Дипломная работа

на тему:

«Коррекция агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата»

Введение

Проблема агрессии является одной из «сквозных» проблем, наверное, для всех наук, которые, так или иначе, затрагивают вопросы социального поведения и взаимодействия индивидов. В экономике, политологии, социологии, психологии, биологии, этологии создано большое количество моделей агрессии и агрессивного поведения, сравнение и сопоставление которых может дать значительный толчок к созданию метатеории социальных взаимодействий.

В психологии исследования агрессии и агрессивности также имеют давнюю традицию, хорошо разработанные теоретические модели и экспериментальные схемы. В этих традиционных рамках принято рассматривать агрессию либо как проявления свойства личности, то есть как агрессивность, либо как особенности поведения субъектов взаимодействия. В первом случае агрессия становится, по преимуществу, предметом психологии личности, а во втором - социальной психологии.

В последнее время проблема агрессии стала едва ли не самой популярной в мировой психологии. Ей посвящено огромное множество статей и книг. В Европе и Америке стали регулярными международные конференции, симпозиумы и семинары по данной проблематике. Такова реакция психологов на беспрецедентный рост агрессии, насилия и терроризма в современном мире.

Успешная учебная деятельность и состояние здоровья детей не могут сегодня рассматриваться изолированно друг от друга. Они взаимосвязаны и требуют к себе пристального внимания взрослых, педагогов и родителей.

Начальные классы как особое звено системы воспитания и обучения детей, обращено одной стороной к дошкольным учреждениям, а другой стороной к среднему звену школы.

В последнее десятилетие проблемы детей с ограниченными возможностями привлекают внимание все большего количества специалистов различных специальностей.

Ввиду вышесказанного, темой нашей работы была выбрана «Коррекция агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата».

Актуальность нашего исследования определяется следующим. Содержание обучения младших школьников в значительной степени определяется перспективностью работы педагогов дошкольных учреждений. Соблюдение преемственности и перспективности требует единого подхода к воспитанию и обучению. Задача преемственности должна решаться одновременно и “снизу” и “сверху”, а для этого нужны постоянные и прочные контакты между педагогами дошкольных учреждений и учителями начальных классов.

Важно чтобы дети в детском саду не только овладели основными понятиями, умениями и навыками, но также были окрепшими и здоровыми. Это и будет наилучшей подготовкой к обучению в школе т. к. успешность обучения в школе определяется уровнем состояния здоровья, с которым ребенок пришел в школу, что является исходным фоном на старте обучения. На этом фоне в дальнейшем не менее важна и правильная организация учебной деятельности.

Объект исследования-дошкольники с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Предмет исследования - агрессивное поведение дошкольников с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования - разработать механизм коррекции агрессивного поведения у детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для достижения цели нашего исследования перед нами были поставлены следующие задачи исследования:

рассмотреть понятие, виды и формы агрессии;

выявить причины агрессии и их проявления у детей дошкольного возраста;

определить клинико-психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

исследовать специфику функционирования коррекционной группы с нарушением опорно-двигательного аппарата;

на практике продемонстрировать преодоление агрессивности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

изучить роль семьи в преодолении агрессивности дошкольников с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Структура исследования. Работа состоит из введения, двух глав - теоретической и практической, выводов к двум главам, заключения и списка использованной литературы.

Глава 1. Теоретические аспекты агрессии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

1.1 Понятие, виды и формы агрессии

Д.Майерс (1996) показал, что агрессия - это физическое или вербальное поведение, направленное на причинение кому-либо вреда [17, c. 66].

Таким образом, представляется возможным выделить следующие трактовки понятия «агрессия».

Во-первых, под агрессией понимается специфическая форма поведения.

Во-вторых, под агрессией понимаются акты враждебности, атаки, разрушения, то есть действия, которые вредят другому лицу или объекту.

Существенным недостатком приведенных определений, не позволяющих вскрыть психологическое содержание агрессии, является то, что конкретные действия как бы отрываются от их мотива.

В настоящее время все больше утверждается представление об агрессии как мотивированных внешних действиях, нарушающих нормы и правила сосуществования, наносящих вред, причиняющих боль и страдание людям. В этом плане заслуживает внимания различение агрессии враждебной (побуждаемая злостью и направленная на причинение ущерба) и инструментальной (являющаяся средством достижения какой-либо позитивной цели) [6, с. 385]. Не менее существенно рассматривать агрессию не только как поведение, но и как психическое состояние, выделяя познавательный, эмоциональный и волевой компоненты.

Можно обозначить основные теоретические подходы к исследованию агрессии, которые доминируют сегодня среди социальных психологов: инстинктивный, фрустрационный и социального научения. Естественно, что подобное деление весьма условно, так как во многих эмпирических исследованиях агрессии заметно влияние различных подходов к данной проблеме. Теория агрессии, целенаправленной как инстинкт, наиболее часто ассоциируется с именами З.Фрейда и К.Лоренц [37, c. 88]. Согласно этой теории, агрессивная энергия аккумулируется внутри, как вода в запруде. Хотя аргументы, которые приводятся в доказательство этой теории, весьма слабы, все же нельзя не признать, что на агрессию влияют определенные биологические факторы, такие как наследственность, биохимия крови и состояние центральной нервной системы.

Согласно второй точке зрения, причиной гнева и враждебности является фрустрация. При наличии агрессивных стимулов гнев может провоцировать агрессию. Фрустрация не является следствием депривации как таковой, но возникает в результате глубокого расхождения между уровнем запросов и уровнем реальных достижений личности.

Агрессия - это мотивированное, деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее физический вред объектам нападения (одушевлённым и неодушевлённым), а также моральный ущерб живым существам (негативные переживания, состояния напряжённости, подавленности, страха и т.п.).

Тема агрессии всегда вызывала интерес исследователей. Но, несмотря на высокий интерес, недостаточно психологической литературы, содержащей практические рекомендации по коррекции агрессии, а также закреплению навыков конструктивного поведения.

Проблема агрессивного поведения детей весьма актуальна. Мы, как никто другой, видим, что агрессивных детей становится с каждым годом всё больше и больше, с ними трудно работать, и, зачастую мы просто не знаем, как справиться с их поведением. Единственное педагогическое воздействие, которое временно спасает - это наказание или выговор, после чего дети на какое-то время становятся сдержаннее, их поведение начинает соответствовать требованиям взрослых. Но такое педагогическое воздействие не способствует их перевоспитанию или стойкому изменению поведения к лучшему. В последнее время детей, которые обнаруживают в своём поведении элементы агрессии, выставляются за дверь класса.

Взрослые не любят агрессивного поведения детей. Подобные дети нас раздражают. А между тем, специалисты, изучавшие агрессивных детей, пришли к выводу:

“Ребёнок с деструктивным поведением, человек которым движет чувство гнева, отверженности, тревоги, незащищённости, обиды…. У него часто низкая самооценка. Он не способен, или не хочет, или боится выразить то, что он чувствует, иным способом. Он думает, что это единственный путь, способствующий выживанию” [33, с. 47].

Дети черпают знания о моделях поведения из 3-х источников.

Первый - это семья, которая может одновременно демонстрировать агрессивное поведение и обеспечивать его закрепление.

Второй - агрессии они обучаются при взаимодействии со сверстниками, зачастую узнавая о преимуществах агрессивного поведения (“я самый сильный - и мне всё можно”). Доказано, что дети посещающие детский сад, оцениваются как более агрессивные по сравнению с детьми, которые посещали детский сад нерегулярно либо вовсе в него не ходили. (Р. Бэрон)

Третий, дети учатся агрессивным реакциям не только на реальных примерах, но и на символических. В настоящее время практически не вызывает сомнения тот факт, что сцены насилия, демонстрируемые с экранов телевизоров, способствуют повышению уровня агрессивности зрителя.

Большинство исследователей агрессии вычленяют её различные формы и типы.

Так Э. Фром считает, что существует два вида агрессии - “доброкачественная” и “злокачественная”. Первая проявляется в момент опасности и носит защитный характер. Как только опасность исчезает, затухает и данная форма агрессии. “Злокачественная” агрессия представляет собой деструктивность, жестокость; бывает спонтанной и связана со структурой личности [38, c. 244].

Басс ввёл деление агрессии на вербальную и физическую. Что указывает на использованную в каждом случае систему органов: вербальная - речевые средства, физическая - произвольная мускулатура, основное звено которой приходится на группу мышц кисти и руки [5, c. 99-101].

К вербальной агрессии относится: многочисленные отпоры; отрицательные отзывы и критические замечания; выражения отрицательных эмоций (недовольство другими в форме брани, затаённой обиды, недоверия, ярости, ненависти, когда эти описания не служат для простого описания эмоционального состояния); высказывание мыслей и желаний агрессивного содержания (“Я больше всего хотел бы убить его”) или в форме проклятия; оскорбления; угрозы, принуждения, вымогательства; упрёки и обвинения.

Другим сечением категорий агрессивного поведения служит деление на прямые и косвенные агрессии (Басс). Прямая непосредственно направлена против жертвы. При косвенной агрессии жертва не присутствует, а против неё, например, распространяется клевета или агрессия направлена не против самой жертвы, а объектов-заменителей, представителей её круга. При косвенных агрессиях можно, например, отрицательно отзываться о работах жертвы.

Одна из форм агрессивных реакций - негативизм. Это оппозиционная мера поведения, обычно направлена против авторитета или руководства; это поведение может нарастать от пассивного сопротивления до активной борьбы против установленных правил и обычаев, норм и требований.

Состояние агрессии может быть внешне ярко выражено, например, в драчливости, грубости, задиристости. А может быть “затаённым”, имея форму скрытого недоброжелательства и озлобленности.

Типичное состояние агрессии характеризуется острым, аффективным переживанием гнева, импульсивной беспорядочной активностью, в некоторых случаях желанием на ком-то или чём-то “сорвать зло”. Довольно распространённым проявлением агрессии служит грубость (в разных формах).

Для выявления предрасположенности к различным типам негативного поведения, можно воспользоваться диагностическим тестом Басса А. и Д. Арки.

.2 Причины агрессии и их проявления у детей дошкольного возраста

Современный ребёнок живёт в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям. Это связано с темпом и ритмом технико-технологических преобразований. С насыщенным характером информации, с экологическими кризисами, с резким расслоением общества.

Проявлению агрессивности способствует безответственная деятельность некоторых средств массовой информации, а также поток кино- и теле- фильмов, заполненных сценами насилия, обмана.

