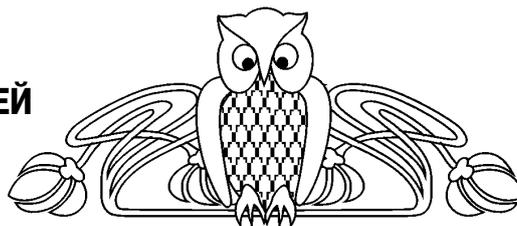




УДК [159.9:61] – 053.5-056.2+159.9432-053.5-056.2

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



А. Г. Колчина

Колчина Алина Геннадиевна – кандидат философских наук, доцент, кафедра специальной психологии, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского, Россия
E-mail: savanna.77@mail.ru

Изложены некоторые теоретические аспекты проблемы эмоционального развития младших школьников с церебральным параличом. Изучается роль нарушений эмоционального развития у данной категории детей в организации их полноценного общения с окружающими и утверждения себя как полноправного члена общества. На основе результатов экспериментального исследования выявлены особенности проявлений базовых эмоций у детей с церебральным параличом. Применение комплекса психодиагностических методик позволило выявить у респондентов зависимость уровня эмоциональной адаптивности от выраженности двигательного дефекта и переживания двигательной недостаточности. Обоснована необходимость проведения коррекционно-развивающих занятий уже на раннем этапе развития ребенка. Прикладной аспект исследуемой проблемы может быть реализован в работе школьных и специальных психологов.

Ключевые слова: младший школьный возраст, детский церебральный паралич, двигательный дефект, эмоциональные нарушения.

DOI: 10.18500/2304-9790-2017-6-2-179-185

К постановке проблемы

В настоящее время все большее внимание различных специалистов привлекают проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья. Данное обстоятельство, безусловно, связано с тем, что этот контингент детей сегодня рассматривается как активный субъект окружающего социума, а не просто как объект медико-социальной помощи и заботы.

Изучение личностных особенностей детей с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из наиболее актуальных проблем в коррекционной психологии и дефектологии [1]. Это обусловлено, во-первых, тем, что ДЦП в структуре инвалидности по неврологическому профилю занимает одно из первых мест, а частота развития данной патологии с каждым годом неуклонно растет. Во-вторых, это связано с тем, что с самого рождения такие дети нуждаются в психологическом сопровождении и прохождении полных курсов терапии, реабилитации и социальной адаптации.

Кардинальное изменение взглядов на систему помощи больному ребенку, наметившееся в последние годы, привело к осознанию того, что

первостепенной задачей стало развитие личности ребенка и успешная интеграция его в социум [2]. Бесспорно, жизнь ребенка во многом определяет наличие у него заболевания, создающего особую жизненную ситуацию. Тем не менее судьбу личности решает не сама болезнь, а его социально-психологическая реализация.

Основной причиной развития ДЦП является поражение головного мозга плода на ранних стадиях пренатального развития или в процессе родовой деятельности. Основными клиническими проявлениями заболевания являются нарушения двигательных функций, к которым в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др. [3].

Анализ источников литературы по проблеме детского церебрального паралича показал, что изучение этого вопроса до недавнего времени ограничивалось в основном его ортопедическим и неврологическим аспектами [4]. В последние годы в отечественной и зарубежной психологии появились исследования, характеризующие разнообразные психические нарушения у детей с церебральным параличом [5] и затрагивающие вопросы обучения, воспитания больных детей и коррекционно-восстановительной работы с ними [6, 7]. В то же время проблема формирования эмоциональной сферы детей с церебральным параличом и переживания ими отдельных эмоций в коррекционной психологии остаётся все еще недостаточно разработанной, хотя имеются единичные указания [8], в которых обращается внимание на их своеобразие у данной категории детей.

В современной детской психологии существует положение о том, что развитие детской личности тесно связано с формированием эмоциональной сферы. Принимая во внимание, что эмоциональный фактор является базовым как в процессе адаптации ребенка к условиям внешней среды, так и в формировании межличностных отношений со сверстниками и окружающими его взрослыми людьми, изучение особенностей формирования эмоциональной сферы, безусловно, имеет важное научное и практическое значение для ранней и своевременной коррекции различных отклонений, ведущих к патологическому развитию личности ребенка с церебральным параличом.

