

## Раздел 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

*Бокова О.А., кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной педагогики и психологии*

*Черепанова И.В., студентка Института психологии и педагогики*

Алтайский государственный педагогический университет

г. Барнаул

### ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Аннотация.** В статье авторами рассмотрены особенности развития и специфические составляющие эмоционально-волевой сферы детей с ограниченными возможностями развития, которые оказывают влияние на поведение детей с ДЦП; проведен анализ актуальных исследований, рассматривающих данную проблему, демонстрируются тенденции развития при разных формах детского церебрального паралича. Предложены рекомендации педагогам и родителям по снижению тревожности детей данной категории.

**Ключевые слова:** нарушения опорно-двигательного аппарата, детский церебральный паралич, эмоционально-волевая сфера детей, специфические составляющие

**O.A. Bokova,**

**I.V. Cherepanova**

### FEATURES OF THE EMOTIONAL AND WILL SPHERE OF CHILDREN WITH DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

**Abstract.** In the article the authors consider the features of development and specific components of the emotional-volitional sphere of children with developmental disabilities, which affect the behavior of children with cerebral palsy; the analysis of current studies considering this problem is carried out, development trends are demonstrated in different forms of cerebral palsy. Recommendations for teachers and parents to reduce the anxiety of children of this category are offered.

**Key words:** disorders of the musculoskeletal system, cerebral palsy, emotional and will sphere of children, specific components.

Среди лиц с нарушенным развитием особое место занимает немалочисленная полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА). В категорию лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата входит группа детей с детским церебральным параличом. Данное психическое нарушение относится к дефицитарному варианту дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.

Категория детей с ДЦП считается наиболее изученной среди нарушений функций опорно-двигательного аппарата. Термин ДЦП включает в себя ряд синдромов, возникающие в результате поражения головного и спинного мозга в разные периоды пренатального, перинатального и постнатального развития ребенка. В связи с разной комбинацией неблагоприятных факторов, влияющих на степень нарушения психического и физического развития детей с ДЦП, и с многообразием патологических изменений группа детей с ДЦП неоднородна. Это определяет проблему выбора оптимальной классификации и подходы к рассмотрению особенностей и тенденций развития эмоционально-волевой сферы детей данной категории.

Наряду с множественными психическими нарушениями в развитии дети с ДЦП имеют выраженные эмоциональные и волевые особенности. З. Ш. Шахбанова отмечает

следующие специфические составляющие эмоционально-волевой сферы детей с ограниченными возможностями развития, которые в том числе прослеживаются в поведении детей с ДЦП:

- тревожность, суетливость / пассивность;
- настороженность, неуверенность в действиях;
- упадок эмоционального состояния, вялость, апатия, пессимистический настрой;
- повышенная чувствительность, возбудимость к внешним раздражителям;
- эмоциональная нестабильность (частые и резкие перепада настроения);
- высокая степень расторможенности или безынициативности, упрямство;
- трудности при установлении контакта как с детьми, так и со взрослыми;
- состояние вынужденной необходимой изоляции от окружающего мира;
- диссоциированные эмоции, неподконтрольные сознанию [1].

Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени и Л. И. Солнцева отмечают незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП. По мнению авторов, инфантилизм встречается у большей части детей с церебральным параличом. Инфантилизм является результатом замедленного темпа развития высших структур головного мозга, отвечающих за волевые действия, может встречаться у детей с ДЦП с сохранным интеллектом, развивающимся по возрастным нормам. Совершаемые действия и поступки детей обусловлены удовлетворением собственных желаний настоящей минуты. Личные интересы выходят на первый план, поэтому детям свойственно невыполнение просьб взрослых, но при этом они легко внушаемы. Незрелость эмоционально-волевой сферы проявляется в повышенном интересе к игровой деятельности, игра чаще всего монотонна, бедна в эмоциональном проявлении. Нецеленаправленность деятельности объясняется слабостью волевых усилий, недоразвитием высших форм волевой деятельности. Дети с ДЦП двигательны расторможены, инертны, быстро истощаемы. Высокая утомляемость характерна для большей части детей старшего дошкольного возраста с ДЦП. Дети с трудом сосредотачиваются на заданиях, быстро теряют интерес, становятся вялыми и плаксивыми [2].