Каждый ребёнок - это неповторимый мир. И мы знаем, что гормональное развитие девочек начинается раньше, чем у мальчиков. Например: процесс психосексуального развития девочек начинается приблизительно на 2 года раньше, чем у мальчиков, и длиться 3-4 года, а не 4-5 лет. Но мальчики, несмотря на то, что они физически сильнее девочек, обладают гораздо большей чувствительностью к воздействию как физических, так и психологических факторов. Неслучайно у мальчиков чаще, чем у девочек, встречаются психические нарушения.

Данные психологов разных стран свидетельствуют о том, что агрессивное поведение гораздо чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, а случаи антиобщественных поступков находятся в отношении 10:1. Что обусловлено общими особенностями и закономерностями развития и спецификой проявления характерных типов мужественности и женственности, на которые влияют социальный фактор и уровень развития общества. Перед вами материалы о проявлениях агрессивности у ребят в подростковый период [1, c. 92].

В целом в нашем обществе имеется дефицит позитивного воздействия на растущих детей. Микроклимат семьи зачастую не выполняет таких важнейших функций, как формирование у детей чувства психологического комфорта, защищённости. В семьях имеет место жестокое обращение с детьми. Некоторые родители принуждают детей к послушанию; другие не интересуется потребностями ребёнка; третьи - переоценивают ребёнка и недостаточно его контролируют.

Особенности семей агрессивных детей:

Разрушены эмоциональные привязанности между родителями и детьми.

Отцы демонстрируют модели агрессивного поведения.

Матери не требовательны. Дети не имеют чётких обязанностей.

Модели воспитания в семье часто противоречат друг другу.

Основные воспитательные средства: физическое наказание, угрозы, лишение привилегий, введение ограничений, отсутствие поощрений, частые изоляции детей, сознательное лишение любви в случае проступка.

Родители агрессивных детей не пытаются разобраться в причинах деструктивного поведения детей.

Можно выделить следующие характерологические особенности агрессивных детей:

часто воспринимает ситуации как угрожающие;

настроены на негативное восприятие себя со стороны окружающих;

не оценивают собственную агрессию как агрессивное поведение;

всегда винят окружающих в своём деструктивном поведении;

в случае намеренной агрессии (нападение, порча имущества…) отсутствует чувство вины, либо вина проявляется очень слабо;

склонны не брать на себя ответственность;

в отношениях проявляют низкий уровень эмпатии;

слабо контролируют свои эмоции;

имеют неврологические недостатки: неустойчивое, рассеянное внимание, слабая оперативная память, неустойчивое запоминание;

не умеют прогнозировать последствия своих действий;

положительно относятся к агрессии, т. к. через агрессию получают чувство собственной значимости и силы.

Следует отметить, что существует прямая взаимосвязь психологической защиты и агрессии.

В ответ на чувство страха, тревоги, вспышек агрессии ребёнок уже с 6 лет выучивается пользоваться защитными реакциями, чтобы скрывать или маскировать свои чувства продолжают поступать так и в подростковом возрасте. Такие механизмы помогают справиться нервной системе с возникшим эмоциональным напряжением, но не дают решение проблемы. К защитным реакциям (внешне наблюдаемые в поведении) можно отнести:

Отказ (пассивный протест) - проявляется в отстранении от близких людей, отказе от пищи, в уходах из дома. Его наиболее яркие черты - заторможенность, неподвижность, неконтактность. У подростков пассивный протест обнаруживается в немотивированном отказе от выполнения требуемых действий. В редких случаях, в качестве реакции на тяжелую, непереносимую обстановку, подростки совершают попытки самоубийства (агрессия направленная на себя) [21, c. 44-46].

Оппозиция - активный протест ребёнка против норм и требований взрослых - наблюдается при утрате или снижения внимания со стороны близких. Обычно оппозиция провоцируется обидой, неудовлетворением капризов, просьб. Дети постарше на высоте вспышки способны разрушить всё, что попадает под руку, нападают на тех, кого считают виновниками своих переживаний. Иногда реакция активного протеста выражается отдельными враждебными поступками: повреждением вещей “обидчика”, нанесение телесных повреждений или оскорблениями, наговорами, мучительством животных. Если эта защитная реакция сохраняется у подростков, то она может появиться в непонятных кражах, интересе к алкоголю, наркотиках, суицидных демонстрациях.

Имитация - подражание определённому лицу, любимому герою. Чаще всего школьники имитируют поведение родителей, старших членов семьи, взрослых или подростков из ближайшего окружения.

Компенсация - это отвлечение от основной проблемы с помощью переключения на другие успехи. Например, плохой ученик успокаивает себя тем, что он “зато” побеждает в драках, “дура дурой, но “зато” красивая. Ребёнок может стать враждебным, желая расплатиться с теми, кто его отвергал или же стать сверхпослушным.

Эмансипация - это борьба детей за самоутверждение, самостоятельность и свобод. Такая защита появляется когда взрослые предъявляют ребёнку необоснованные претензии, чрезмерные требования, которые не соответствуют его возрасту или уровню развития [24, c. 19-20].

.3 Клинико-психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Травмы позвоночника относятся к числу наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата [23, c. 70]. Компрессионные переломы позвоночника резко ухудшают его опорную и рессорную функции, уменьшают его подвижность, нарушают общую статику больного и поэтому относятся к группе тяжелых и небезопасных повреждений опорно-двигательного аппарата [2].

Роль позвоночника не ограничивается функцией объединяющего опорного начала тела человека. Он является также футляром, хранилищем спинного мозга и его элементов - весьма нежного и уязвимого образования, без нормального функционирования которого невозможна полноценная жизнедеятельность организма. Сохранность позвоночника обеспечивает нормальную функцию сложнейших нервных связей,

осуществляемых спинным мозгом и его элементами в организме, нарушение которых столь часто возникает при повреждениях позвоночника. В анатомическом отношении позвоночник представляет собой сложный костно-суставной аппарат, являющийся основной осью тела человека [11]. Функции позвоночного столба: костный футляр для спинного мозга, орган опоры и движения, рессорная функция, обусловленная наличием межпозвонковых дисков и физиологических кривизн позвоночника, которые предохраняют тела позвонков, головной мозг, внутренние органы от чрезмерных компрессионных воздействий, резких сотрясений и толчков.

Проблема нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) является одной из самых актуальных для детского и юношеского возраста. Причины, обуславливающие нарушения ОДА у детей делят на 3 группы:

.Первичные: отягощенная наследственность, врожденные пороки развития, родовая травма, ДЦП.

. Вторичные: последствия перенесенных воспалений, травм ОДА, головы, тяжелой инфекционной, соматической или эндокринной патологии.

. Идиопатические: нарушения ОДА без видимой очевидной причины.

Одной из наиболее характерных особенностей физического развития детей нашего времени является диспропорция роста и дисфункция (гетерохрония) физического развития. Гетерохрония развития: акселерация - ускорение роста и развития; ретардация - задержка роста и развития. В настоящее время преобладает ретардация за счет преимущественно низкой массы тела. Гетерохрония развития приводят к расхождению биологического и хронологического возраста, сопровождается морфофункциональными изменениями, потенцирует возникновение целого ряда системных нарушений, в том числе и со стороны ОДА. Данную закономерность нельзя рассматривать без учета проблем остеопороза (ОП), дисплазии соединительной ткани (ДСТ) на фоне роста врожденной, соматической патологии, проблем рационального возрастного питания, общего снижения качества здоровья детского населения. Отклонения периода формирования и развития костно-мышечной системы, с возрастом приводят к стойкой патологии позвоночника, стоп, хроническим заболеваниям сердечно-сосудистой и дыхательной систем, неврологическим изменениям. Как правило, изменения со стороны ОДА развиваются медленно, постепенно и малозаметны на ранних стадиях. Однако именно в эти сроки наиболее эффективными являются методы комплексной медико-педагогической реабилитации.

Рассмотрим принципы медико-педагогической реабилитации нарушений опорно-двигательного аппарата в условиях учебно-воспитательного процесса.

Ведущее место среди патологии опорно-двигательного аппарата занимают нарушения осанки и деформации стопы. За основу организационно-методических мероприятий по профилактике и лечению нарушений ОДА взяты возрастные анатомо-физиологические особенности роста и развития костно-мышечной системы у детей, характера этиопатогенетических нарушений и лечебно-коррекционных воздействий в условиях учебно-воспитательного процесса, которые предусматривают последовательное выполнение двух основных этапов: диагностический и лечебно-профилактический.

Первый этап проводится с участием медицинских работников учебного заведения, ортопеда, педиатра, консультантов и предусматривает своевременную диагностика нарушений ОДА, определение характера и оптимального объема лечебно-профилактических мероприятий Основными составляющими этого этапа являются: скрининговая диагностика нарушений, распределение учащихся по группам здоровья и доминирующим нарушениям ОДА. Обязательными составляющими скрининговой диагностики должны быть:

. Анкетирование родителей, анализ первичной медицинской документации, как основы в определении характера и причины нарушений ОДА, углубленный осмотр, отработка доступного алгоритма скрининговой диагностики нарушений опорно-двигательного аппарата, статистическая обработка и анализ полученных результатов.

. Разделение учащихся по группам здоровья и доминирующей патологии со стороны ОДА: основная, группа риска по возможным нарушениям со стороны ОДА, нарушения осанки с сагиттальной плоскости (сколиоз, сколиотическая осанка), нарушения осанки во фронтальной плоскости (лордоз, кифоз, сутулость), деформации стопы, смешанная патология ОДА.

Второй этап осуществляется силами администрации, медико-педагогического коллектива школы и предусматривает разработку дифференцированных схем профилактики и лечения нарушений ОДА по нозологическим группам и доминирующей патологии. Основными составляющими этого этапа являются: разработка и внедрение в учебный процесс методов профилактики, этиопатогенетического лечения и коррекции нарушений ОДА, мониторинг динамики нарушений ОДА и эффективности проводимой терапии. Гарантией успешного решения поставленных задач является: активное использование в учебном процессе методов профилактики и лечение нарушений ОДА, медико-педагогический мониторинг психофизического здоровья, постоянный анализ полученных результатов, организация консультаций, семинаров, центра медико-педагогической коррекции нарушений ОДА у детей [36, c. 57-58].