Е. И. Кириленко выделяет ряд биологических и социальных факторов, которые оказывают непосредственное влияние на патологическое развитие личности ребенка. К ним, в первую очередь,



относится грубая органическая церебральная патология, кроме того, психотравмирующие обстоятельства; реакция ребенка на осознание и переживание имеющегося у него дефекта [9].

Все эти факторы, как можно видеть, имеют место у детей с церебральным параличом. Сюда относится, прежде всего, пренатальное или интранатальное поражение головного мозга, условия эмоциональной, сенсорной и социальной депривации, переживание положения отвергнутого, «мишени для насмешек» или, напротив, чрезмерного внимания окружающих. Психологическая обстановка в семье таких детей также не всегда способствует нормальному формированию личности ребенка и его эмоционального состояния.

Таким образом, церебральный паралич можно рассматривать в качестве модели влияния двигательной недостаточности на развитие эмоциональных нарушений у таких детей и личности в целом. Переживания своей неполноценности и обременительности для окружающих обуславливают формирование своеобразной социальной ситуации развития детей, приводящей к возникновению у них отклоняющихся форм поведения. В связи с этим данный аспект развития представляется чрезвычайно значимым для процесса формирования личности и индивидуальности ребенка. Учитывая вышеизложенное, изучение особенностей эмоциональной сферы детей с церебральным параличом не является самоцелью, а представляет собой возможность проникнуть в специфику личности и индивидуальности ребенка с данным видом патологии.

Выборка и методики исследования

В исследовании приняли участие две группы младших школьников. В первую (экспериментальную) группу вошли учащиеся третьих классов с детским церебральным параличом (20 человек). Во вторую группу вошли ученики 3-го класса без отклонений в развитии (20 человек). Всего в исследовании приняли участие 40 детей младшего школьного возраста. Средний возраст учащихся – 10 лет.

Клиническая характеристика детей с ДЦП была получена при анализе медицинской документации и в ходе выявления анамнестических данных из бесед с родителями (преимущественно с матерями). Экспериментальная выборка была подобрана таким образом, чтобы при анализе ре-

зультатов можно было составить представление об особенностях эмоциональной сферы у детей с церебральным параличом в зависимости от тяжести имеющегося у них двигательного дефекта. Данная выборка имела достаточную репрезентативность и надежность. Респонденты экспериментальной группы имели различные формы ДЦП.

Состав группы по диагнозу (по классификации К. А. Семёновой):

- спастическая диплегия (тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги; дети могут обслуживать себя, писать, владеют рядом трудовых навыков) – 15%;

- гиперкинетическая форма (гиперкинезы сочетаются с параличами и парезами или являются самостоятельным видом расстройств) – 35%;

- атонически-астеническая форма (характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами) – 15%;

- гемипаретическая форма (парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности) – 35%.

Дети экспериментальной группы имели сохраненный интеллект (согласно данным документации), лишь у незначительного количества испытуемых была в наличии легкая задержка психического развития. 85% испытуемых воспитываются в семьях, остальные являются сиротами или социальными сиротами. Во вторую (контрольную) группу вошли 20 учащихся 3-го класса МОУ СОШ № 9 г. Саратова в возрасте 9–10 лет.

В ходе эксперимента мы использовали следующие методики: «Тест тревожности» Р. Тэм-мал, М. Дорки и В. Амена; «Шкала личностной тревожности» А. М. Прихожан; «Метод неоконченных предложений» Сакса-Леви; «Рисунок несуществующего животного» А. М. Эткин-да, М. З. Дукаревич; «Hand-test» Э. Вагнера, «Цветовой тест отношений».

Результаты эмпирического изучения и их обсуждение

В ходе проведения исследования были получены следующие данные: использование методики «Тест тревожности» позволило установить, что индекс тревожности у детей экспериментальной группы имеет весьма широкий диапазон значений: от 21% до 72%. Рассмотрим распределение детей экспериментальной и контрольной групп в зависимости от индекса их тревожности (табл. 1).

Таблица 1

Уровень тревожности младших школьников экспериментальной и контрольной групп, %

Уровень тревожности	Индивидуальная тревожность	Группа	
		Экспериментальная	Контрольная
Высокий	> 50	65	13
Средний	20–50	35	75
Низкий	< 20	–	12



Показательно, что наибольшее количество детей в контрольной группе (75%) имеет средний уровень тревожности, тогда как у 65% респондентов экспериментальной группы – высокий уровень.

