожностью у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы (Абс.ц.)

Хотя во время занятий нами максимально сглаживалось эмоциональное напряжение, возрастающее между ней и группой, к концу заезда она вела себя агрессивно, замыкалась в себе, дралась, вербально выражала агрессию. Она конфликтовала и с детьми из ее палаты, и с детьми из группы, выражала желание уехать из центра до конца заезда, хотя при хорошем настроении вела себя мило и обходительно.

По итогам контрольного исследования реакции на фрустрирующую ситуацию, при помощи методики рисуночной фрустрации Розенцвейга [61], у 5 детей (83,3%) изменился показатель фрустрационной реакции. Так как для проведения данного статистического исследования нами было присвоено числовое значение каждой шкале фрустрационной реакции, нам важен только факт наличия расхождения, а не его положительное или отрицательное качество. У 1 ребенка из 6 (16,7%), показатель реакции на фрустрацию остался неизменным (Приложение 11).



Значения сгруппированы по два для каждого ребенка, 1 столбец обозначает реакцию детей на фрустрацию до исследования, 2-после. Одинаковые цвета столбцов свидетельствуют об одинаковой реакции детей на фрустрацию.

Рис.3.2 Различия между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы по G критерию знаков

У трех детей из шести (50%) по результатам контрольного исследования были выявлены импунитивные реакции с фиксацией на препятствии. То есть после коррекционной работы дети начали воспринимать фрустрацию как нечто незначительное, преодолимое, препятствия воспринимаются нейтрально, не вызывают ярких негативных эмоций и агрессию (рис.3.2.).

Двое детей (33,3%) начали проявлять импунитивную реакцию с препятствием на самозащите. Они рассматривают препятствие как незначительное событие, в попытке защитить свое «Я» дети снимают ответственность с окружающих людей, в том числе и с себя. И одна девочка (16,7%) начал проявлять экстрапунитивные реакции с фиксацией на препятствии. Она стала акцентировать внимание на трудной ситуации, подчеркивать степень фрустрации. Мы предполагаем, что такое поведение

вызвано её трудностями влиться в коллектив, о чем мы говорили выше. Такой тип поведения говорит о желании привлечь внимание окружающих людей к трудностям, как определенный вариант просьбы о помощи (рис.3.3). Также стоит отметить значимые различия между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы (Приложение 12).

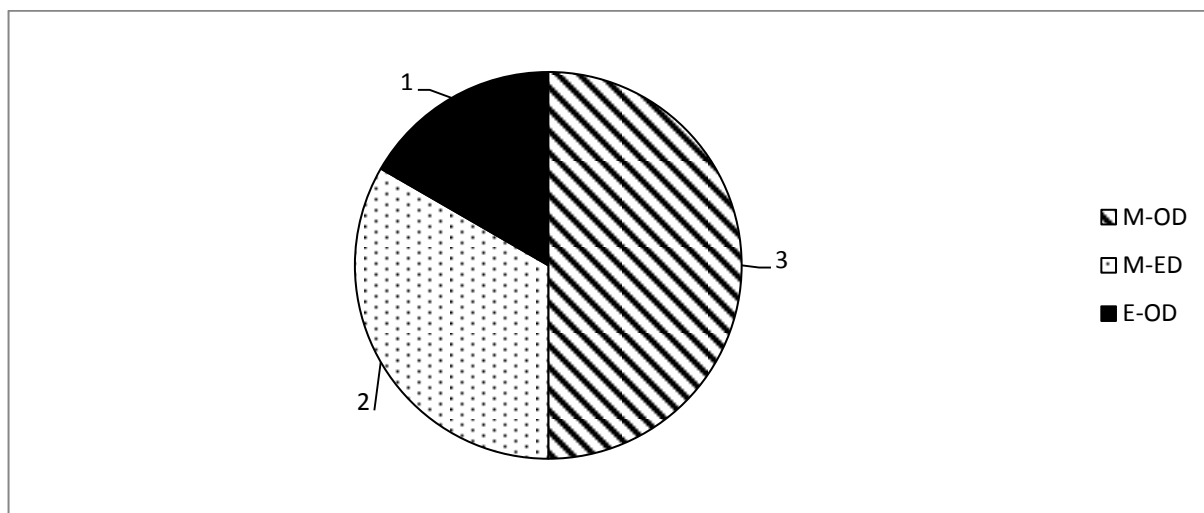


Рис.3.3 Распределение факторов реагирования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на фрустрирующую ситуацию после проведения коррекционной работы (Абс.ц.)

При анализе изменений в адаптации, были выявлены следующие результаты (рис.3.4). У 100% детей были обнаружены положительные расхождения. То есть после проведения коррекционной работы у детей (в разной степени) увеличился уровень адаптированности (Приложение 13). Дети не достигли уровня высокой адаптации, но тенденция к повышению адаптации была выявлена у всех детей. Это говорит о том, что цели нашей коррекционно-развивающей работы были достигнуты.

Дети стали более адаптированы к фрустрации. Также у них изменился направление реагирования на фрустрационную ситуацию, большинство детей воспринимают ее теперь как незначительную, что позволит им легче переносить трудности. Кроме того, после проведения коррекционно-развивающей работы у детей снизилась тревожность.