. Ежегодно (сентябрь-октябрь) проводится оценка уровня физического развития (центильные таблицы), клиническая визуальная диагностика нарушений ОДА (форма грудной клетки, позвоночника, стоп). Внимание обращают не только на клинически выраженные формы, но и локальные деформации (поворот плеч, форму лопаток, грудной клетки и т.д.), форму и длину нижних конечностей, стоп. С помощью флексионных (сгибательно-разгибательных) тестов оценивается подвижность, объем движений шейного, грудного, поясничного, крестцового отделов позвоночника, суставов конечностей. При наличии показаний рекомендуется проведение нелучевых инструментальных методов, УЗИ, рентгенологического исследований, магниторезонансной (МРТ) или компьютерной томографии, консультации невролога, эндокринолога, остеопата и т.д. На основании данных анамнеза (анкетирование, первичная медицинская документация), анализа результатов антропометрического, клинического, дополнительного обследования определяется характер нарушений ОДА, который является основным при определении группы здоровья, показаний, объема корригирующего лечения. Диспансерное наблюдение предусматривает динамическую оценку (поквартально) общего состояния, эффективности лечения и коррекции проводимой терапии.

. Корригирующая терапия предусматривает комплекс организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение, нормализацию морфофункционального состояния ОДА, активизацию общих и локальных обменных процессов, укрепление мышечного корсета, выносливости мышц туловища и конечностей, улучшение координации движений, обучение зрительному и кинестетическому восприятию и поддержанию правильной осанки, укрепление сводов стоп, восстановление дыхательного стереотипа, нормализация эмоционального тонуса. Общие задачи решаются путем подбора по возрасту, уровню физической подготовленности и характеру патологии ОДА специально разработанного корригирующего комплекса доступного к выполнению в условиях учреждений образования и дома [41, c. 69-72].

Основные принципы корригирующей терапии при патологии ОДА:

использовать не химический (медикаментозный), а механический (структурный) подход в лечении ;

лечить не болезнь, а больного, бороться не с симптомами, а искать и устранять причину патологии;

возвратить организм к норме, пробуждая в нем защитные силы, направленные на самоисцеление и саморегуляцию;

к реабилитации детей с нарушениями ОДА необходимо активно привлекать родителей, возможно применение методов семейной психотерапии;

любая ортопедическая патология ОДА требует постоянного, напряженного, планового, комплексного лечения, направленного как на устранение основной причины нарушений ОДА, так и их коррекции под постоянным контролем профильных специалистов.

Обязательными условиями успешной реализации данных принципов является создание благоприятного медико-педагогического сопровождения при активном участии педагогического коллектива, медицинских сотрудников и родителей. В этой связи основные направления деятельности педагогов, медицинских работников и родителей по поддержанию здоровья учащихся должны быть направлены на:

создание оптимальных условий в учреждении и дома;

рациональную организацию труда и отдыха ребенка;

воспитание у ребенка сознательного отношения к личному здоровью и здоровью окружающих людей, культуры поведения и здоровьесберегающей деятельности

В настоящее время одним из основных факторов успешного решения проблемы здоровья детей является совершенствование и приближение медицинской помощи к населению, формирование и воспитание у ребенка любого возраста потребности здорового образа жизни, поэтому вопрос о реорганизации учебного процесса с учетом современных особенностей следует считать как нельзя более актуальным и своевременным. Учреждения образования должны быть не только центрами обучения, но и здорового образа жизни.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата - довольно разнообразная, как по клиническим, так и по психолого-педагогическим характеристикам группа, которая условно разделяется на две категории:

Первая категория - дети с нарушениями, обусловленными врожденными и приобретенными органическими поражениями центральной нервной системы в следствие различных перенесенных заболеваний: ДЦП, полиомиелит и др.

Вторая категория - нарушения центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата в последствие перенесенной родовой или бытовой травмы.

В некоторых случаях, нарушение функции опорно-двигательного аппарата может сопровождаться замедленным психическим развитием ребенка. Но, чаще всего, интеллект такого ребенка сохраняется в относительно здоровом состоянии [28, c. 97-98].

Так же, различают три степени тяжести нарушения двигательной функции:

легкую - при сохранении возможности свободного передвижения;

среднюю - такой ребенок, в передвижении и самообслуживании, нуждается в незначительной помощи со стороны других людей;

тяжелую - полная зависимость от опеки окружающих.

У детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, в первую очередь страдает сенсомоторная и координационная функции организма, что проявляется в замедленном формировании двигательной сферы ребенка. Двигательная активность таких детей обычно несколько заторможена, поэтому, они на год-полтора позже, чем их ровесники, начинают, переворачиваться, сидеть, ходить.

Желательно, чтобы такой ребенок учился, по возможности, в обычной школе, где он должен приобрести необходимые навыки общения с детьми, но при этом, обязательно находился под наблюдением опытных врачей специалистов и посещал специальные оздоровительно-развивающие центры для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В таких центрах, дети инвалиды проходят специальный курс коррекции и реабилитации, который включает в себя:

занятия с психологом, который направляет и корректирует психическое и психологическое состояние ребенка. Для таких детей грамотная психологическая помощь, оказанная опытным профессионалом, может стать мостиком ведущим в новую жизнь.

занятия специальной оздоровительной физкультурой;

массаж;

водные процедуры;

медикаментозное лечение;

лечение гомеопатическими средствами;

общеукрепляющие упражнения для развития двигательной и речевой активности;

игры и общение детей между собой.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата часто являются объектом насмешек одноклассников, что может причинять им душевную боль и нанести глубокую психологическую травму. Чаще всего эти дети стеснительны, не уверены в себе и бояться проявлять инициативу в общении со сверстниками.

Поэтому, от родителей и педагогов требуется предельно внимательное отношение к душевному состоянию ребенка, всесторонняя помощь в решении его проблем и психологическая поддержка в трудных ситуациях. Ребенок инвалид ни в коем случае не должен чувствовать дефицит общения и любви, поэтому, родители обязательно должны способствовать общению своего ребенка со сверстниками и сами давать ему как можно больше внимания и заботы.

Также, большое внимание нужно уделить развитию талантов и способностей такого ребенка, ведь это поможет ему в будущем найти любимое дело, в котором он сможет самореализоваться, почувствовать себя самостоятельным, самодостаточным и нужным другим людям.

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата двигательные расстройства сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, а также со сложностями развития эмоционально-волевой, мотивационной и коммуникативной сфер личности. При этом для формирования моторных и психических функций характерны замедленный темп и асинхронность их созревания с появлением вторичных компенсаторных и в большинстве своем патологических симптомокомплексов.

Достаточно много работ посвящено психологами изучению проблем адаптации и социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, предметом исследования нашей работы является внутренний мир такого ребенка, основные компоненты его личности, к которым принято относить самооценку и уровень притязаний.

Формирование самооценки у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеет ряд особенностей по сравнению с детьми в норме. Прежде всего, такие дети имеют тяжелые поражения опорно-двигательного аппарата, что значительно осложняет реализацию двигательных функций, многие дети, в силу заболевания, с трудом научаются ползать, сидеть, ходить, прыгать и т.д. А ведь именно во время выполнения этих движений ребенок начинает осознавать, «кто он есть?» в действительности. Помимо этого, любой физический недостаток оказывает влияние на взаимоотношения с окружающими людьми. В семье ребенок с физическим недостатком есть, прежде всего, особенный ребенок, к нему возникает исключительное отношение и здесь возникает вопрос о формировании социального Я ребенка, страдающего церебральным параличом.

А.Г. Спиркин полагал, что человеческое Я меняется вместе с изменением условий его жизни, а А.А. Налчаджан отмечал, что самосознание личности в течение всей жизни человека изменяется и развивается, однако со временем приобретает относительно устойчивую структуру. Это очень важно отметить, так как, обсуждаемые, в этой работе компоненты личности в целом меняются, и, как правило, развиваются в процессе адаптации и получения нового опыта индивида.

Под самооценкой мы понимаем то, каким человек кажется себе в действительности в данный момент. Это вся система представлений, которые личность считает соответствующими реальности. Это все качества, которые, личность приписывает себе и принимает за свои в данный момент ее жизни. Следует заметить, что представления человека о своих физических и психических качествах не всегда точно отражают его реальные качества. Представления человека о том, каким он является в данный период своей жизни являются его реальным Я, оно является актуальным относительно устойчивым «Я образом», играющим огромную роль в его жизнедеятельности. Я-реальное может мотивировать активность человека, детерминировать уровень притязаний и самооценку, определять особенности общения с людьми, выбор адаптивных механизмов и стратегий. В соответствии с этим образом, человек идет по жизни в настоящий момент. Помимо Я-реального существует Я-идеальное, которое обозначает не то, какие мы есть на самом деле, а какими мы видим себя в наших мечтах. (Майерс Д., с. 68). Это Я, которое человек ценит больше всего и к которому он стремиться. Это то, что человек хотел бы иметь, но еще не имеет. Идеальное Я направлено на будущее и является целеобразующим фактором.

Качественное и динамическое соотношение компонентов Я-идеального и Я-реального, между собой, очень важно для полноценной и эффективной деятельности и жизни человека. Высокая степень их расхождения приводит к психологической дисгармонии и внутриличностным конфликтам.

Функциональной задачей самосознания является осознание себя в качестве некоторого устойчивого объекта, предполагающее внутреннюю целостность, постоянство личности, которая независимо от меняющихся ситуаций способна оставаться сама собой, что обеспечивается стабильностью самооценки.

Л.С.Выготский считал, что физический недостаток вызывает совершенно особую социальную установку, чем у человека, не имеющего такого недостатка. Все связи с людьми, все моменты, определяющие место человека в социальной среде, его роль и судьбу как участника жизни, все функции бытия перестраиваются под новым углом. [9, с. 9]. Физический дефект, по мнению Л.С.Выготского, вызывает социальный вывих, который затрудняет социализацию ребенка, существенно влияет на его позицию, на его отношение к окружающему миру. Большое влияние на трудности формирования социального Я ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата оказывает социальная депривация, реакция окружающих на физический дефект, помимо реакции на осознание собственной неполноценности.

ДжунМейкер провела исследование, в котором обнаружила, что дети с разными видами физических недостатков имеют выраженные особенности в когнитивном развитии и самооценке. Она отметила, что большинству детей свойственны специфические проблемы в формировании положительной самооценки. Особые условия развития таких детей ведут к низкой самооценке, которая часто сочетается с нереалистическими ожиданиями. Разрыв между реальным и идеальным «я» может оказать сильное влияние на способность добиваться успеха и строить взаимоотношения с окружающими

.4 Специфика функционирования коррекционной группы с нарушением опорно-двигательного аппарата

Дифференцированная диагностика и интегрированное обучение детей с нарушением опорно-двигательного аппарата опираются на известные принципы общей и специальной коррекционной педагогики. В соответствии со спецификой дошкольного учреждения компенсирующего вида для детей с ДЦП наиболее актуальными являются:

Принцип занимательности - учитывая несформированность познавательной деятельности у дошкольника необходимо использовать принцип занимательности с целью вовлечения детей в целенаправленную деятельность, формирования у них желания выполнять предъявленные требования и стремления к достижению конечного результата.