Проведение качественного анализа тревожности позволило установить, что у детей с индексом тревожности > 50% ее высокий уровень проявляется и в ситуациях, моделирующих отношения ребенок – взрослый, и в отношениях ребенок – ребенок, хотя в последнем случае несколько реже. Дети с высоким индексом тревожности в ситуациях, связанных с одиночеством, всегда делали отрицательный эмоциональный выбор. Такой же выбор часто имел место и в ситуациях «игнорирование», «ребенок и мать с младенцем», «собрание игрушек».

При анализе результатов исследования по шкале личностной тревожности А. М. Прихожан было выявлено, что у большинства детей с ДЦП высокий уровень школьной тревожности. Такая ситуация отрицательно влияет на формирование адекватной оценки себя, а также способствует развитию затруднений в общении со сверстниками и взрослыми из-за сложности оценки своего положения в обществе.

Самооценочная и межличностная тревожность у детей экспериментальной группы также повышена. Это, вероятно, связано с тем, что ребенок, осознавая свой дефект, предполагает предвзятое отношение к нему со стороны сверстников и окружающих. Показатели магической тревожности в основном относятся к среднему уровню, так как этот вид не оказывает непосредственного влияния на формирование самооценки и мнение окружающих о ребенке.

Из ответов на предложенные вопросы видно, что ребята проявляют тревожность во всех ситуациях, связанных с публичными выступлениями, общением со сверстниками и, тем более, незнакомыми людьми; тревожатся, что не оправдают ожиданий окружающих, будут плохо выглядеть в какой-либо ситуации, или переживают по поводу того, что о них могут подумать.

Таким образом, у младших школьников с церебральным параличом имеет место низкий порог возникновения реакции тревоги, они ощущают постоянное напряжение, на различные жизненные ситуации реагируют усилением состояния тревоги, постоянно испытывая угрозу своему «Я». Это хорошо согласуется с представлениями о социальном характере формирования эмоций. Если ребенок не подготовлен к общественной жизни, то, по мнению А. И. Захарова, он постоянно пребывает в состоянии невроза, одним из проявлений которого является личностная тревожность. Ребенок с церебральным параличом в данном случае является примером индивида, который не оправдал ожиданий окружающих, что неизбежно влечет за собой появление, а в последующем и усиление у него тревожности [10].

При сравнении средних показателей общего количества ответов по тесту «Hand-test» и анализе ответов по категориям можно прийти к заключению, что у детей с церебральным параличом низкая психологическая активность и менее выраженная степень активированности личности. Дети без отклонений в развитии обладают большим энергетическим потенциалом и запасом тенденции к действию.

Количественный и качественный анализ ответов показал, что высказывания по категориям «описание» и «пассивная безличность» у детей экспериментальной группы встречаются в 55% случаев, тогда как у детей контрольной группы лишь в 15%. Это свидетельствует о том, что у детей с церебральным параличом значительно чаще, почти в четыре раза, снижен уровень активности испытуемых.

При оценке агрессивности младших школьников было выявлено, что у большей части детей с церебральным параличом индекс агрессивности имел отрицательные значения, а в контрольной группе он характеризовался у большинства детей положительными или нулевыми показателями. Смещение кривой показателей вправо, полученное в экспериментальной группе, свидетельствовало, что у детей с ДЦП уровень агрессивности гораздо более выражен, чем у детей контрольной группы.

Все респонденты в зависимости от индекса агрессивности были распределены по уровням ее выраженности. К первому уровню (по условиям методики) относились показатели высокой вероятности проявления агрессии у детей. Индекс агрессивности у них 2 и более баллов. Ко второму уровню относили респондентов, индекс агрессивности которых находился в диапазоне от –1 до 1. У них проявления агрессии могут отмечаться, но в особо значимых ситуациях. Если индекс агрессивности был меньше –1, то дети с такими показателями относились к третьему уровню. Вероятность открытой агрессии у них считалась минимальной, даже в особых ситуациях.

Рассмотрим распределение респондентов экспериментальной и контрольной групп в зависимости от уровня агрессивности (табл. 2).