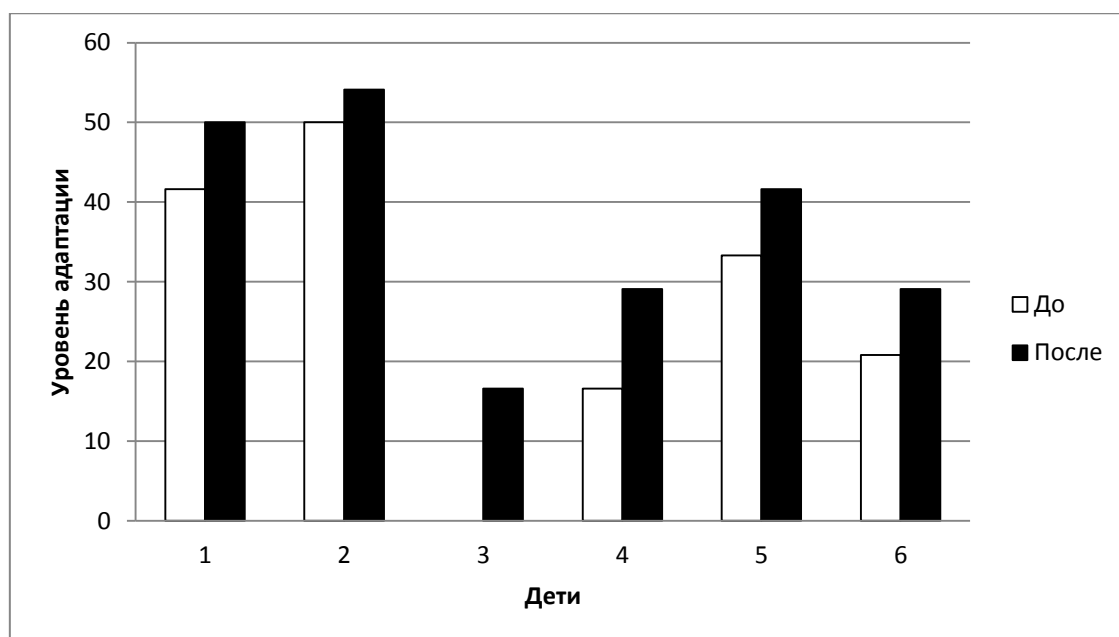


Рис.3.4 Различия между показателем адаптации у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы (%)

В целом, дети стали вести себя в группе более слажено, начали активнее делиться своими чувствами, включаться в работу, участвовать во всех играх. Эмоциональный фон группы стал более стабильным. Группа стала менее конфликтной, прощания после занятий начали носить позитивный характер, негативизм снизился. Также дети стали добрее относиться друг к другу. К концу занятий к ребенку, который участвовал в групповых занятиях, но не был включен в исследование из-за трудностей речи и движения, стали относиться мягче. Ему помогли поставить «модуль» для того чтобы он смог сесть, проявляли внимание, старались понять, что он говорит и не игнорировали.

Стоит, та же, отметить, что ребенок, в рисунках которого всегда были одинаковые символы, независимо от темы, начал рисовать более дифференцированные образы. Еще один мальчик, также к завершению коррекционной работы, стал более открытым, при том, что в первые встречи старался не привлекать к себе внимание. Девочка, которая проявлялась необходимость в положительной реакции взрослых, хоть и не перестала

нуждаться в ней, но научилась сдерживать себя, ждать своей очереди в высказываниях.

Другой мальчик во время работы начал проявлять агрессивность, негативизм, которые были вызваны проблемами в семье, нами максимально сглаживалось его поведение, и к концу занятий его эмоциональный фон стал стабильнее, напряжение снизилось, хотя некоторые переживания можно было проследить и в последующее время. Еще одна девочка в процессе пребывания в реабилитационном центре стала изгоем как в группе, так и у себя в палате.

Нами были предприняты все действия для сглаживания конфликтов в группе, но повлиять на ее взаимоотношения в палате и в «игровой» мы не смогли. Она высказывала желания уехать из центра, вела себя замкнуто, временами агрессивно, дралась из-за незначительных ситуаций. Независимо от того, что из-за некоторых факторов, на которые мы не могли повлиять (например, семейные взаимоотношения), дети находились в эмоциональном напряжении, коррекционная работа была выполнена в полной мере и оказала положительное влияние на эмоциональную сферу детей.

Выводы по третьей главе.

В процессе коррекционной работы нами была выявлена положительная динамика адаптации детей к фрустрирующим ситуациям. У детей вырос уровень адаптации и снизился показатель тревожности (на 1-2 показателя), стали проявляться импунитивные реакции на фрустрацию. Эмоциональный фон младших школьников нормализовался. Дружеские отношения в группе укрепились.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фрустрация у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата тема обширная и слабо изученная. При рассмотрении специфики адаптации таких детей в научной литературе, нами было выявлено, что важную роль играет несколько факторов это: отношение ребенка к своей жизни, осознание факта заболевания, тяжесть повреждения мозга и трудность включения в социум из-за определенных дефектов, как двигательных, так и речевых. Большое значение в адаптации ребенка оказывает глубина дефектов, сочетание симптомов заболевания, воспитание и работа с его социализацией в обществе.

Исследуя литературу по специфике реакции на фрустрацию детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата было обнаружено, что особенности переживания ими эмоциональных состояний, факторы от которых они зависят, и специфика заболевания, влекут за собой частое столкновение ребенка с фрустрацией. Исходя из этого, можно говорить о дезадаптации детей на фоне хронической фрустрации, от чего патологическое воздействие на личность только усиливается. Такие дети более чувствительны к фрустрации. Они характеризуются пониженной толерантностью к фрустрационным воздействиям.