Принцип новизны - позволяет опираться на непроизвольное внимание, вызывая интерес к работе за счёт постановки последовательной системы задач, максимально активизируя познавательную сферу дошкольника.

Принцип динамичности - заключается в постановке таких целей по коррекции, обучению, развитию ребёнка, которые бы постоянно углублялись и расширялись, т.к. необоснованное дублирование содержания и задач занятий является одной из причин снижения внимания и интереса детей к обучению.

Принцип комплексности - решение любой педагогической, развивающей и коррекционной задачи необходимо планировать с учётом взаимодействия всех факторов: состояния здоровья, оказывающего влияние на работоспособность, сложности задания, времени проведения занятий, формы проведения и интенсивности работ; игнорирование одного из этих факторов может привести к отрицательному эффекту занятий.

Принцип полезности - предусматривает получение не только положительного результата (с точки зрения динамики психофизического развития), но и практической пользы в виде формирования у детей способов адаптации к реальным условиям жизни (деятельности, поведения, общения).

Принцип сотрудничества - позволяет создать в ходе занятий атмосферу доброжелательности, эмоциональной раскрепощённости.

Принцип компетентности - вся работа с каждым ребёнком проводится профессионально грамотно с обязательным участием психолога, дефектолога, логопедов, инструктора ЛФК.

Принцип личностной ориентации - в детском саду должны найти своё место, «чувствовать себя как дома» все воспитанники, независимо от их индивидуальных особенностей и способностей.

Принцип взаимосвязи в работе специалистов - каждый специалист не только осуществляет непосредственно свой раздел программы, но и включает в свои занятия материал, рекомендованный другими специалистами.

Принцип сочетания индивидуального подхода с групповыми формами работы - необходимость сочетания значительно дифференцированных индивидуальных программ развития с такими программами фронтальной работы, в рамках которых возможен лабильный подход к уровню усвоения материала разными детьми.

Принцип ежедневного учёта психофизического состояния ребёнка при определении объёма и характера проводимых с ним занятий - при котором учитываются индивидуальные возможности ребёнка, принимающего лечение, на момент обучения, поскольку органическое поражение ЦНС детей с ДЦП часто сопровождается колебаниями внутричерепного давления, повышенной метеочувствительностью, сонливостью, рассеянностью внимания и другими психическими процессами как следствие принятия сильнодействующих препаратов.

Принцип приоритетного формирования качеств личности, необходимых для успешной социальной адаптации и интеграции - весь лечебно-педагогический процесс строится таким образом, чтобы у детей формировалась активная жизненная позиция, оптимизм, общительность, уверенность в своих силах.

Принцип сочетания работы по развитию нарушенных функций и формированию приёмов их компенсации - чем тяжелее патология, тем больше акценты смещаются в сторону создания компенсаторных средств, т.е. формирование функциональной системы за счёт более активного развития сохранных функций.

Принцип взаимодействия с родителями - профессионализм педагогов в работе с родителями проявляется в умелом максимальном информировании их и получении положительных эмоций по поводу своего ребёнка, так как родители являются полноправными участниками реабилитационного процесса.

Рассмотрим специальную коррекционную начальную детский сад-школу № 8 VI вида в г. Сыктывкаре, которую посещают дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Её посещают дошкольники в возрасте от 4 до 6 лет.

Дети с нарушениями ОДА (опорно-двигательного аппарата) - это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении группа.

В этой группе традиционно выделяют 3 категории:

. Дети, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата обусловлены органическими поражениями нервной системы:

дети с поражением головного мозга детским церебральным параличом; опухолями и травматическими повреждениями головного мозга;

дети с поражением проводящих нервных путей ( с параличами руки, кривошеей и т.п.);

дети с поражениями спинного мозга (последствиями полиомиелита, травмами).

. Дети, имеющие сочетанные поражения нервной системы и опорно-двигательного аппарата вследствие родовых травм;

. Дети, имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (с артрогриппозом, хондродистрофией, сколиозом и т.д.).

Качественный состав дошкольников коррекционной группы представлен всеми тремя категориями детей, однако отклонений в познавательном развитии у наших детей не наблюдается. Разнообразные двигательные нарушения у этих детей обусловлены действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой заболевания. Назовем некоторые из них:

ограничение или невозможность произвольных движений, что обычно сочетается со снижением мышечной силы: ребёнок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу;

нарушение мышечного тонуса. Мышечный тонус условно называют ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус.

появление насильственных движений (гиперкинезов), что резко затрудняет выполнение любых произвольных движений, а порой делает их невозможными;

нарушений равновесия и координации движений, проявляющиеся в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе.

нарушение ощущения движений тела или его частей (кинестезий).

Коррекционная работа по формированию двигательных функций - это комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, различные массажи, лечебную физкультуру, непосредственно связанную с проведением занятий физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.

Чтобы комплексная система оздоровления, предназначенная для детей с подобными нарушениями, влилась в общий ритм работы ДОУ, сотрудники скорректировали организацию воспитательно-образовательного процесса. Приняли решение: создание благоприятных условий для оптимального физического и психического развития и эмоционального благополучия каждого ребёнка данной группы, а также для повышения его познавательной активности, функциональных и адаптивных возможностей - вот чем руководствуются воспитатели и специалисты, работающие с детьми.

На педсоветах, семинарах, консультациях обсуждаются вопросы общего и индивидуального в развитии детей сОДА, с помощью промежуточной диагностики ведется анализ усвоения ими программных задач, на основе полученных результатов строится коррекционно-развивающая работа.

С детьми данной группы занимаются следующие специалисты:

воспитатели;

учитель-дефектолог;

педагог - психолог;

инструктор ЛФК;

валеолог;

хореограф;

музыкальный руководитель;

инструктор физической культуры;

педагог по ИЗО.

Каждый из педагогов строит свою работу с данной категорией детей, учитывая специфику проблемы нарушения ОДА, опираясь на рекомендации врачей, педагога - психолога и учителя - дефектолога.

Для выявления индивидуальных особенностей каждого ребёнка дефектологом и воспитателями ведется следующая документация:

Психолого-педагогические диагностические карты, отражающие уровень моторного и умственного развития каждого ребёнка. Задания к ним подбираются с учетом возраста и медицинского диагноза каждого ребёнка группы.

Индивидуальное планирование коррекционной педагогической работы по итогам диагностики;

Промежуточные диагностические листы, которые заполняются в середине учебного года с целью выявления динамики развития детей;

Анкеты, которые заполняются родителями, с целью изучения состояния здоровья родителей, социального статуса семьи;

Анамнестические данные, в которых отражается ход развития ребёнка, а так же назначения врача, противопоказания, рекомендации психолога.

Полученные в результате этого данные позволяют педагогам лучше узнать своих воспитанников и их семьи, учитывать индивидуальные особенности и возможности детей.

Воспитательно-образовательный процесс строится следующим образом.

Для проведения общеобразовательных занятий дети поделены на две группы с учетом возраста и развития.

• Часть воспитательно-образовательных задач решается в ходе повседневной жизни.

• Длительность занятий гибко варьируется в зависимости от уровня умственной работоспособности детей.

• Форма занятий также гибка и разнообразна: фронтальные, подгрупповые, индивидуальные; на воздухе, в кабинетах. Так, в уголке природы проводятся занятия по ознакомлению с художественной литературой, окружающим миром.

В группе созданы все условия для развития моторных функций детей в свободной деятельности: спортивный уголок, напольные шашки.напольные классики, множество традиционных и нетрадиционных пособий по формированию мелкой моторики.

• Для детей младшего дошкольного возраста разработан щадящий режим, который позволяет им быстрее и легче адаптироваться к условиям дошкольного учреждения (режим действует в первые два месяца пребывания детей в ДОУ). От ребёнка, впервые попавшего в детский коллектив (новое окружение, новые лица, дисциплина), требуется много душевных и физических сил. С другой стороны, любое заболевание в этом возрасте ведет к значительному снижению защитных сил организма, а значит, требуется большая затрата энергии и функциональных резервов для восстановления и укрепления здоровья.

Режим жизни должен быть «подвижным-адаптивным» в зависимости от уровня психического развития детей и состояния их здоровья. Он предусматривает следующее.• Увеличение срока приема детей в утренние часы (до 8.30).

• Увеличение продолжительности дневного сна при достаточном доступе свежего воздуха.

• Строгое соблюдение продолжительности и организации прогулок на воздухе.

• Творческий подход к содержанию и методике проведения занятий.

• Чередование умственной и физической деятельности.

Задачи профилактики заболеваний, физического, психического и интеллектуального развития интегрируются в работе всего педагогического коллектива.

Воспитатель физической культуры, учитывая специфику, большое внимание уделяется дыхательной гимнастике, что способствует развитию дыхательной мускулатуры, увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, улучшению лимфо- и кровообращения в легких. В ход занятий включаются элементы корригирующей гимнастики, способствующие профилактике нарушений осанки и плоскостопия.

Музыкальное воспитание также входит в систему оздоровительной работы: музыка имеет огромные возможности для улучшения нервно-психического здоровья детей, развития психо-эмоциональной сферы, повышения социально-адаптивных функций. Музыкальный руководитель обязательно включает в занятия дыхательные и музыкально-ритмические упражнения для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата и этюды и упражнения, способствующие развитию и коррекции психо-эмоциональной сферы.

Итак, в группе для дошкольников с нарушениями ОДА данного дошкольного учреждения задачи воспитания, обучения, развития и оздоровления детей взаимосвязаны и ориентированны на каждого ребёнка с учетом его состояния здоровья и уровня развития.

В утренний промежуток большая часть времени отводится воспитательно-образовательной работе, но воспитательно-образовательный процесс строится так, что становится возможным проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий. Достаточно широко при этом применяются различные виды массажа, лечебная физкультура, физиотерапия, лечебная гимнастика на надувных мячах, эластичных мячах разного диаметра и конфигурации. Гимнастика на мячах позволяет создать наиболее оптимальные условия для правильного положения туловища и гармоничной тренировки основных групп мышц, а также для улучшения равновесия и двигательной координации.