По результатам сравнительного анализа видно, что в обеих группах присутствуют три уровня агрессивности. Наиболее выраженным у детей с церебральным параличом является первый уровень, а в контрольной группе – второй.

Анализ ответов по категориям «зависимость», «увечность» и «пассивность» выявил их повышенный удельный вес, что отражает, по условиям методики, наличие органической патологии головного мозга. К. Лоренц объясняет нарушения механизмов контроля возникновения агрессивности повреждением лимбической системы или нарушением передачи сигнала со стороны коры головного мозга [11]. Рассматривая клиническую картину детского церебрального паралича, М. Б. Цукер также связывает их с аналогичными нарушениями центральной нервной системы [12].



Таблица 2

Распределение респондентов экспериментальной и контрольной групп в зависимости от уровня агрессивности, %

Уровень агрессивности	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Первый	15	45
Второй	50	35
Третий	35	20

Анализ результатов методики «Hand-test» позволил установить, что у детей с церебральным параличом отмечается низкая психологическая активность. Для них характерно наличие меньшего энергетического потенциала, по сравнению с детьми без нарушения развития, а также повышенный уровень агрессивности.

Методика «Неоконченные предложения» позволила выявить у детей уровень и характер страхов: было выделено по три уровня. В экспериментальной группе высокий уровень страхов отмечался у 45% детей, в то время как в контрольной группе у 55% детей имел место низкий уровень страхов (табл. 3).

Для подтверждения результатов, полученных по методике «Неоконченные предложения», одновременно осуществлялось проведение проектив-

ного теста «Рисунок несуществующего животного». У каждого испытуемого показатели наличия страха, отмеченные в рисунке, суммировались. Затем подсчитывался общий балл, который указывал на выраженность страха у данного испытуемого. Проведение сравнительного анализа результатов двух методик показало, что результаты методики «Рисунок несуществующего животного» достоверно коррелируют с результатами «Метода неоконченных предложений» ($r = 0,9; p < 0,01$).

Следует отметить, что для детей экспериментальной группы характерна категория страхов социально опосредованного и медицинского характера (табл. 4). Данное обстоятельство, вероятно, связано с осознанием детьми имеющегося у них двигательного дефекта и его глубоким переживанием.

Таблица 3

Процентное распределение детей контрольной и экспериментальной групп по уровням выраженности страхов, %

Уровни страхов у детей	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Высокий	45	35
Средний	35	10
Низкий	20	55

Таблица 4

Частота встречаемости различных страхов у детей с ДЦП и здоровых детей, %

Категории страхов	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Сказочные герои	10	15
Темноты	13	16
Смерти	10	7
Медицинские	17	5
Социально опосредованные	15	7

Как можно видеть, установлены существенные отличия эмоционального состояния детей с церебральным параличом от их сверстников, не имеющих патологии в развитии. В связи с этим представлялось необходимым и практически значимым выявление факторов, обуславливающих формирование отмеченных эмоциональных проявлений.

При проведении сопоставительного анализа особенностей проявлений эмоциональной сферы и возможных причин, их определяющих, было отмечено, что изменение уровня тревожности детей с ДЦП находилось в прямой корреляционной связи с тяжестью имеющихся у них двигательных нарушений. Дети с легкой степенью тяжести

двигательной недостаточности (гемиплегией) оказались наиболее благополучным контингентом, если учитывать проявление их тревожности. В тех случаях, когда у ребенка имел место более выраженный двигательный дефект (гиперкинез), уровень тревожности значительно возрастал, т. е. чем более двигательно несостоятелен ребенок, тем больше выражена и степень его тревоги.

Полученные данные полностью согласуются с выводами представителей теории социального научения (Н. Миллера, Дж. Долларда), что ребенок, не подготовленный к жизни в обществе, остается в состоянии эмоционального напряжения, которое перерастает в личностную тревожность. В нашем случае, чем тяжелее дефект, тем более вы-



ражена беспомощность ребенка в реальной жизни, тем, соответственно, выше его тревожность.