Результаты эмпирического исследования особенностей реакции на фрустрацию детьми с заболеваниями двигательной сферы показали специфику восприятия фрустрации детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Присущим большинству детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата типом реагирования на фрустрацию, является препятственно-доминантный тип, возникшие трудности акцентируются детьми, независимо от того оцениваются они как, благоприятные, незначительные или отрицательные. Чаще всего было обнаружено экстрапунитивное направление реагирования на фрустрацию, то есть детям свойственно обвинять внешние препятствия и подчеркивать степень дискомфорта, доставленного этими трудностями. Специфичным

является то, что интропунитивные реакции, были выявлены только у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, ни один ребенок в норме, не демонстрировал такой тип реагирования.

Мы не выявили конкретный фактор реакции (дети разделились на 3 группы по фактору реагирования), что является довольно показательным. Дети, находящиеся в хронической фрустрации не могут сформировать адаптивную модель поведения для достижения цели, и, исходя из набора личностных особенностей, выбирают ту модель поведения, которую считают правильной на данный момент времени. Несмотря на то, что нет единственно верной реакции на фрустрацию, в связи с высокой тревожностью детей и их низкой адаптацией, нами была сформирована и проведена коррекционно-развивающая работа, направленная на снижение напряжения с помощью формирования у них типа реакции, позволяющего наиболее нейтрально относиться к препятствиям.

Опираясь на результаты эмпирического исследования адаптации к фрустрирующим ситуациям детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, мы разработали коррекционно-развивающую программу для коррекции эмоциональной сферы, формирования импунитивного типа реагирования на фрустрацию и увеличению адаптации к ней, а также направленную на снижение уровня тревожности. По итогам нашей коррекционной работы у детей изменился показатель фрустрационной реакции. У большинства детей, по результатам контрольного исследования обнаружены импунитивные реакции с фиксацией на препятствии. То есть у детей была выявлена тенденция к восприятию фрустрации как чего-то незначительного, преодолимого, нейтральному реагированию на препятствия и снижению негативных эмоций и агрессии, без обвинения в трудностях себя или ближайшего окружения. Один ребенок не изменил фактора реагирования на фрустрацию, он продолжил акцентировать внимание на трудной ситуации, подчеркивать степень фрустрации. Также, во время контрольного исследования, нами была выявлена положительная динамика адаптации

детей к фрустрирующим ситуациям. У детей уровень адаптации заметно вырос. Кроме того, у детей снизилась тревожность. В целом, дети стали вести себя в группе более слажено, начали активнее делиться своими чувствами, включаться в работу, участвовать во всех играх. Эмоциональный фон группы стал более стабильным. Группа стала менее конфликтной, негативизм снизился. Также дети стали добрее относиться друг к другу.

Таким образом, наша гипотеза нашла свое подтверждение, а именно детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, свойственны агрессивные реакции на фрустрирующую ситуацию, что затрудняет их психическую адаптацию к ситуациям данного типа; коррекционная работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата направленная на снижение уровня эмоционально-психического напряжения, улучшила динамику их адаптации к фрустрирующей ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, С.В. Алгоритмы оценки путей формирования детской инвалидизации: пособие для врачей / С.В. Алексеев, О.И. Янушанец, Л.В. Эрман, А.С. Симаходский – СПб.: 2001. - 80 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба. – Киев, 2003. – 327 с.
3. Баряева, Л.Б. Проектная деятельность с дошкольниками в группах различной направленности / Л.Б. Баряева [и д.р.]; под ред. И.Г. Вечкановой.-СПб.:ЦДК проф.Л.Б.Баряевой,2014.-208с.
4. Берковиц, Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л.Берковиц – СПб: прайм-Еврознак, 2001. — 512 с.
5. Берон, Р. Агрессия / Ричардсон,Д. – СПб.: Издательство «Питер», 1999.-с.39-43
6. Борисенко, М.Г., Калашникова, О.Е., Куприянова, Т.Ф., Рачковская, Н.Н. Руководство для практических психологов и других специалистов работающих с детьми раннего дошкольного возраста: Методическое пособие / М.Г.Борисенко [и д.р.] – СПб.: Паритет – 2002.- 3-28с.
7. Бочковая, И.А. Социально-психологическое сопровождение адаптации подростков с инвалидностью в условиях интегрированного образования / И.А Бочковая. – М.:-2012
8. Бранис, И.Е., Юрьева, Р.Г. Альтернативный конституционный подход в реабилитации детей с множественными нарушениями // И.Е.Бранис, Р.Г.Юрьева // Российская научная конференция. Педиатрия: из XIX в XXI век. - СПб.:-2005.- С. 41-42
9. Вагенас, Э. Динамика агрессивности у дошкольников в условиях разных стилей воспитания / Э. Вагенас. - М., 1995. - 18с.
10. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е.Василюк. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984.-С.36-42

11. Веккер, Л. М. Психологические процессы Т2 / Л.М.Веккер.– Л.: Изд-во ЛГУ, 1974.
12. Войгенко, Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина. Концепция и методология / Р.М. Войгенко.– СПб.:Медея - 2004г.- С. 7-30
13. Восстановительное лечение детей с поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата: учебно-методическое пособие / под ред. И.В.Добряковой, Т.Г. Щедриной. – СПб.: МАЛО 2004г. - С. 103-133.
14. Выготский, Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей // Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / сост. и общ. ред. В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002. С. 120.
15. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 2. Проблемы общей психологии / Л.С.Выготский.– М.: Педагогика, 1982.
16. Гросс, Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Гросс Н.А. – М.: 2002 - 224 с.
17. Грюневальд, К. Нормализация жизни в закрытых помещениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями. Теоретические основы и практический опыт / К. Грюневальд. – СПб.: 2003. - С. 144.
18. Гурова, Е.В., Диагностика психического развития детей / Е.В. Гурова., Н.Ф.Шляхта, Н.Н.Седова //Учебно - методическое пособие к курсу "Возрастная психология"-М.: Институт молодежи, 1992
19. Дементий, Л.И. Фрустрация. Понятие и диагностика / Дементий Л.И. – Ом.: Изд-во ОмГУ., 2004
20. Детский церебральный паралич: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – 519 с. [с. 147]
21. Добряков, И.В., Церетели С.В. Перинатальные аспекты ранней профилактики возникновения ДЦП. Актуальные проблемы профилактики

неинфекционных заболеваний / И.В.Добряков, С.В. Церетели// Всеросс.конф. М., МЗ РФ, ГНИЦПМ МЗ РФ 2003. с. 65.