Занятия в сухом бассейне и тренажерном зале оказывают оздоровительный эффект на детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. После дневного сна проводятся физические упражнения в сочетании с воздушными ваннами и дыхательной гимнастикой.

На вечерней прогулке оздоровительный эффект достигается за счет пребывания детей на свежем воздухе, проведения подвижных игр и индивидуальной работы по физическому развитию.

Организуя режим, педагоги этого учебного учреждения стараются не загружать детей, предоставлять им возможность реализовать свои потребности в самостоятельной игровой, двигательной и других видах деятельности.

С каждым ребёнком индивидуально занимается учитель-дефектолог. Он проводит как фронтальные, так и индивидуальные занятия с целью коррекции или предупреждения вторичных отклонений в развитии данной категории дошкольников. По результатам данной работы, педагог оформляет тетради для работы родителей с детьми в выходные и праздничные дни дома.

Большое значение имеет и работа с родителями. Она строится на основе анкетирования и бесед, которые позволяют определить социальный статус семьи и тактику взаимодействия с различными категориями родителей. Главное в работе с родителями - формирование их активной позиции в воспитании и оздоровления своего ребёнка, преодоление равнодушия к тому, что делается в дошкольном учреждении. С этой целью в уголках группы для родителей размещается информация от медицинского и педагогического персонала. Как и во многих дошкольных учреждениях, мы организуем мероприятия с участием родителей и детей: праздники (спортивные и музыкальные), творческие задания, досуги и т.д.

Выводы к главе 1

Само понятие «нарушения опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по содержанию и проявлениям.

Нарушения двигательной функции в зависимости от развитости двигательной активности различаются по степени тяжести.

Дети с тяжелыми нарушениями не обладают навыками прямостояния, ходьбы, захвата предметов, самообслуживания или же с трудом способны передвигаться с использованием ортопедических приспособлений.

Дети со средней выраженностью двигательных нарушений - наиболее многочисленная группа. Они могут передвигаться в ограниченном пространстве и на небольшие расстояния, обладают навыками самообслуживания.

Дети с легкими нарушениями, как правило, ходят самостоятельно, отлично передвигаются по улице и помещениям, у них сформированы навыки самообслуживания. Но такие дети имеют патологические позы, тяжелые движения, трудности в подъеме и спуске по ступенькам и пр.

Глава 2. Экспериментальное исследование

2.1 Организация эксперимента

На базе "Специального коррекционного начального детского сада-школы № 8" VI вида в г. Сыктывкаре нами были исследованы психологические особенности проявления агрессивной личности у детей старшего школьного возраста при помощи методик детского рисунка: "Рисунок человека", "Моя семья", "Красивый рисунок". Указанные методы исследования были дополнены беседой и наблюдением за детьми.

В исследовании для выявления форм и уровня агрессивности у детей дошкольного возраста были также использованы методики:

• Методика «Структурализированное наблюдение»;

• Проективная методика «Несуществующее животное», разработана Дукаревич М. З

• Тест «Сказка» составлена детским психологом Луизой Дюсс.

• Анкета для воспитателей, разработана Лаврентьевой Г.П., Титаренко Т.М. «Критерии агрессивности у ребенка»;

Методика «Структурализированное наблюдение» (А.А. Романов).

Методика «Структурализированное наблюдение» (А.А. Романов) [11] помогает получить информацию для предварительного психологического анализа, выявить склонность к агрессивности у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (дошкольного возраста).

Нами было обследовано 15 детей этого учреждения. 8 детей экспериментальной и 7 детей из контрольной группы.

В экспериментальную группу вошли дети с ярко выраженными признаками агрессии. Участники контрольной группы - дети с умеренно выраженными признаками агрессивного поведения.

Для того, чтобы оценить уровень агрессии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата мы попросили детей из обеих групп нарисовать то, что им хочется.

Рисунки детей экспериментальной группы по своему исполнению и сюжету сильно отличаются от рисунков детей контрольной группы. В них можно выделить следующие особенности:

. Изображение нереальных объектов, например, при рисовании "красивого рисунка" ребенок в центре листа изображает зубы (челюсть), лежащие на снегу.

. Форма предмета не соответствует реальности, например, волнистая крыша дома.

. Не соблюдение пропорций предметов (человек выше дома, цветы выше машины).

. Отсутствие общей идеи рисунка, фрагментарное его изображение. Например, сначала рисовал машину, потом медуз, и все это хаотично по всему листу. Или же мазки в центре листа, а затем рамочка по краям, потом поверх мазков елочка.

. Цветовая гамма рисунков либо мрачная, либо кричаще яркая. Преобладают черные, коричневые, темно-синие тона или сочетание черного и красного (желтого)

. При изображении человека, обращает на себя тот факт, что глаза большие и пустые или закрашены красным, черным цветом, реже желтым или фиолетовым.

. В рисунке человека часто отсутствуют толщина рук и ног, второстепенные детали: пальцы, волосы, брови ресницы.

Рисунки детей контрольной группы, в общем, соответствуют их возрастной категории.

Обрабатывая результаты тестирования и анализируя их, мы получили данные, которые представлены в таблице 1.

Соотношение показателей экспериментальной и контрольной групп показано на рисунке 1.

Рис. 1. Результаты исследования психологических особенностей личности детей 5-6 лет (%)



Таблица 1. Сравнение средних значений показателей особенностей личности детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Особенности личности | Экспериментальная группа | Контрольная группа |
| 1. Уровень умственного развития | 17,3 баллов | 20,5 баллов |
| 2. Наличие ЗПР | 100 % | 8,3% |
| 3. Тревожность, страхи | 82 % | 37,5 % |
| 4. Депрессия, снижение настроения | 24,2 % | 8,3 % |
| 5. Неудовлетворенность в общении | 66,7 % | 50 % |
| 6. Агрессивность | 24,2 % | 4,2 % |
| 7. Конфликтность | 54,5 % | 16,7 % |
| Дополнительный фактор (сложности в семейных взаимоотношениях) | 45,5% | 20,8 % |

2.2 Преодоление агрессивности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Как известно, при наличии агрессивного настроения, должна быть возможность выплеска этой агрессии в процессе физической, игровой, речевой деятельности.

Одним из важнейших условий рациональной организации обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата является обеспечение оптимального двигательного режима. Одного, двух уроков физкультуры в неделю, конечно же, недостаточно. Организованная двигательная деятельность детей должна регулироваться с учетом возрастных особенностей и динамики физической подготовленности воспитанников, только тогда она будет способствовать его психическому и физическому развитию. С помощью разнообразных по содержанию подвижных игр, физических упражнений, оптимально дозированных физических нагрузок можно успешно воздействовать на биологическую природу ребенка, укреплять его здоровье, добиваться физического совершенства.

Именно поэтому коррекционную работу с агрессивными дошкольниками экспериментальной группы мы стали проводить, начав с повышения физической активности.

Чтобы удовлетворить двигательную потребность в процессе организации учебной деятельности день у нас начинается с утренней зарядки. Дети с 4 группой здоровья в это время занимаются лечебной физкультурой.

Упражнения в комплексе утренней гимнастики разнообразны и систематизированы по характеру основного воздействия на организм учащихся.

Для того чтобы снять утомление и напряжение у детей, восстановить их учебную работоспособность, первый урок, как правило, начинается с валеологического настроя.

Релаксационные упражнения можно применять на уроках, а при необходимости и на переменах, так называемые “минутки покоя”.

С целью повышения уровня учебно-воспитательного процесса необходимо постоянно изменять условия организации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, проводить физкультминутки, которые способствуют снятию локального утомления.

По содержанию физкультминутки различны и предназначаются для конкретного воздействия на ту или иную группу мышц или систему организма в зависимости от ощущения усталости.

Есть физкультминутки общего воздействия, т. е. те которые включают в себя упражнения для мозгового кровообращения и упражнения для снятия утомления с плечевого пояса и рук, упражнения для снятия утомления с туловища и ног. При выполнении физкультминуток мы не добиваемся от детей симметричности, у каждого ребенка свой темп, главное, чтобы он это делал с удовольствием.

Также проводятся различные виды гимнастик (пальчиковая, дыхательная); подвижные перемены.

В ходе работы с детьми мы установили, что основными проблемами в двигательной сфере детей с нарушением опорно-двигательного аппарата является расстройство координации движений, что тормозит развитие координационных способностей, необходимых для восстановления двигательных функций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, поэтому упражнения на развитие координационных способностей мы используем на разных этапах работы в течение всего дня.

Из всех нагрузок, с которыми ребенок встречается в школе, наиболее утомительной является нагрузка, связанная с необходимостью поддержания рабочей позы. Поэтому наши дети имеют возможность не только выполнять задание за партой, но и пользоваться аудиторскими столами и тумбами, а их использование:

снимает утомляемость, изменяя позу деятельности на 8 - 9 мин;

профилактика сколиоза и плоскостопия;

изменяется освещенность;

формируется вертикальное положение тела и обеспечивается произвольность моторики.

Для совершения действия вставания и посадки во время учебного процесса, для детей с нарушениями ОДА к учебным столам прикрепляются ручки.

Для детей с ДЦП к учебным столам крепится прищепка - держатель, что помогает ребенку с нарушением ОДА удерживать на парте листок или тетрадь.

В работе мы так же используем адаптированные “массажные” коврики и дорожки, что помогает снять мышечное напряжение со стоп и благотворно влияет на весь организм в целом.

Детям, имеющим искривление позвоночника в сагиттальной плоскости (при кифозе) мы предлагаем рюкзачки с грузом.

Проведенные исследования и наблюдения показали, что степень развития движений пальцев соответствует развитию речи детей, также плохая моторика дает и низкие результаты при выполнении различных письменных работ (обвести фигуру по образцу, нарисовать бордюр, списывание слогов, предложений и т. д.). При выполнении заданий ребенок быстро устает, у него падает работоспособность. Поэтому уже в детском саду следует уделять огромное внимание коррекционной работе по развитию мелкой моторики.

После того, как дети начинают чувствовать свою трудоспособность, физическую способность к выполнению определенных упражнений и действий, у них появляется большая уверенность в себе, что, конечно же, не может не отразится на формировании психологической устойчивости и ослаблении агрессивности

Физические упражнения адаптивной физической культуры, являясь осознанными целенаправленными действиями, связаны с целым рядом психических процессов (вниманием, памятью, речью и.д.), с представлениями о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, поведение и являются, таким образом, одним из средств духовного развития человека, т. е. влияют одновременно на организм и на личность.