Не менее значимым в определении эмоциональной адаптивности ребенка с церебральным параличом к социальному окружению явилось и переживание им своей двигательной недостаточности. Была установлена прямая связь между тяжестью двигательной несостоятельности и переживанием ребенком имеющегося у него дефекта развития. Данная взаимосвязь логически объясняется: чем более выражен двигательный дефект, тем глубже его переживание и тем более выражены у ребенка отклонения эмоционального состояния. Наиболее высокие показатели тревожности и страхов отмечались именно у застенчивых, стеснительных, робких, боязливых детей, которые избегали общения с окружающими, с трудом входили в контакт. Они глубоко переживали свое особое состояние, часто плакали по поводу двигательной несостоятельности и довольно часто интересовались прогнозом своего заболевания.

Итак, узловыми факторами, определяющими особенности эмоциональной сферы детей с детским церебральным параличом, являются: степень выраженности двигательного дефекта, переживание двигательного дефекта и начало школьного обучения. Данные факторы имеют влияние практически на все эмоциональные проявления детей, изучаемые в исследовании.

Проведенное экспериментальное исследование убедительно продемонстрировало наличие выраженных эмоциональных нарушений у младших школьников с церебральным параличом, что свидетельствует о необходимости проведения их психологической коррекции: с этой целью был составлен комплекс коррекционно-развивающих занятий. Теоретической основой его являлись работы Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Л. А. Венгера и А. Л. Венгера, Л. И. Божович. В практической реализации задач комплекса мы опирались на методическое пособие Л. А. Венгера, на «Психогимнастику» М. Н. Чистяковой и программу Л. Стрельниковой «Войди в тридцатое царство».

Комплекс коррекционно-развивающих занятий проводится в течение двух месяцев работы с детьми с ДЦП. Не останавливаясь подробно на методике проведения и содержании коррекцион-

ных занятий, поскольку это не входит в задачи нашей статьи, следует отметить, что данная работа способствует положительной динамике эмоционального состояния детей.

После использования коррекционного комплекса повторно было осуществлено определение уровня тревожности у детей по той же методике, что и в первоначальном исследовании. При анализе результатов динамического наблюдения достоверных различий уровня тревожности у детей, по сравнению с предыдущим исследованием, отмечено не было, но процентное распределение детей с различным уровнем тревожности несколько изменилось: уменьшилось число детей с высоким уровнем тревожности, а со средним уровнем, напротив, увеличилось (табл. 5).

При анализе повторных результатов по методике «Шкала личной тревожности» А. М. Прихожан также была отмечена некоторая динамика, существенно понизились показатели магической тревожности, которая непонятна в должной мере младшим школьникам, но межличностная и самооценочная тревожность еще высокая. Вероятно, у детей с церебральным параличом невозможно полностью убрать тревогу по поводу своего отношения к окружающими в столь непродолжительный срок.

Все вышеизложенное позволяет предположить, что используемая программа коррекции оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние детей младшего школьного возраста с церебральным параличом, но для получения более значимых результатов необходимо продолжить и, главное, активизировать коррекционную работу, проводя занятия с детьми строго по плану, в полном объеме, основываясь на интересе участников эксперимента. Сходные результаты были получены и при изучении динамики выраженности страхов у младших школьников в ходе психокоррекционной работы с ними (табл. 6).

Как можно заметить, количество детей с высоким и средним уровнями выраженности страхов несколько снизилось, а их количество с низким уровнем немного возросло. В данном случае нам также не представилось возможности получить достоверное различие показателей уровня выраженности страхов до и после проведения коррекции,

Таблица 5

Уровень тревожности у младших школьников с ДЦП до и после ее коррекции, %

Уровень тревожности	До коррекции	После коррекции
Высокий	65	50
Средний	35	45
Низкий	0	5

Таблица 6

Уровни выраженности страхов до и после проведения коррекции, %

Уровни страхов у детей	До коррекции	После коррекции
Высокий	45	40
Средний	35	30
Низкий	20	30



однако наметившаяся положительная тенденция свидетельствует о том, что проводимая работа является эффективной и должна продолжаться.

Представляет интерес тот факт, что содержание страхов у детей с церебральным параличом несколько изменилось (табл. 7). На фоне других

категорий страхов количество медицинских значительно уменьшилось, хотя показатели других видов страха более статичны. Так, показатели количества страхов, связанные с глубоким переживанием собственного дефекта, практически не изменились.