22. Додонов, Б. И. В мире эмоций / Б. И Додонов.– Киев.: 1987.

23. Долгова, В. И. Особенности самооценки и морально-нравственного развития младших школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата / В.И. Долгова, Ю.А. Рокицкая, А.А. Рожкова / Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 44. – С. 115–121

24. Долгова, В.И., Влияние стиля детско-родительских отношений на адаптацию первоклассников к школе / В.И. Долгова, Ю.А. Рокицкая, А.А. Рожкова / Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4

25. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи / В.И. Дубровский. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. – 138 с.

26. Иванова, В. С. Теоретико-методологические основания исследования особенностей отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП в психологическом сопровождении семьи / В. С Иванова.// Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2009. Вып. 11 (89). С. 113-119.

27. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб.: Питер, 2009. - 264 с.

28. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Ильин Е.П. – СПб.: Питер, 2002

29. Ипполитова, М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: пособие для родителей и воспитателей / М.В. Ипполитова, - М., 1980.

30. Калижнюк, Э.С. Задержка психического развития при ДЦП и принципы лечения: метод. Рекомендации / Э.С. Калижнюк - М.,1982.

31. Калижнюк, Э.С. Клиническое обоснование принципов коррекционно-педагогической работы с детьми-дошкольниками, страдающими церебральным параличом и задержкой психического развития: методические рекомендации / Э.С. Калижнюк - М., 1978. - С. 24.

32. Капустина, А. А. Особенности социальной адаптации детей с сочетанием тяжелых двигательных и интеллектуальных нарушений при детском церебральном параличе в условиях дошкольного учреждения / А. А. Капустина // Пермский педагогический журнал-2014-№5
33. Киршбаум, Э.И., Психические состояния / Еремеева, А.И. Владивосток: Изд-во Дальневост. Ун-та, 1990.-с.78-82
34. Колесникова, Г.Ю. Субъективный мир лиц с нарушением двигательной сферы / Г.Ю. Колесникова. – М.:АмГППУ, 2012
35. Комплексное сопровождение семей, имеющих ребенка-инвалида 5-7 лет с диагнозом детский церебральный паралич легкой степени. Методические рекомендации по сопровождению семьи. Вып. 2 / Сост. С.З. Витязева, Л.В. Пискулина, М.Ю. Бистс и др. – Тюмень: АУСОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», 2009. – 35 с.
36. Лаврова, Г.Н. Национально-личностное развитие детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом в условиях введения стандартов дошкольного образования / Г.Н.Лаврова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология– 2013-№1-т6
37. Ланге, Н.Н. Эмоции. Психологический этюд / Н.Н.Ланге. – М., 1896
38. Лебединский, В.В. Нарушение психического развития у детей / В.В.Лебединский - М., Просвещение, 1985. - 104 с.
39. Левитов, Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. 1967, №6
40. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы, эмоции: конспект лекций / А.Н Леонтьев. – М., 1971
41. Люшер, М., Цветовой тест Люшера / М.Люшер -М.: Эксмо, 2002г.
42. Майер, Н. Фрустрация: поведение без цели / Н. Майер – М., 2001

43. Малкова, Е.Е., Психодиагностическая методика для многомерной оценки детской тревожности / Е.Е. Малкова, Л.И. Вассерман// Пособие для врачей и психологов - СПб.: СПбНИПНИ им. Бехтерева,, 2007 г.
44. Мендос, Х.Р. Психологические особенности у детей с вялыми параличами верхних конечностей: Автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. псих. наук / Х.Р. Мендос. - Л., 1990. - 23 с.
45. Мещерякова Б.Г. Большой психологический словарь / Зинченко В.П. – М.: Прайм-Еврознак, 2003- 102,545с.
46. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В.Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Изд-ва Моск. унт-та,1990. – 197 с.
47. Назарова, Н.М. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; Под ред. Н.М.Назаровой. — 4-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия» - 2005.– С.400
48. Немкова, С. А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивный нарушений: Учебно-методическое пособие / С. А. Немкова [и д.р.]– М.: Союз педиатров России. 2012. 45 с.
49. Немкова, С. А., Маслова О. И., Заваденко Н. Н. Новые технологии в комплексной реабилитации когнитивных нарушений у детей с церебральным параличом / С.А.Немкова, О.И.Маслова, Н.Н.Заваденко // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской неврологии». – Киев.:2011. – С.137-139.
50. Немкова, С.А. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом / С.А Немкова // Педиатрическая фармакология -2013- № 2 -т10
51. Никифоров, А. С. Эмоции вашей жизни / А.С.Никифоров.– М.: Советская Россия, 1974.
52. Нюттен, Ж. Препятствие и фрустрация / Нюттен, Ж. – 2002