Индивидуализация количественно-качественных характеристик двигательной активности детей при планировании игровых оздоровительно-коррекционных программ должна осуществляться с учетом уровня двигательной подготовленности и двигательной активности, состояния здоровья и психофизического развития учащихся, типа высшей нервной деятельности и т.д. Обязательная диагностическая основа, четкая индивидуально-типологическая адресованность и соответствие игровых программ возможностям и потребностям младших школьников позволяют успешнее сочетать задачи оздоровительной и коррекционной направленности.

Как известно, нельзя вылечить человека, работая только над его физическим здоровьем. Необходимо проводить определенную психологическую коррекционную работу.

В этом направлении нами была проведена следующая деятельность.

Наблюдение за детьми осуществлялось во время игровой деятельности, так как игра - ведущий вид деятельности дошкольника и в игре наиболее ярко проявляются особенности взаимоотношений детей, их коммуникативные навыки. В наблюдении использовалось оборудование: карта наблюдений, включающая 7 фрагментов, фиксированных форм поведения, в данном случае агрессивного.

Физическая:

а) направленная на другого

. Толкает сверстника, подходя, ударяет встречных, кусается, плюется.

б) направленная на предметы

. Ломает игрушки и постройки, рвет книжки.

в) направленная на себя

. Кусает себя; щиплет себя; просит себя стукнуть еще раз.

Скрытая:

. Царапает, щиплет или кусает других детей, говорит обидные слова, когда не слышит взрослый.

Вербальная:

. Ругается, говорит обидные слова, нецензурные слова.

В мимике:

. Сжимает губы; краснеет; бледнеет; сжимает кулаки.

В виде угрозы:

. Замахивается, но не ударяет других, пугает других.

Показатели реакции агрессивности у ребенка:

- нет проявлений агрессивности;

- проявления агрессивности наблюдается иногда;

- часто;

- почти всегда;

- непрерывно.

Анкету для воспитателей предложена для того, чтобы увидеть взгляд других людей на детей. А воспитатель - тот человек, который большую часть времени проводит с этими детьми. Для выявления склонности агрессивности.

Критерии агрессивности у ребенка

Анкета для воспитателей

(разработана Лаврентьевой Г.П., Титаренко Т.М.). [10]

. Временами кажется, что в него вселился злой дух.

. Он не может промолчать, когда чем-то недоволен.

. Когда кто-то причиняет ему зло, он обязательно старается отплатить тем же.

. Иногда ему без всякой причины хочется выругаться.

. Бывает, что он с удовольствием ломает игрушки, что-то разбивает, потрошит.

. Иногда он настаивает на чем-то, когда окружающие теряют терпение.

. Он не прочь подразнить животных.

. Переспорить его трудно.

. Очень сердится, когда ему кажется, что кто-то над ним подшучивает.

. Иногда у него вспыхивает желание сделать что-то плохое, шокирующее окружающих.

. В ответ на обычные расположения стремится сделать все наоборот.

. Часто не по возрасту ворчлив.

. Воспринимает себя как самостоятельного и решительного.

. Любит быть первым, командовать, подчинять себя других.

. Неудачи вызывают у него сильное раздражение, желание найти виновных.

. Легко ссорится, вступает в драку.

. Старается общаться с младшими и физически более слабыми.

. У него нередки приступы мрачной раздражительности.

. Не считается со сверстниками, не уступает, не делится.

. Уверен, что любое задание выполнит лучше всех.

Положительный ответ на каждое предложенное утверждение оценивается в 1 балл.

Высокая агрессивность - 15 - 20 баллов.

Средняя агрессивность - 7 - 14 баллов.

Низкая агрессивность - 1 - 6 баллов.

Проективная методика «Несуществующее животное», разработанная Дукаревич М.З. [5]

Это одна из наиболее информативных рисуночных методик. Ее рекомендуется использовать начиная со старшего дошкольного возраста (с пяти - шести лет).

Оборудование: Лист нелинованной бумаги формата А 4 (21Х30 см), простой карандаш, твердая резинка.

Проведение тестирования.

Лист бумаги кладется перед обследуемым горизонтально. Инструкция: «Я хочу посмотреть, насколько у нас развиты воображение, фантазия (как ты умеешь фантазировать, воображать). Придумайте и нарисуйте животное, которого на самом деле нет, никогда не было и которого до вас никто не придумал - ни в сказках, ни в компьютерных играх, ни в мультфильмах».

Если обследуемый говорит, что не знает, как рисовать, не умеет, не может ничего придумать и т.п., то надо ободрить его, объяснить, что для этого задания не нужно ничего уметь. Поскольку требуется нарисовать животное, которого на самом деле нет, то совершенно все равно, каким оно получится. Если обследуемый долго думает не приступая к рисованию, то следует посоветовать ему начать рисовать как получается, а дальше придумывать по ходу рисования.

Когда обследуемый закончит рисовать, его просят придумать животному название, которое записывают в протокол. Если придумывание названия вызывает большие затруднения, то эту часть задания опускают. При необходимости выясняют, какой части тела (или какому органу) соответствуют те или иные детали изображения.

Бывает, что вместо несуществующего животного изображают обычное, известное, что отражается в его названии (заяц, осел, и т.п.). В этом случае нужно попросить сделать еще один рисунок, нарисовать на этот раз животное, которого на самом деле не бывает. Инструкцию при этом полностью повторяют. Если и повторный рисунок представляет собой изображение реального животного, то эту работу прекращают. Если вид нарисованного животного вполне обычен (например, ясно изображен заяц), но названо оно необычно (например, сказано, что это «волшебный заяц»), тут задание считается успешно выполненным и повторять его не нужно.

Выяснив название животного, проверяющий говорит: «Теперь расскажите про него, про его образ жизни. Как оно живет?». Рассказ записывают, по возможности, дословно.

Если в рассказе нет достаточных сведений о животном, то по окончании работы задаются дополнительные вопросы:

• Чем оно питается?

• Где живет?

• Чем обычно занимается?

• Что любит делать больше всего?

• А чего больше всего не любит?

• Оно живет одно или с кем-нибудь?

• Есть у него друзья? Кто они?

• А враги у него есть? Кто?

• Чего оно боится, или оно ничего не боится?

• Какого оно размера?

Показатели агрессивности.

Положение рисунка на листе.

. Название и рисунок свидетельствуют об агрессивном характере животного. Тематически животные делятся на угрожающих, угрожаемых и нейтральных. Это отношение испытуемого к своему «Я», представление о своем положении в мире. Рисуемое животное - представитель самого рисующего.

. Левая сторона и низ листа - связаны с отрицательно окрашенными эмоциями и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью.

. Положение рисунка в нижней части - неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, незаинтересованность в своем положении в социуме, в признании.

Центральная смысловая часть фигуры

. Голова повернута влево - нерешительность, страх, боязнь активных действий.

. Рот с зубами, клыками, клюв - вербальная агрессия, в большинство случаев защитная (огрызается, задирается, грубит).

. Открытый рот без прорисовки языка и губ, особенно зачерченный - страх, недоверие, опасения.

. Глаза с резкой прорисовкой радужки, пустые, отсутствует???? - страх.

. На голове дополнительные детали: рога - защита, агрессия. Определить по сочетанию с другими признаками - когтями, щетиной, иглами - характер этой агрессии: спонтанная или защитно-ответная, из общего образа и описания животного.

Несущая опорная часть фигуры. Части, возвышающиеся над уровнем фигуры. Хвосты.

. На туловище и голове расположены дополнительные детали: рога, когти, щетина, иглы, колючки, роговые наросты, панцирь, наличие выступов, углов и др. - тенденция к защите и агрессии.

. Движение хвоста влево, вниз - недовольство собой.

. Затемнение линий контура, штриховка, шипы, выступы, иглы - признаки защиты от окружающих, если выполнена в острых углах; если есть затемнения контурной линии - страх и тревога, опасения и подозрительность.

. Поставленные щиты, «заслоны», направленные вверх - защита против людей, реально имеющих возможность наложить запрет, ограничения (родители). Направленность защиты вниз - против насмешек, непризнания, боязнь осуждения. Боковые «заслоны» - готовность к защите, самозащите. То же самое означают элементы защиты, расположенные внутри контура, на корпусе самого животного. Расположение «заслонов» справа - больше в процессе деятельности (реальной), а слева - защита мнений, убеждений.

. Словесная характеристика животного:

чем питается, есть ли друзья, враги, какое по характеру: питается людьми, подробное описание поедание жертв - агрессивность;

любимое или наиболее обычное занятие: ломает деревья - агрессивность; друзья: злые, агрессивные персонажи - агрессивность;

враги: большое число или полное отсутствие (боязнь агрессии);

враги: не имеет врагов (боязнь агрессии).

Для количественной обработки мной были введены баллы, обозначающие выраженность того или иного параметра: 0 - не выражено, 1 - слабо выражено, 2 - сильно выражено (см. таблицу №1).

Таблица 1. Выраженность параметров агрессивности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Показатели агрессивности | Балл |
|  | Угрожающее название | 0,1,2 |
|  | Одинокий | 0,1,2 |
|  | Рисунок расположен в нижней части | 0,1,2 |
|  | Большое количество зубов | 0,1,2 |
|  | Рот с зубами и клыками, клюв | 0,1,2 |
|  | Открытый рот без прорисовки губ, языка, зачеркнутый | 0,1,2 |
|  | Глаза отсутствуют, пустые, большие, зачеркнутые | 0,1,2 |
|  | Хвост повернут влево, вниз | 0,1,2 |
|  | Затемнение линий контура, штриховка | 0,1,2 |
|  | Наличие деталей: рога, когти, панцирь, иглы, чешуя | 0,1,2 |
|  | Голова обращена влево или анфас | 0,1,2 |
|  | Крупное изображение | 0,1,2 |
|  | Неаккуратность рисунка | 0,1,2 |
|  | Сверхсильный нажим | 0,1,2 |
|  | Острые ногти, острые рога, острые наросты | 0,1,2 |
|  | Реально существующие | 0,1,2 |
|  | Оружие, режущее, колющее или рубящее | 0,1,2 |
|  | Описание образа жизни: питается людьми, подробное описание поедания жертв | 0,1,2 |
|  | Описание образа жизни: любимое или наиболее обычное занятие: ломает деревья | 0,1,2 |
|  | Описание образа жизни: друзья: злые, агрессивные персонажи | 0,1,2 |
|  | Описание образа жизни: враги: большое число или полное отсутствие (боязнь агрессии) | 0,1,2 |

Высокая агрессивность - 21 - 42 баллов.