Таблица 7

Динамика изменения содержания страхов детей до и после проведения коррекции, %

Категории страхов	До коррекции	После коррекции
Сказочные герои	10	8
Темноты	13	11
Смерти	10	8
Медицинские	17	9
Социально опосредованные	15	14

У младших школьников с церебральным параличом понизились показатели уровня тревожности и выраженности страхов, что показывают все использованные методики. Ребята стали более спокойными, уверенными в себе. В целом отмечается положительная динамика, т. е. проводимая коррекция эффективна, однако для получения более ощутимых результатов коррекционную работу по нормализации эмоционального состояния детей необходимо продолжать. Это позволит младшим школьникам с церебральным параличом повысить свою самооценку, облегчить их межличностное общение и учебную деятельность. Достигнутые на настоящем этапе работы результаты уже являются успехом для испытуемых.

Заключение

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что значительное возрастание количества детей с патологией опорно-двигательного аппарата, сложности их адаптации и интеграции в социум обусловили актуальность настоящего исследования. Наличие у большей части детей при столь тяжелой двигательной патологии сохранного интеллекта, безусловно, оказывает огромное влияние на осознание ребенком своего особого состояния и переживание имеющегося у него дефекта и на становление его личности и поведения. В связи с этим основной задачей являлась оценка развития эмоциональной сферы младших школьников и выделения эмоционального комплекса симптомов, являющегося одним из условий патологического развития личности.

Экспериментальный материал, полученный в настоящем исследовании, позволил прийти к заключению, что детский церебральный паралич приводит к формированию ряда выраженных нарушений эмоционального развития детей. Все они являются взаимосвязанными и требуют своевременной коррекции в целях профилактики отклонений в личностном развитии детей. Выявление факторов, обуславливающих формирование отмеченных эмоциональных проявлений,

позволило определить направление и содержание коррекционной психологической работы с детьми.

При повторном обследовании детей после проведения психокоррекции было установлено, что в целом отмечается положительная динамика изучаемых показателей их эмоционального состояния. Это обстоятельство позволило сделать вывод, что используемая программа коррекции у детей с церебральным параличом младшего школьного возраста с сохранным интеллектом оказывает положительное влияние на их эмоциональное состояние, но для получения более значимых результатов необходимо продолжить и, главное, активизировать коррекционную работу, проводя занятия с детьми по плану, в полном объеме, вызывая интерес у участников эксперимента.

Библиографический список

1. Лучанинова В. Н., Осмоловский С. В., Бурмистрова Т. И. Эффективность реабилитации детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом // Фундаментальные исследования. 2011. № 9–3. С. 431–434.
2. Солопова И. А., Мошонкина Т. Р., Умнов В. В. [и др.]. Нейрореабилитация пациентов с детским церебральным параличом // Физиология человека. 2015. Т. 41, № 4. С. 123–131.
3. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2003. 272 с.
4. Перхурова И. С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. М., 1996. 242 с.
5. Мастюкова Е. М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. М., 2003. 320 с.
6. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие. М., 2001. 192 с.
7. Маслова В. Н. Организация коррекционно-логопедической работы с детским церебральным параличом // Личность, семья и общество : вопросы педагогики и психологии : сб. ст. по материалам ЛП междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2015. № 5 (51). С. 15–21.
8. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001. 220 с.



9. Кириленко Е. И. Роль биологических и социальных факторов в механизмах патологического формирования личности при детских церебральных параличах // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2010. № 9. С. 1390–1394.

10. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982. 210 с.
11. Лоренц К. Агрессия. М., 1994. 290 с.
12. Цукер М. Б. Клиническая невропатология детского возраста. М., 1986. 157 с.

Образец для цитирования:

Колчина А. Г. Диагностика и коррекция нарушений развития эмоциональной сферы детей с двигательной патологией // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Акрмеология образования. Психология развития. 2017. Т. 6, вып. 2 (22). С. 179–185. DOI: 10.18500/2304-9790-2017-6-2-179-185.