Характерная двигательная расторможенность и бесконтрольное двигательное поведение обусловлено поражением соответствующих отделов лобных долей головного мозга. При локальных поражениях головного мозга у детей с ДЦП развиваются нейропсихологические синдромы, как устойчивые комбинации нарушений, которые имеют внешние проявления. Нарушение работы лобных долей также приводит к несформированности устойчивых целей, определяющих сознательность поведения. Ребенок с ДЦП, отмечают Д.А. Мишенева и А.Г. Колчина, часто бывает не в силах ставить перед собой цель, определять задачи, действовать по достижению конкретного результата. Этим же объясняется нарушение регулирования деятельности с помощью речи и слабость произвольного внимания. Ребенку трудно следовать определенным правилам в игре, подчиняться требованиям взрослых, выполнять задания по инструкции [3].

В исследованиях М.А. Пшенниковой было отмечено, что дети с ДЦП имеют высокий уровень тревожности по сравнению со сверстниками без нарушений в развитии. В условиях образовательного учреждения дети с ДЦП часто переживают чувства страха, тревоги беспокойства, испытывают нервное напряжение, вплоть до проявления агрессии. Они боятся выражать свои эмоции, с трудом могут передать наполняющие их чувства, не могут поделиться своими переживаниями с взрослыми или сверстниками. Наблюдается недостаточный контроль за эмоциями и поведением. Дети с ДЦП ранимы и чувствительны к критике, испытывают негативные эмоции в ситуациях неуспеха, боятся выражать себя, демонстрировать свои умения. Переживания физического дефекта приводят к замкнутости, обособленности, что осложняет их взаимоотношения в условиях детского коллектива [4].

Трудность в коммуникации детей старшего дошкольного возраста с ДЦП объясняется М.А. Жирных наличием сложностей в выражении собственных эмоций и в понимании эмоционального состояния собеседника. При этом дети с ДЦП отличаются высокой степенью чувствительности: они способны уловить незначительные изменения в настроении человека, это может вызвать негативную реакцию, что приведет к прекращению общения и дальнейшего взаимодействия. Предпочтительно в общении используют резкую мимику, строят гримасы. Наблюдается значительно ограниченный спектр переживаний. Дети предпочитают одиночество веселой компании сверстников, играют одни или в паре. Сюжетно-ролевая игра, как одно из условий развития волевых качеств, у детей старшего дошкольного возраста не возникает самостоятельно. Игра детей упрощена: отсутствует замысел, ролевое распределение, процесс составления и следования плану. Дети, как правило, не оречевляют игру [5].

Нарушения эмоционального развития детей с ДЦП, по мнению И. В. Гусевой, осложняют процесс адаптации и интеграции. Однако негативное влияние оказывают различного рода страхи, которые носят затяжной и острый характер. Из-за повышенной возбудимости и аффективной инертности страхи могут возникнуть от незначительных психогенных факторов. Дети с ДЦП очень впечатлительны, они могут испугаться резкого бытового звука или болезненно отреагировать на повышенный тон голоса [6].

Ряд авторов отмечают слабость волевой регуляции детей с ДЦП. При сопутствующей задержки психического и двигательного развития в движениях детей отсутствует последовательность и четкая соразмерность. При идиотии движения детей нецеленаправленны и хаотичны, без осмысления. Могут возникать соответствующие двигательные стереотипии: раскачивание, подергивание и другое. Недостаточность волевых процессов сказывается на способности контролировать свои желания и эмоциональные всплески [7].

Одни дети, по мнению Н. М. Сараевой, не умеют контролировать свое поведение, не преодолевают трудности по достижению цели, вялы, апатичны. Другие дети характеризуются высоким уровнем волевой регуляции, настойчивы, способны длительное время проявлять волевые усилия, проявляют упорство и терпение. Встречаются дети со средним уровнем волевого развития. Они проявляют достаточную волевою активность в зависимости от состояния психофизического здоровья [2].

И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько в своих исследованиях ссылаются на Э. С. Калижнюк, который отмечает связь между формой ДЦП и эмоциональными расстройствами: дети со спастической диплегией расположены к страхам, не уверены в себе, нерешительны, малоактивны, испытывают трудности при общении со сверстниками, критичны к своему дефекту; дети с гиперкинетической формой сравнительно активны, проявляют интерес в общении, эмоциональны, часто переоценивают свои возможности [8].

Рассмотрим особенности ЭВС при разных формах ДЦП.