Средняя агрессивность - 11 - 21 баллов.

Низкая агрессивность - 1 - 11 баллов.

Тест «Сказка»

(Разработана детским психологом Луизой Дюсс) [22].

Тест «Сказка» является методом выявления и снятие агрессии у детей. В предложенных ею сказках есть персонаж, которому приходиться делать выбор. С ним ребенок и будет стараться идентифицировать себя. В зависимости от своего состояния он будет реагировать на ситуацию, изложенную в сказке, спокойно или тревожно, и такое состояние, которое он захочет приписывать действию сказки, и будет сохраняться у ребенка. Все сказки заканчиваются вопросом, ответ на который должен дать ребенок.

Цель этого теста заключается в том, чтобы выяснить, не возникнут ли спонтанно эмоции, которые обычно не проявляются в поведении ребенка, но в тоже время живут в нем.

Для того чтобы добиться результатов нужно:

. Ребенок должен почувствовать, что тест - такая же игра.

. Иногда не нужно комментировать ответы ребенка и торопить, говоря: «Слушай теперь другую сказку».

. Если ребенок проявляет тревогу или излишнюю возбудимость, слушая рассказ, прервите сказку и попросите рассказать ее в другой раз.

Тест «Сказка».

Первая сказка. Птенец.

Цель - выявить степень зависимости ребенка от одного из родителей или от обоих вместе.

«В гнездышке на дереве спят птички: папа, мама и маленький птенец. Вдруг налетел сильный ветер, ветка ломается, и гнездышко падает вниз: все оказывается на земле. Папа летит, и садиться на одну ветку, мама садиться на другую. Что делает птенец?»

Типичные нормальные ответы: «Он тоже полетит и сядет на какую-то ветку», «Полетит к маме, потому, что испугается», «Полетит к папе, потому, что он сильней», «Останется на земле, потому, что не умеет летать, но будет звать на помощь, и папа (или мама) прилетит и заберет его».

Типичные тревожные ответы: «Не умеет летать, поэтому остается на земле», «Попытается лететь, но не сумеет», «Умрет во время падения», «Умрет от голода (или дождя, холода и т.п.)», «О нем забудут, и кто-нибудь на него наступит» и т.п.

Вторая сказка. Годовщина свадьбы родителей.

Цель сказки - понять, ревнует ли ребенок к союзу своих родителей, чувствует ли себя обделенным вниманием со стороны обоих родителей из-за проявления ими своих чувств друг к другу. Допускается задавать некоторые вопросы, приведенные после сказки.

«Празднуется годовщина свадьбы родителей. Мама и папа очень любят друг друга и хотят весело отметить праздник, пригласив друзей и своих родителей. Во время праздника ребенок встает и один идет в сад. Что произошло? Почему он ушел?»

Типичные нормальные ответы: «Пошел за цветами для мамы», «Пошел немного поиграть», «Со взрослыми скучно, поэтому он решил развлекаться один», «Ему надоело находиться на празднике», «Ему сделали замечание за то, как он ест (сидит, ходит в школу/сад и т.п.)».

Другие ответы о возможной скуке на празднике также могут рассматриваться как нормальные и встречаются довольно часто.

Типичные тревожные ответы: «Ушел, потому что разозлился», «Хотел остаться один», «Загрустил», «Никто не обращал на него внимания, и он решил уйти».

Ктакого рода ответам необходимо поставить уточняющие вопросы, попросив ребенка дать более подробное объяснение. Может случиться, что ребенок не захотел продолжать разговор или объяснить свои ответы. Или же может сказать: «Это праздник мамы и папы, поэтому на ребенка никто не обращал внимания», «Было слишком шумно», «Ему не давали конфету», «Другие дети на празднике были ему неприятны», «На праздниках он всегда хочет играть один, ему не нравятся праздники» и т.п.

Третья сказка. Похороны.

Как вы, наверное, уже догадались, эта сказка-тест должна выявить отношение ребенка к смерти, а значит, к агрессивности, разрушительности и тесно связанному с ними чувствами вины и самобичеванию.

«По улице идет похоронная процессия, и все спрашивают, кто умер. Кто-то показывает на один дом и говорит: «Умер человек, который жил в этом доме». Кто же умер?»

Типичные нормальные ответы: «Неизвестный человек», «Дедушка (бабушка) какого-то ребенка», «Человек, который был очень болен», «Очень важный человек», «Старик (старушка)» и т.д.

Типичные тревожащие ответы: «Мальчик (девочка)», «Папа одного мальчика», «Младший (старший) брат одного мальчика» и т.д.

Содержание сказки можно немного изменить для детей, которые вследствие маленького возраста не совсем точно понимают идею смерти.

«Однажды родители, дедушка с бабушкой, тети, и дяди и все дети пошли на станцию, и один из них сел на поезд и уехал далеко-далеко и, может быть, никогда не вернется. Кто это был?»

Типичные нормальные ответы: «Кто-то из них», «Дедушка (бабушка)», «Неизвестно кто» и т.д. Может быть даже назван человек, не являющийся членом семьи, что указывает на игнорирование основного сюжета рассказа, т.е. что на поезд сел кто-то из членов семьи.

Типичные тревожащие ответы: те же, что и в первом варианте, либо относящиеся к какому-нибудь лицу из круга семьи, не названному в рассказе и выбранному ребенком в качестве мишени своей агрессивности.

Четвертая сказка. Страх

Как и предыдущая, это не настоящая сказка в прямом смысле слова. На этот раз речь идет о прямом вопросе, искусно замаскированном и имеющем очевидную познавательную цель.

«Один мальчик говорит себе тихо-тихо: «Как страшно!» Чего он боится?»

Типичные нормальные ответы: «Вел себя плохо и теперь боится наказания», «Пропускал занятия в школе, поэтому боится, что мамабудет его ругать», «Боится темноты», «Боится какого-то животного», «Ничего не боится, просто пошутил» и т.д.

Типичные тревожащие ответы: «Боится, что его украдут», «Чудовище хочет его украсть и съесть», «Боится оставаться один», «Боится дьявола», «Боится, что какой-нибудь зверь залезет в кровать», «Боится, что придет вор и ударит его ножом», «Боится, что умрет мама (папа)» и т.д. На все эти ответы вы должны просить ребенка дать более детальные объяснения и уточнения, используя наводящие вопросы и задавая их спокойным и ободряющим тоном.

Нужно помнить, что подобные идеи выражают скрытую агрессивность по отношению к родителям, а, следовательно, вызывают у него чувство вины и самобичевание.

Шкала уровня агрессии:

Низкий уровень - 0 - 2 баллов.

Средний уровень - 3- 4 баллов.

Высокий уровень - 5 - 6 баллов

По результатам наблюдения можно отметить, что в экспериментальной группе выражены ярче проявления вербальной агрессии - 0,9% и физической агрессии - 0,8%.

По результатам анкетирования можно отметить, что у экспериментальной группы детей выражен низкий уровень агрессивности - 3%.

Результаты по проективной методике «Несуществующие животное».

Средне арифметические результаты по проективной методике «Несуществующие животного»:

Экспериментальная группа: всего баллов: 196 баллов,

М сред.баллов - 13%

Контрольная группа: всего баллов: 210 баллов

По результатам тестирования можно было увидеть, что у контрольной группы ярче выражено агрессивность 14%, чем у экспериментальной группы - 13%.

Данные экспериментальной работы свидетельствуют о том, что коррекционная профилактическая работа является эффективной и актуальной для корректировки поведения детей с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Профилактическая работа проводилась следующим образом. В экспериментальной группе проводились занятия - цель, которых, научить детей управлять своей агрессией, ослабить негативные эмоции.

После профилактической работы в экспериментальной группе показатель агрессии уменьшался, так как в этой группе проводилась профилактическая работа, а в контрольной группе ни чего не изменилось, так как не было ни кого воздействия.

.3 Роль семьи в преодолении агрессивности дошкольников с проблемами опорно-двигательного аппарата

По мнению Спицина Н. П. семья это малая социально психологическая группа, члены которой связаны брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью, социальная необходимость, в которой обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения.

Будучи ячейкой общества, семья выполняет функции, важные для общества и для жизни каждого человека. М. С. Мацковский выделяет следующие функции семьи: репродуктивная, воспитательная, хозяйственнобытовая, экономическая, функция первичного социального контроля, функция духовного общения, социальностатусная, досуговая, эмоциональная.

Многие авторы (Клементович И., Дубровина И. В., Хоментаускас Г. Т. и др.) определяют семью как уникальный первичный социум, который не могут дублировать общественные институты в способности давать ребенку ощущение психологической защищенности, поддержки, безусловного и безоценочного принятия. В этом, как они утверждают, неприходящее значение семьи для человека вообще, а для дошкольников в особенности. Каждый ребенок ожидает от своих родителей, что его будут любить не за хорошее поведение, а просто так и таким, какой он есть.

Многие авторы выделяют типы неблагополучных семей, социализация в которых может стать причиной появления у ребенка тех или иных отклонений в становлении личности. Некоторые же специалисты как неблагополучную или проблемную семью характеризуют семьи, в которых воспитывается больной ребенок.

В семьях с неблагополучным стилем семейного воспитания у ребенка существуют проблемы в становлении тех или иных психических функций, которые обуславливают особенности процесса его социализации:

Наличие проблем в развитии речевых навыков, что вызвано нежеланием родителей общаться с ребенком или их стремлением исправлять каждое слово ребенка.

Наличие проблем в развитии памяти, что вызвано нежеланием родителей читать ребенку сказки и играть с ним либо их чрезмерная настойчивость на заучивание ребенком сказок, стихов.

Наличие проблем в становлении адекватной самооценки, что вызвано чрезмерной опекой родителей либо их абсолютным невмешательством в жизнь ребенка.

Наличие проблем в становлении мировосприятия, что вызвано холодным отношением родителей к ребенку, их нежеланием говорить с ребенком об интересном и опасном, к чему нужно стремиться, а чего следует избегать.

Наличие проблем в формировании положительных привычек поведения, что вызвано неумением родителей самим выполнять правила этикета, выполнения которого они требуют от ребенка, их чрезмерная грубость в своих требованиях либо их желанием все делать за ребенка, ссылаясь на его незрелость, безпомощность.

Наличие проблем в формировании адекватного эмоционального реагирования, что вызвано холодностью родителей, их нежеланием показывать свои эмоции ребенку.

Наличие проблем в переходе сюжетноролевой игры "внутрь", что вызвано нежеланием родителей играть с ребенком, наблюдать за ним во время игр.