Diagnosing and Correcting Disorders of Emotional Development in Children with Locomotor Pathologies

Alina G. Kolchina

Saratov State University
83, Astrakhanskaya str., Saratov, 410012, Russia
E-mail: savanna.77@mail.ru

The paper outlines some theoretical aspects of the issue of emotional development of primary school students with cerebral palsy. It further explains the role disorders of emotional development in such children play in how they interact with others and how they assert themselves as full members of society. Specific features of how children with cerebral palsy express basic emotions were identified, based on the results of an experimental study. A combination of psychodiagnostic techniques revealed a correlation between the level of emotional adaptability, on the one hand, and manifestation of a locomotor disorder and the respondents' experiences of locomotor challenges, on the other hand. The paper provides a rationale for the imperative for holding correctional and educational classes for such children at an early age. The results of this study can be used by school psychologists and psychologists working in special education.

Key words: primary school age, cerebral palsy, locomotor defects, emotional disorders.

References

1. Luchaninova V. N., Osmolovskiy S. V., Burmistrova T. I. Effektivnost' rehabilitatsii detey-invalidov, stradayushchikh detskim tserebral'nyim paralichom (Effectiveness of rehabilitation of disabled children with infantile cerebral palsy). *Fundamental'nye issledovaniya* (Fundamental research), 2011, no. 9–3, pp. 431–434 (in Russian).
2. Solopova I. A., Moshonkina T. R., Umnov V. V. [et al.] Neyroreabilitatsiya patsientov s detskim tserebral'nyim paralichom (Neurorehabilitation of patients with infantile cerebral palsy). *Fiziologiya cheloveka* (Human Physiology), 2015, vol. 41, no. 4, pp. 123–131 (in Russian).
3. Shipitsyna L. M., Mamaychuk I. I. *Detskiy tserebral'nyy paralich* (Infantile cerebral palsy). St. Petersburg, 2003. 272 p. (in Russian).
4. Perkhurova I. S. *Regulyatsiya pozy i khod'by pri detskom tserebral'nom paraliche i nekotorye sposoby korrektsii*

(Regulation of pose and walking under infantile cerebral palsy and some methods of correction). Moscow, 1996. 242 p. (in Russian).

5. Mastuykova E. M. *Spetsial'naya pedagogika. Podgotovka k obucheniyu detey s osobymi problemami v razviti. Ranniy i doskol'nyy vozrast* (Special pedagogy. Preparing to teaching children with special developmental problems. Tender and pre-school age). Moscow, 2003. 320 p. (in Russian).
6. Levchenko I. Yu., Prikhod'ko O. G. *Tekhnologii obucheniya i vospitaniya detey s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata: ucheb. posobie* (Technologies of teaching and education of children with muscle-skeleton disorders: the study guide). Moscow, 2001. 192 p. (in Russian).
7. Maslova V. N. Organizatsiya korrektsionno-logopedicheskoy raboty s detskim tserebral'nyim paralichom (Organizing of correctional and speech therapy with infantile cerebral palsy). *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii: sb. st. po materialam LII mezhdunar. nauch.-prakt. konf.* (Personality, family and society: issues of pedagogy and psychology. The collection of papers on materials of the 52th international scientific and practical conference). Novosibirsk, 2015, iss. 5 (51), pp. 15–21 (in Russian).
8. Mamaychuk I. I. *Psikhologicheskaya pomoshch' detyam s problemami v razviti* (Psychological counseling of children with developmental problems). St. Petersburg, 2001. 220 p. (in Russian).
9. Kirilenko E. I. Rol' biologicheskikh i sotsial'nykh faktorom v mekhanizmax patologicheskogo formirovaniya lichnosti pri detskich tserebral'nykh paralichakh (Role of biological and social factors in mechanisms of personality's pathological formation under infantile cerebral palsies). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* (Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakov), 2010, no. 9, pp. 1390–1394 (in Russian).
10. Zakharov A. I. *Psikhoterapiya nevrozov u detey i podrostkov* (Psychotherapy of children's and adolescents' neuroses). Leningrad, 1982. 210 p. (in Russian).
11. Lorents K. *Agressiya* (Agression). Moscow. 1994. 290 p. (in Russian, trans. from German).
12. Tsuker M. B. *Klinicheskaya nevropatologiya detskogo vozrasta* (Clinical neuropathology of childhood). Moscow, 1986. 157 p. (in Russian).

Cite this article as:

Kolchina A. G. Diagnosing and correcting disorders of emotional development in children with locomotor pathologies. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Educational Acmeology. Developmental Psychology*, 2017, vol. 6, iss. 2 (22), pp. 179–185. DOI: 10.18500/2304-9790-2017-6-2-179-185.