Нарушение функций ОДА при двойной гемиплегии проявляют в большей степени. Данная форма ДЦП относится к самой сложной. Тяжелые двигательные нарушения обеих пар конечностей, выраженный шейный тонический рефлекс, ригидность мышц препятствуют самостоятельному передвижению, самообслуживанию и психическому развитию. Выраженные нарушения интеллекта на уровне олигофрении и эмоционально-волевой сферы. Дети могут демонстрировать низкий уровень волевой и эмоциональной регуляции, полевое поведение, испытывать сложности в понимании, выражении эмоций.

Тетрапарезы наблюдаются при спастической диплегии, характеризуются поражением рук и ног, в большей степени нарушена работа нижних конечностей. Основным признаком данной формы является гипотонус мышц в нижних конечностях. Спастическая диплегия одна из относительно легких форм ДЦП. Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени и Л. И. Солнцева отмечают неизменность психики, не препятствующая обучению детей в массовых школах [2]. Снижение интеллекта при ранней коррекционной помощи приближается к показателям нормы развития. Дети со спастической диплегией успешно удаются

дифференцировать эмоциональные состояния человека, достаточно эмоционально лабильны, отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, пугливы, обидчивы. Как правило, дети неагрессивны, спокойны, пассивны, испытывают трудности при выполнении произвольных движений и фиксации взгляда.

Гемипаретическая форма обусловлена односторонним поражением руки и ноги. В 25-35 % случаев наблюдается умственная отсталость, в половине случаев – задержка психического развития. Интересные результаты исследования эмоциональной сферы приводят Л. М. Шипицына и И. И. Мамайчук: большая часть детей с гемипаретической формой при сохранном интеллекте эмоционально нестабильны, неуравновешанны, агрессивны и легко возбудимы [Шипицына 31]. Часто наблюдается нарушение личности, аутистический синдром. Поведение детей характеризуется слабостью волевой регуляции поведения, низким уровнем произвольности и целенаправленности деятельности, недостаточной способностью соподчинения мотивов, психопатии. Наблюдается психомоторная расторможенность. При выполнении заданий дети быстро отвлекаются, не удерживают инструкцию до завершения задания.

Ведущим нарушением при гиперкинетической форме является гиперкинезы – «насильственные непроизвольные движения» [2, с. 219]. Гиперкинезы усиливаются при нестабильном эмоциональном состоянии (волнении, переживании, утомлении и напряжении), не контролируются волевыми усилиями. Наблюдаются маловыразительные замедленные произвольные движения, затруднена автоматизация двигательных навыков. Одни дети гиперчувствительны, испытывают привязанность к людям, еде, игрушкам, тяжело адаптируются в новых условиях, малоактивны, двигательно расторможены, быстро устают, другие проявляют живой интерес к окружающему миру, инициативны в общении, активны, даже импульсивны и агрессивны.

Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется низким тонусом мышц (атония), нарушением вертикализации и координации (атаксия) тела тремором. Возникают затруднения при выполнении тонких целенаправленных и сложных амплитудных движениях. Отмечается олигофрения легкой и средней степени. Соответственно нарушения эмоционально-волевой сферы детей старшего дошкольного возраста будут характеризоваться следующим образом: психический инфантилизм, преобладание примитивной игровой деятельности, легкая внушаемость, низкая возбудимость, узкий спектр эмоциональных проявлений, не критичность, слабость волевых усилий, нецеленаправленность деятельности, нарушение непроизвольного внимания.

Вышеперечисленные особенности ЭВС детей с ДЦП обусловлены нарушениями слаженной работы системы компонентов эмоционально-волевой сферы. Дисбаланс волевой и эмоциональной регуляций определяет специфику поведения и коммуникации детей данной категории.

Дети с ДЦП нуждаются в психологической помощи, так как первичные нарушения функций опорно-двигательного аппарата влекут за собой нарушения следующего порядка, которые проявляются в особенностях развития эмоционально-волевой сферы. Проведя теоретический анализ выбранной темы, у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП были выявлены особенности развития эмоционально-волевой сферы. Дети с ДЦП проявляют высокий уровень тревожности, имеют значительные трудности дифференцировки эмоций, их понимания и выражения. У детей отмечаются слабо выраженные волевые усилия, нарушения эмоционально-волевой регуляции поведения.

В рамках курсовой работы нами были разработаны методические рекомендации по развитию эмоционально-волевой сферы детей старшего дошкольного возраста, направленные на изменение особенностей поведения. Педагогам и родителям нужно взять на заметку, что эмоционально-волевая сфера дошкольников активно развивается в игре, где ребенок испытывает яркие эмоции, переживания, следует заранее обозначенным правилам, действует согласно выбранной роли.

Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП проявляется в повышенном интересе к игровой деятельности, но игра чаще всего монотонна, бедна в эмоциональном проявлении. Педагогам и родителям стоит уделять отдельное внимание целенаправленному обучению детей игре. Рекомендуется использовать в играх яркие, звучащие игрушки, включаться в игровую деятельность с ребенком, проявлять положительную эмоциональность, искреннюю заинтересованность и мотивировать ребенка к активному участию в игровом сюжете. Обстановка для проведения игры не должна вызывать у ребенка страх, тревогу, чувство опасности, поэтому помещение должно быть просторным, свет не должен быть сильно ярким; сопровождающая музыка не может быть агрессивного характера, громко звучать, музыка должна создавать спокойную или веселую атмосферу, располагающую к игре.

Обратимся к еще одной особенности ЭВС детей с ДЦП, которая проявляется в трудности коммуникации детей старшего дошкольного возраста и объясняется наличием сложностей в выражении собственных эмоций и в понимании эмоционального состояния собеседника. По развитию способности понимания эмоций окружающих педагогам и родителям можно использовать сказкотерапию при совместном прочтении и обсуждении литературного произведения, что будет также способствовать созданию и укреплению положительного взаимоотношения с ребенком. Обсуждение литературных героев и их поступков развивает в ребенке способность понимать эмоциональное состояние людей, сопереживать, оценивать поступки героев и ситуацию со стороны, придумывать альтернативные пути разрешения проблем. В процессе прочтения и обсуждения произведения побуждайте ребенка к проявлению эмпатии: спрашивайте у ребенка, что он чувствует, жалко ли ему героя, хотел бы он помочь, или разделит ли он с героем добрые чувства.

Развитию способности проявления своих эмоций может способствовать обсуждение прожитых ребенком жизненных ситуаций, где ему предлагают высказать свое мнение о случившемся, рассказать о своих ранее и сейчас испытываемых эмоциях. Также можно предложить ребенку проиграть этюд. Подобного рода упражнения направлены на развитие понимания эмоционального состояния другого человека и умения адекватно и выразительно проявлять базовые и оттеночные эмоции с помощью мимики и пантомимики, для повышения общего уровня эмоциональных переживаний ребенка.

Дети старшего дошкольного возраста с ДЦП отличаются высоким уровнем тревожности, связанным с рядом причин, частичное или полное устроение которых снизит уровень тревожности:

1. У детей с ДЦП отсутствует чувство физической безопасности. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата затрудняют или делают невозможным процесс самообслуживания и самостоятельное перемещение в пространстве. Дети с ДЦП нуждаются в физической безопасности. Организация безопасной «безбарьерной» среды образовательной организации, создание специальных бытовых условий, оказании своевременной физической помощи и проявление внимания со стороны взрослых могут предоставить ребенку гарантии и уверенность в безопасности. Однако не стоит проявлять гиперопеку, постоянно оказывая физическую помощь, не давая ребенку возможности самостоятельно справиться с посильными трудностями, развиваться и упражняться в преодолении преград.

2. Негативное отношение взрослых к ребенку с ДЦП. Отвержение и враждебность взрослых являются причиной не только проявления высокого уровня тревожности, но также могут привести к снижению потребности в общении и к нарушению эмоционально-волевой сферы в целом. Дети с ДЦП отличаются высокой чувствительностью к окружающим, важно чтобы ребенок чувствовал себя нужным и значимым. У ребенка не должно возникать чувство вина, самоунижения, досады на себя, следовательно, педагогам и родителям следует воспринимать ребенка как полноценную личность, у которого есть будущее, но только ребенку с ДЦП нужна помощь в развитии, дать возможность для реализации себя. Исключение акцентирования на взрослых на нарушение развития ребенка, принятие его

физического дефекта, проявление по отношению к ребенку искренних положительных эмоций и чувств, поощрение и похвала могут устранить данную причину.

3. Завышенные требования к ребенку. Подробное изучение документов медицинского и психолого-педагогического обследования, а также постоянное наблюдение и динамическая диагностика возможностей ребенка, определение зон его ближайшего и актуального развития, знакомство с литературой и трудами ученых по вопросам особенностей развития, обучения и воспитания детей с ДЦП. Предъявление требований согласно возможностям психофизического развития исключает ситуации неуспеха по причинам неправильного выбора уровня сложностей заданий. Также не нужно занижать требования к ребенку и ограничивать его в реализации своих имеющихся возможностей. Ребенку следует предлагать к выполнению посильные для него задания, участие в детских олимпиадах, конкурсах, соответствующих возможностям ребенка.