53. Пятакова, Г.В. Клинико-психологическое изучение особенностей личности подростков с двигательными нарушениями различного генеза / Г.В. Пятакова.– СПб.: СПбГУ, 2000
54. Рейковский, Я. Экспериментальная теория эмоций / Я.Рейковский.–1979.– С. 133 - 151.
55. Савина, М. В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом / М. В. Савина // Международный медицинский журнал.–2010, №3.– С.12-16.
56. Саморокова, Л.А. Особенности эмоциональной сферы у детей с детским церебральным параличом младшего школьного возраста // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.
57. Семенова, К.А., Штеренгерц А.Е., Польской В.В. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К.А Семенова, А.Е.Штеренгерц, В.В Польской. - К.: 1986.
58. Симонов, П.В. Что такое эмоция? / П.В.Симонов – М., 1962
59. Скворцов, И.А., Осипенко Т.Н., Дедов Н.П., Ночевка Л.А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И.А.Скворцов, Т.Н. Осипенко, Н.П. Дедов, Л.А.Ночевка // Медицинская наука и практика - детям инвалидам. -М.: 1999. - С. 397-422.
60. Стельмах, С.А. Особенности эмоциональной сферы детей с детским церебральным параличом дошкольного и младшего школьного возраста / С.А.Стельмах.: 1999.–С.195
61. Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации (модификация Н.В.Тарабриной) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. С.150-172.
62. Тимофеева, И.В. Специфика адаптации детей с детским церебральным параличом / И.В.Тимофеева // Сибирский психологический журнал-2009-№33

63. Ткачева, В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: учеб.-метод. Комплекс / В. В.Ткачева.–М.: 2004. – С.192
64. Фрейнкман-Хрусталева, Н.С., Новиков А.И. Эмиграция и эмигранты: История и психология / Науч.ред. Тишкин Г.А. - СПб. - 1995. - 153 С.
65. Фрустрация: Понятие и диагностика: Учеб.-метод. пособие: Для студентов специальности 020400 «Психология» / Сост. Л.И. Дементий. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. – 68 с.
66. Шипицина, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. — М.: Специальное образование. 2014. № 3
67. Шутенко, Е. Н. Психолого-педагогические условия построения доступной образовательной среды для детей с ограниченными возможностями / А.И. Шутенко, Е.Н. Шутенко // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. - № 9(53). – С. 776-788.
68. Шутенко, Е. Н. Содержание и роль образовательных компетенций в социальной интеграции детей с ограниченными возможностями развития / Е.Н. Шутенко // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. – 2015. – № 3. – С. 1-8.
69. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест Розенцвейга диагностика реакций в ситуациях конфликта: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. – СПб.: ИМАТОН, 2007. – С. 8-19
70. Cunningham S.D. et al. Parenting and social functioning of children with and without cerebral ralsy / Rehabil.Psychol.2009№54(1)P.109-115
71. Garfinkle J., Shevell M. I. Cerebral palsy, developmental delay, and epilepsy after neonatal seizures. *Pediatr. Neurol.* 2011; 44 (2): 88-96.
72. Wolf S. M. The results of treatment in cerebral palsy. - Springfield: Tomas, 1969.-327

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Расчет t-критерия Стьюдента для определения различий между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей в норме и у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

№	Выборки		Отклонения от среднего		Квадраты отклонений	
	В.1	В.2	В.1	В.2	В.1	В.2
1	3	7	1	2.75	1	7.5625
2	2	3	0	-1.25	0	1.5625
3	4	2	2	-2.25	4	5.0625
4	1	3	-1	-1.25	1	1.5625
5	3	7	1	2.75	1	7.5625
6	2	8	0	3.75	0	14.0625
7	3	8	1	3.75	1	14.0625
8	1	2	-1	-2.25	1	5.0625
9	1	2	-1	-2.25	1	5.0625
10	1	8	-1	3.75	1	14.0625
11	1	8	-1	3.75	1	14.0625
12	1	1	-1	-3.25	1	10.5625
13	3	3	1	-1.25	1	1.5625
14	1	1	-1	-3.25	1	10.5625
15	1	3	-1	-1.25	1	1.5625
16	1	2	-1	-2.25	1	5.0625
17	6		4		16	
18	5		3		9	
19	2		0		0	
20	1		-1		1	
21	2		0		0	
22	1		-1		1	
23	1		-1		1	
24	1		-1		1	
Суммы:	48	68	0	0	46	119
Среднее:	2	4.25				

Результат: $t_{Эмп} = 3.3$ (зона значимости)

Критические значения:

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.02	2.71

Расчет t-критерия Стьюдента для определения различий между уровнем адаптации у детей в норме и у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