4. Противоречия между высоким уровнем притязания, вызванным захваливанием ребенка, и реальными возможностями ребенка. Частое расхваливание ребенка приводит к переоцениванию своих же психофизических возможностей ребенком. В случае возникновения ситуации неуспеха, ошибки в выполнении задания, ребенок будет испытывать негативные, иногда истерические эмоции, что влияет на психическое развитие. Хвалить ребенка следует при совершении реального для него достижения. Поощрение должно мотивировать ребенка на улучшение результата своей деятельности.

5. Авторитарная позиция взрослых. Довольно часто взрослые, воспитывая ребенка с нарушениями в развитии, перестают видеть в нем полноценную личность, гражданина, имеющего свои права и обязанности; взрослые, понимая, что у ребенка нет достаточного объема знаний, умений, навыков и жизненного опыта из-за юного возраста, занимают во много авторитарную позицию, ограничивая ребенка в возможностях. Уважение личности ребенка, предоставление возможности выбора и высказывания своего мнения, учет мнения ребенка, разделение его интересов, поощрение за самостоятельность – способ предотвращения данной причины тревожности ребенка.

Дети старшего дошкольного возраста с ДЦП характеризуются слабой эмоционально-волевой регуляцией поведения. Произвольное поведение формируется в условиях высокой мотивированности и осознанности выполняемых действий, и навыки управления своим поведением переносятся на другие виды деятельности. Ролевая игра как ведущая деятельность дошкольного возраста создает необходимые условия для развития волевых качеств. В условиях игры педагогам и родителям нужно уделять особое внимание обучению ребенка выполнять и следовать заранее выстроенным правилам поведения в игре в соответствии с выбранной ролью. Чтобы ребенок увлекся игрой, нужно создать благоприятные и безопасные условия, учесть игровые интересы. При организации интересной игры у детей возникают новые мотивы деятельности и связанные с ними цели, следовательно, совершенствуется способность к целенаправленной деятельности.

Говоря о слабости волевой регуляции поведения детей с ДЦП, нужно также учитывать умение ребенка ставить перед собой цели, определять задачи для достижения цели и выполнять их, действовать согласно требованиям взрослых или инструкции. В работе с детьми также не нужно переоценить возможности ребенка в способности долгое время выполнять сложное задание, поэтому задания должны быть интересны ребенку, разнонаправлены и иметь разную сложность, стоит выделять больше времени на выполнение заданий. Для развития силы воли нужно упражняться с ребенком в проявлении его терпения при решении сложных задач на пути к цели.

Таким образом, психологическая помощь детям дошкольного возраста с детским церебральным параличом может быть оказана при соблюдении методических рекомендаций педагогами и родителями по развитию эмоционально-волевой сферы, что также будет способствовать успешной социализации и развитию личности детей.

### ***Библиографический список***

1. Шахбанова, З. Ш. Феномен эмоционально-волевой составляющей личности с ограниченными возможностями здоровья / З. Ш. Шахбанова // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. – 2017. – Т. 11. – № 3. – С. 22–25.
2. Основы специальной психологии: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Л. В. Кузнецова [и др.]; под ред. Л. В. Кузнецовой. – Москва : Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.
3. Мишенева, Д. А. Влияние нейропсихологических синдромов на развитие детей с церебральным параличом / Д. А. Мишенева, А. Г. Колчина // Современный взгляд на науку и образование : сборник научных статей – Москва, 2020. – С. 141–145.
4. Пшенникова, М. А. Роль родительского отношения в эмоционально-личностной сфере детей с диагнозом ДЦП и детей нормальным ходом развития / М. А. Пшенникова // Современные проблемы развития науки : электронный сборник научных студенческих статей – Екатеринбург, 2017. – С. 188–194.
5. Жирных, М. А. Особенности развития общения у детей с ДЦП / М. А. Жирных // Гуманитарные научные исследования. – 2019. – № 1 (89). – С. 7.
6. Гусева, И. В. Особенности проявления страхов у старших дошкольников с детским церебральным параличом / И. В. Гусева // Педагогический опыт: теория, методика, практика. – 2016. – № 2 (7). – С. 43–46.
7. Бадалян, Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. – Москва : Академия, 2012. – 384 с.
8. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – Москва : Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.