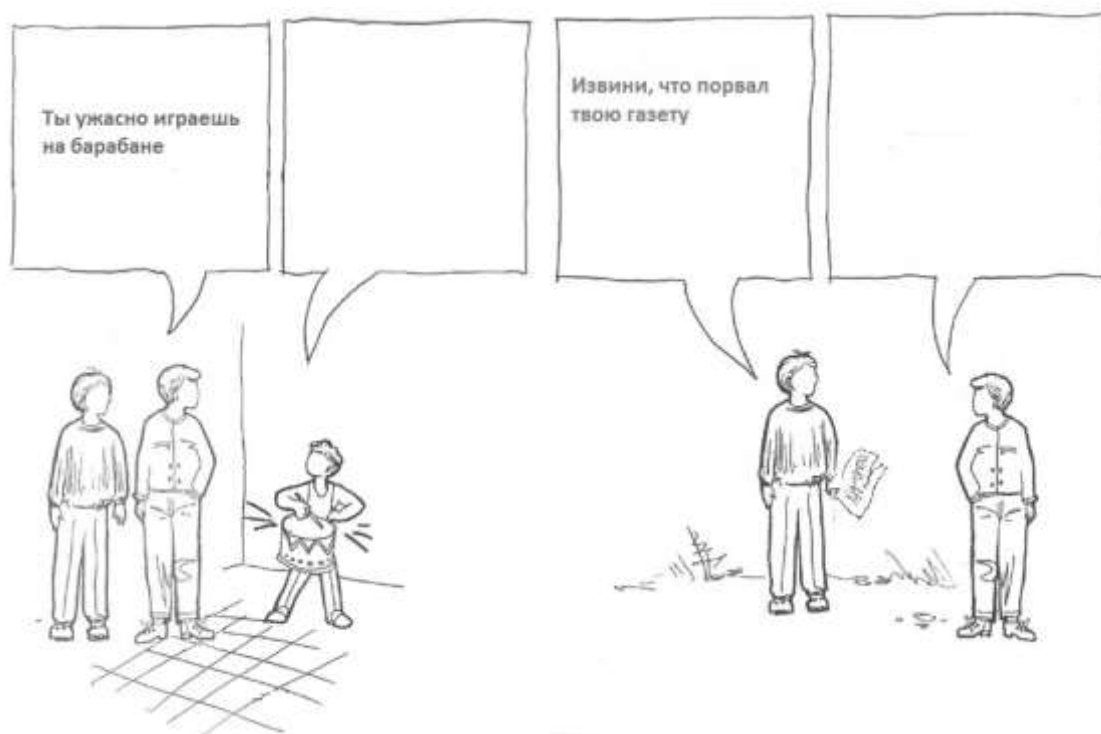
№	Выборки		Отклонения от среднего		Квадраты отклонений	
	В.1	В.2	В.1	В.2	В.1	В.2
1	16.6	41.6	-6.43	16.64	41.3449	276.8896
2	8.3	50	-14.73	25.04	216.9729	627.0016
3	29.1	0	6.07	-24.96	36.8449	623.0016
4	29.1	16.6	6.07	-8.36	36.8449	69.8896
5	29.1	33.3	6.07	8.34	36.8449	69.5556
6	16.6	20.8	-6.43	-4.16	41.3449	17.3056
7	29.1	20.8	6.07	-4.16	36.8449	17.3056
8	29.1	58.3	6.07	33.34	36.8449	1111.5556
9	16.6	33.3	-6.43	8.34	41.3449	69.5556
10	33.3	16.6	10.27	-8.36	105.4729	69.8896
11	41.6	20.8	18.57	-4.16	344.8449	17.3056
12	33.3	16.6	10.27	-8.36	105.4729	69.8896
13	8.3	16.6	-14.73	-8.36	216.9729	69.8896
14	37.4	16.6	14.37	-8.36	206.4969	69.8896
15	20.8	20.8	-2.23	-4.16	4.9729	17.3056
16	29.1	16.6	6.07	-8.36	36.8449	69.8896
17	16.6		-6.43		41.3449	
18	16.6		-6.43		41.3449	
19	8.3		-14.73		216.9729	
20	16.6		-6.43		41.3449	
21	8.3		-14.73		216.9729	
22	29.1		6.07		36.8449	
23	16.6		-6.43		41.3449	
24	33.3		10.27		105.4729	
Суммы:	552.8	399.3	0.08	-0.06	2287.9536	3266.1196
Среднее:	23.03	24.96				

Результат: $t_{Эмп} = 0.5$ (зона незначимости)

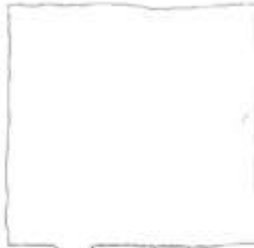
Критические значения

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.02	2.71

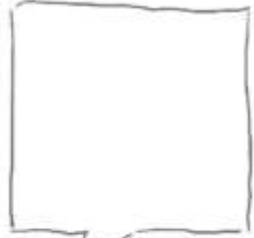
Рисунки к игре «Трудная ситуация»



Мы можем
купить игрушку
только твоему
брату



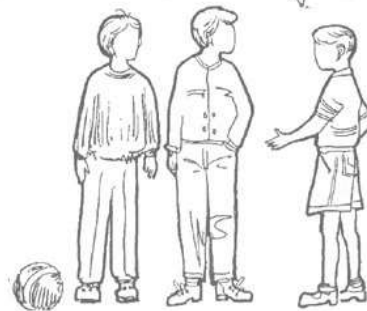
Если ты не слезишь с
качели сейчас же, то
будешь наказана



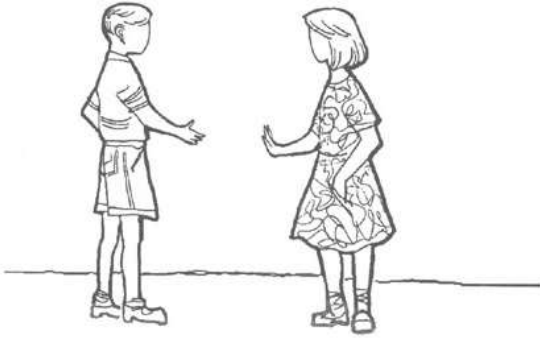
Мы поедem на море,
а ты неделю
поживешь с
бабушкой



На тебя места в
команде не хватает,
мы всех уже
выбрали



А у Машки платье красивее, чем у тебя



Пока не поешь, из-за стола не выйдешь



Рисунки к игре «Угадай эмоцию».





SURPRISE



DISGUST



ANGER



HAPPINESS



SADNESS

Отрывок повести Андрея Богословского «Верочка» к 7 занятию коррекционной работы.

Все мы, пришедшие в школу после каникул и уже третий год встречающие друг друга вновь, мгновенно распались на группки и завели обычные беседы о рыбалках, пионерских лагерях — одним словом, обо всем том, о чем говорят девятилетние создания после трехмесячной разлуки. Она одна не участвовала во всеобщем оживлении. Новенькая. В первое время мы ее вроде бы даже и не заметили — так тихо и смиренно она стояла у стены, хотя внешность ее была примечательной: невысокая девочка, болезненно-рыхло-толстая, бледная-бледная, так что все жилки голубели под кожей. Лицо у нее было некрасивым, одутловатым и с какими-то очень неприятными бородавками на щеках. Но самыми странными, необычными были у нее глаза: совершенно белые. Я более никогда не видел таких глаз, да думаю, что и вообще таких больше в природе не встречалось. Стояла она тихонько, дышала часто и коротко и как-то очень смешно сложила на груди толстые коротенькие ручки, соединив ладони, будто молилась. Вся фигура ее казалась расплывчатой, неопределенной, беззащитной, и в этой беззащитности — страшно уязвимой для наших по-детски злых наскоков. Были мы еще в том возрасте, когда категории добра и зла только смутно начинают маячить перед человеческим разумом и человек еще может быть одновременно и безгранично добр и зол до жестокости, не совсем осознавая обе крайности.

Заметив новенькую, мы окружили ее. По какому-то невероятному закону вселенной новенькие всегда таят в себе прелесть, жажду познакомиться с ними, общаться, но одновременно с тем одиночеством своей и чуждостью пока для всех предоставляют возможность самоутвердиться на них, почувствовать себя сильным и безжалостным. Видно, этот инстинкт, эта боязнь чужака сидит в нас еще со времен первобытного, животного стада.

— Ты кто? — надменно спросила ее наша классная красавица Ира Мещерская, недобро оглядывая новенькую из-под чудных сомкнутых бровей.

— Я девочка,— тихо-тихо ответила та каким-то замогильным голосом, испуганно тараща на нас свои белые глаза.

— Видим, что не мальчик,— усмехнулась Ира.— Как тебя зовут?

— Верочка,— еще тише, совсем еле слышно проговорила новенькая! Мальчишки да даже и девочки засмеялись. Я сам помню, что мне было

страшно смешно: Верочка! Учимся в третьем классе, вес повыр астали, а она — Верочка. Ха-ха! Девочка Верочка!

— Меня, например, зовут Ирина Александровна,— веско и презрительно кинула Ира. — А ты?

— А меня Сергей Сергеевич! — захохотал наш румяный и хулиганистый Губенко и показал ей язык.— Верочка!

— Она в бога верит! — воскликнул маленький загорелый Краснощекое в очках.— Гляньте, как она руки сложила. Она молится!

— Ты веришь в бога? — изумилась отличница Бескудина.— Да как ты... как ты можешь? Ты пионерка? Или ты октябратка? Кто ты такая? — Голос ее звенел металлом.— Кто ты такая?..

У новенькой девочки задергались губы, мелко-мелко затряслись бледные щеки, а руки она быстро опустила и странно растопырила и тут сразу стала похожа на тучную лягушку.

— А что это у тебя такое? — совсем безгливо спросила Ира Мещерская и с гримасой на лице ткнула пальчиком куда-то новенькой в щеку.— Что это такое, эти, такие...— Ира морщила носик.

— А это бородавки! — рявкнул веселый Губенко.— У нее вся рожа в бородавках! Бородавка! Бородавка!

Толстая девочка начала тихо плакать, и это сейчас же раздражило нас всех. Все мы стали прыгать вокруг нее, кривляться, корчить рожи и вопить: «Бородавка! Бородавка!» Так потом это прозвище и приклеилось к ней — Бородавка. Да еще и Жабой ее называли иногда. А тогда она все стояла и тихо плакала. А потом вдруг белые глаза ее закатились, она дернулась несколько раз и мягко, боком упала на пол. Смех наш и возбужденные движения разом прекратились. Мы сгрудились вокруг новенькой и смотрели на нее жадно и без всякого сострадания.

Появилась наша учительница Мария, Васильевна, накричала на нас, отвела очнувшуюся новенькую в медпункт. Потом нам объяснила, что девочку зовут Вера, фамилия у нее Батистова, что она очень болела и пропустила два года школы, но занималась дома и теперь вот пришла в наш класс.

— Законов она наших школьных не знает,— говорила нам Мария Васильевна.— Она даже не была в октябрятах. Все, что вы узнали за два года занятий в школе, она учила сама, дома. Помните это и старайтесь ей во всем помогать, помогите ей освоиться, подружиться с вами. А еще помните, что Вера Батистова очень, очень сильно была больна, и даже теперь ей нельзя волноваться, нельзя резко двигаться...— Мария Васильевна оглядела нас внимательными печальными глазами из-за толстых стекол очков — И зачем я вам это говорю? — тихо пробормотала она самой себе.— Вы же еще дети...

Текст к басне «Горная тропинка»

Сергей Михалков

Бараны

По крутой тропинке горной
Шёл домой барашек чёрный
И на мостике горбатым
Повстречался с белым братом.

И сказал барашек белый:
"Братец, вот какое дело:
Здесь вдвоём нельзя пройти -
Ты стоишь мне на пути".

Чёрный брат ответил: "Ме-е,
Ты в своём, баран, уме-е?
Пусть мои отсохнут ноги,
Не сойду с твоей дороги!"

Помотал один рогами,
Уперся другой ногами...
Как рогами ни крути,
А вдвоём нельзя пройти.

Сверху солнышко печёт,
А внизу река течёт.
В этой речке утром рано
Утонули два барана.

Текст к упражнению «Достань звезду»

«Представь себе, что ты стоишь на поляне. Над тобой – темное ночное небо, все усыпанное звездами. Они светят так ярко, что кажутся совсем близко. Поляна залита мягким, нежно-голубым светом. Люди говорят, что, когда звезда падает, нужно загадать желание, и оно обязательно сбудется. Еще говорят, что звезду нельзя достать. Но может быть, они просто не пробовали? Найди на небе мысленным взглядом самую яркую звезду. О какой твоей мечте она напоминает? Хорошенько представь себе, чего бы ты хотел. А теперь открой глаза, глубоко вдохни, затаи дыхание и постарайся дотянуться до звезды. Это не просто: тянись изо всех сил, напряги руки, встань на носочки. Так, еще немного, ты уже почти достал ее. Есть! Ура! Выдохни и расслабься, твое счастье в твоих руках! Положи свою звезду перед собой в красивую корзинку. Порадуйся, глядя на нее. Ты сделал что-то очень важное. Теперь можно немного отдохнуть. Закрой глаза. Снова мысленно посмотри на небо. Есть ли там еще звезды, напоминающие тебе о других заветных мечтах? Если есть, то внимательно присмотришься к выбранному светилу. А теперь открой глаза, вдохни и тянись к своей новой цели!»

Описание упражнения «Плохое настроение»

Педагог объясняет детям, что у каждого человека может быть плохое настроение., и что окружающим нужно постараться понять его причину и научиться правильно реагировать на плохое поведение и высказывание человека. Затем педагог говорит: - Один мальчик пришел в детский сад в плохом настроении и сердито сказал своему другу: «Я не буду с тобой играть». Его друг подумал немного и спросил: «Ты имеешь в виду ,что тебе хочется поиграть с другими детьми ?» У мальчика улучшилось настроение, потому что друг не стал с ним спорить, ругаться, не обиделся, а просто постарался его понять. После этого выбирается водящий, который будет изображать ребенка в плохом настроении. Остальные дети пытаются правильно реагировать ,начиная любое высказывание со слов: «Ты имеешь в виду, что ...»

Описание упражнения «Добрые эльфы»

Ведущий садится на пол и собирает детей вокруг себя. «Когда-то давным-давно люди не умели спать. Они работали и днем, и ночью и, конечно же, уставали. И тогда добрые эльфы решили им помочь. Когда наступала ночь, они прилетали к людям, нежно гладили их, успокаивали, ласково убаюкивали, присылали им добрые сны. И люди засыпали. Они не знали, что их сон — дело рук добрых эльфов, ведь эльфы не умели разговаривать на человеческом языке и были невидимы. Неужели вы никогда об этом не слышали? А ведь они прилетают к каждому из вас до сих пор и охраняют ваш сон. Давайте поиграем в добрых эльфов. Пусть те, кто сидит по правую руку от меня, будут людьми, а те, кто по левую — эльфами. А потом мы поменяемся. Наступила ночь, люди ложатся спать, а добрые эльфы прилетают и убаюкивают их». Дети-люди лежат на полу и «спят», дети-эльфы подходят к каждому из них, гладят по волосам, тихо напевают песенки. Потом дети меняются ролями.

Различия между тревожностью у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы по G критерию знаков.

Частоты

		N
Контрольное - Первичное	Отрицательные расхождения ^a	3
	Положительные расхождения ^b	2
	Совпадающие наблюдения ^c	1
	Всего	6

a. Контрольное < Первичное

b. Контрольное > Первичное

c. Контрольное =Первичное

Различия между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы по G критерию знаков.

Частоты

		N
Контрольное -Первичное	Отрицательные расхождения ^a	1
	Положительные расхождения ^b	5
	Совпадающие наблюдения ^c	0
	Всего	6

a. Контрольное < Первичное

b. Контрольное > Первичное

c. Контрольное = Первичное

Расчет t-критерия Стьюдента для определения различий между реакцией на фрустрирующую ситуацию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы.

№	Выборки		Отклонения от среднего		Квадраты отклонений	
	В.1	В.2	В.1	В.2	В.1	В.2
1	7	3	1.17	0.5	1.3689	0.25
2	7	1	1.17	-1.5	1.3689	2.25
3	6	2	0.17	-0.5	0.0289	0.25
4	6	2	0.17	-0.5	0.0289	0.25
5	7	3	1.17	0.5	1.3689	0.25
6	2	4	-3.83	1.5	14.6689	2.25
Суммы:	35	15	0.02	0	18.8334	5.5
Среднее:	5.83	2.5				

Результат: $t_{Эмп} = 3.7$ (зона значимости)

Критические значения:

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.23	3.17

Различия между показателем «GSR»(адаптация) у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после проведения коррекционной работы по G критерию знаков.

Частоты

		N
Контрольное - Первичное	Отрицательные расхождения ^a	0
	Положительные расхождения ^b	6
	Совпадающие наблюдения ^c	0
	Всего	6

a. Контрольное < Первичное

b. Контрольное > Первичное

c. Контрольное = Первичное

Расчет коэффициента корреляции Пирсона для определения связи показателя фрустрации и тревожности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Корреляции

		Фрустрация	Тревожность
Фрустрация	Корреляция Пирсона	1	,283
	Знач. (двухсторонняя)		,040
	N	16	16
Тревожность	Корреляция Пирсона	,283	1
	Знач. (двухсторонняя)	,040	
	N	16	16