В определяющей мере успешность семейной социализации дошкольника зависит от взрослого, а точнее от того, ощущает ли ребенок любовь и внимание своих близких, чувствует ли себя принятым своими родителями.

У дошкольника из семей с неблагополучным стилем семейного воспитания кроме проблем в становлении тех или иных психических функций, могут возникнуть отклонения в поведении такие как агрессивность, застенчивость, упрямство, капризы, тревожность и страхи.

Агрессивность поведение или действия, направленные на причинение психологического или физического вреда, ущерба.

Агрессия возникает у детей в тех семьях, в которых родители чрезмерно ограничивают ребенка и жестоко с ним обращаются, сами используют агрессивное поведение, как в отношении ребенка, так и в отношении окружающих.

Застенчивость комплекс ощущений неловкости, стыда, страха и так далее.

Застенчивость скорее свойственна детям не очень общительных и уверенных в себе родителей, придерживающихся внешне строгих, а по существу формальных методов воспитания и обращения с детьми. Также застенчивость возникает и у тех детей, чьи матери чрезмерно заботятся о них.

Следующим отклонением является упрямство. Под этим словом родители подразумевают непослушание, стремление ребенка все делать посвоему.

Обычно упрямство возникает в тех семьях, где родители не уважают ребенка, так как не хотели иметь детей. А также в семьях, где родители постоянно конфликтуют между собой.

Капризы особенность поведения ребенка, выражающаяся в нецелесообразных и неразумных с точки зрения взрослых, действиях и поступках, в не обоснованном противодействии окружающим, сопротивление их советам и требованиям, в стремлении настоять на своем.

Наиболее типичными ошибками взрослых, провоцирующих капризы являются:

Авторитарность или гиперопека, подавляющие инициативность и самостоятельность детей;

Заласкивание ребенка, потакание всем его прихотям при полном отсутствии разумных требований;

Отсутствие необходимой ребенку опеки, безразличное или неотчетливо выражаемое отношение к позитивным и негативным образцам поведения и действий ребенка.

Тревожность эмоциональное состояние, возникающее в случае неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагополучного развития событий.

Тревожность возникает у детей, чьи родители чрезмерно заботятся и контролируют их, или предъявляют завышенные требования.

Страхи специфический детский опыт, когда ребенок неадекватно боится чеготоматериального, конкретного из бытовых вещей или боится чегото видимого им, но не видимого взрослыми.

Страхи возникают у ребенка тогда, когда родители игнорируют его потребности и порицают его самостоятельность.

Так как каждое отклонение в поведении ребенка может перерасти в стойкую черту характера, социальный педагог должен работать как с таким ребенком, так и с его родителями. И только совместная работа социального педагога и родителей поможет ребенку стать полноценной личностью.

Нами была проведена определенная работа над исследованием семей , в которых воспитываются дети с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Мы выявили отношение родителей к своим детям, оказалось, что большинство родителей придерживаются неконструктивного стиля воспитания. Большинство родителей требуют от ребенка послушания и дисциплины, ограждают детей от трудностей, потакают их желаниям. Мы отметили, что некоторые родители не понимают проблем, связанных с физическим здоровьем своих детей и требуют от них того же, что и от здоровых. Некоторые родители проявляли определенную раздраженность в связи с тем, что постоянно находятся в стрессовой ситуации в связи с заболеванием ребенка.

Определили самочувствие ребенка в семье, здесь выяснилось, что большинство детей страдают от агрессивности своих родителей, отчужденности и стремятся получить эмоциональный отклик от других взрослых.

Некоторые дети неадекватно оценивают себя и считают, что родители оценивают их низко, это также связано с неблагоприятными семейными отношениями.

Также мы выяснили, что есть дети, которые чувствуют отчужденность от каких-то членов семьи, что связано с тем, что ребенок испытывает к нему чувство дискомфорта.

Также мы обнаружили, что под влиянием всех этих факторов у детей формируются те или иные отклонения в поведении, которые подлежат социальнопедагогической коррекции.

Формирующий эксперимент в данном направлении был проведен нами на базе того же дошкольного учебного заведения с теми же детьми. В нем участвовали 15 детей, у которых были обнаружены отклонения в поведении, обусловленные неблагополучным стилем семейного воспитания и отношением родителей к их недугу.

Для работы с выявленными отклонениями в поведении ребенка дошкольника нами была составлена и проведена программа по коррекции поведенческих отклонений дошкольников, обусловленных неблагополучием семейного воспитания. агрессивный поведение дошкольный игра

Цель: социально-педагогическая коррекция отклонений в поведении ребенка дошкольного возраста, обусловленных неблагополучным стилем семейного воспитания.

Задачи программы:

Преодоление отклоняющегося поведения ребенка-дошкольника посредством организации игры.

Формирование у ребенка умения общаться и конструктивно взаимодействовать со сверстниками.

Формы работы: работа с группой детей, индивидуальная работа с ребенком.

Проведение системы занятий игр, направленных на коррекцию выявленных отклонений в поведении дошкольников.

Рабочий план занятий социального педагога с детьми по 15 20 минут два раза в неделю. Рабочий план занятий представлен в Таблице 2.

Таблица 2. Рабочий план занятий

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Разделы занятий | Содержание игровой деятельности | Задачи | Количество занятий |
| Игры, направленные на коррекцию агрессивного поведения | "Обзывалки", "Два барана", "Толкалки", "Жужа" "Головомяч", "Доброе животное" | Выплескивание своего гнева. Расширение своего поведенческого репертуара | 3 |
| Игры, направленные на коррекцию застенчивости ребенка | "Режиссер", "Выставка", "Гроза", "Трудный путь" | моделирование различных ситуации, связанных с общением, с возможностью проявить себя на публике | 3 |
| Игры, направленные на коррекцию капризов ребенка | "Капризуля Марк", "Капризуля", "Вылеплялки", "Пещера для знакомств" | посмотреть ребенку на себя со стороны и научиться общаться со сверстниками. | 2 |
| Игры, направленные на коррекцию упрямства ребенка | "Упрямые козлики", "Выключенный звук", "Старшая обезьяна" "Сиамские близнецы" | Расширение своего поведенческого репертуара | 2 |
| Игры, направленные на коррекцию тревожности ребенка | "Воздушный шарик", "Дудочка", "Сосулька", "Шалтай Болтай", "Танцующие руки", "Слепой танец", "Гусеница" | Снять чрезмерную тревожность. Научить ребенка взаимодействию с другими детьми | 4 |
| Игры, направленные на коррекцию страхов у ребенка | "Какого цвета мой страх", "Не боимся паука", "У страха глаза велики" | Помочь ребенку избавится от своего страха. | 2 |

Индивидуальная работа:

С агрессивным ребенком. Игры: "Ласковые лапки", "Брыкание", "Разговор с руками", "Кулачок", "Возьмите себя в руки".

С застенчивым ребенком. Релаксационные упражнения.

С капризным ребенком. Упражнения: "Ты лев", "Дыши и думай красиво", "Солнечный зайчик".

С упрямым ребенком. Игра: "Упрямая подушка".

С тревожным ребенком. Игры: "Цирк", "Прогони БабуЯгу", "Петушиный бой".

С ребенком, испытывающим страхи. Игры и упражнения: "Маленькие человечки", "Лабиринт страхов", "Чужие рисунки", "Страшные маски".

В начале работы с детьми было достаточно трудно взаимодействовать, их было сложно заинтересовать и научить слушать и уважать другого.

В конце же дети научились говорить о своих недостатках в поведении, страхах, замкнутости, научились контролировать себя и других. Они стали более послушными, организованными, дисциплинированными, научились смотреть друг на друга и слушать другого, стали более выдержанными.

После проведения социальнопедагогической деятельности по коррекции выявленных отклонений в поведении дошкольников, обусловленных неблагополучным стилем семейного воспитания, была проведена повторная диагностика для определения уровня ее эффективности.

Для этого нами были использованы следующие диагностические методики:

Опросник "Каков ребенок во взаимоотношениях с окружающими людьми" для родителей и воспитателей, автор Немов Р. С.;

"Какой Я", автор Немов Р. С.;

"Лесенка" модификация методики Дембо Рубинштейна "Самооценочные шкалы";

"Шкала тревожности", автор Стожарова М. Ю.;

Анкета для воспитателей, автор Малейчук Г. И.

После анализа проведенных методик, мы сравнили результаты исходной и итоговой диагностик и сделали вывод об эффективности проведенной программы.

В контрольной группе уменьшилось количество детей с агрессивностью и упрямством, возможно, это объясняется тем, что в этом детском саду воспитатели и психологи ведут работу по преодолению недостатков в поведении ребенка или этому способствовали родители, или ребенок сам смог избавиться от отклонений в поведении; а количество человек с капризами увеличилось, что говорит о неумении детей другими способами достигать желаемого.

В экспериментальной группе уменьшилось число детей по всем показателям, кроме капризов; в некоторых случаях изменения почти незаметны.

На основе этого мы сделали вывод, что наша программа была эффективной, нам удалось добиться снижения количества детей с отклонениями в поведении, и мы обозначили некоторые рекомендации социальным педагогам, которые работают или будут работать по преодолению отклоняющегося поведения дошкольников, для того чтобы их деятельность была более эффективной и приносила значимые результаты:

Проводить занятия нужно в отдельном помещении, так как детей ничего не отвлекает, они ведут себя более послушно и дисциплинированно;

Учитывать индивидуальные особенности: тревожных и застенчивых детей постепенно привлекать к общению и взаимодействию;

Никогда не заставлять детей участвовать в играх, если они не хотят, нужно постараться их заинтересовать, поиграв с детьми сначала в те игры, которые хотят они.

Лучше чередовать подвижные и спокойные игры, чтобы дети могли выплеснуть свою энергию.

Социальный педагог должен демонстрировать неагрессивное поведение, любить детей, быть активным, творческим, уверенным в себе человеком, на которого дети могли бы равняться.

Социальный педагог должен следить за тем, чтобы дети не участвовали в парных играх с одними и теми ребятами, а стремится к тому, чтобы научить их взаимодействию со всеми детьми.

Чаще хвалить детей, использовать телесный контакт, обращаться к ребенку по имени;

Творческие работы детей показывать другим педагогам, чтобы у детей укреплялась уверенность в себе, своих силах, они чувствовал свою значимость.

Рекомендации по снятию агрессии

. Сшейте или купите большую мягкую игрушку или просто цилиндрической формы подушку. Придумайте простое имя для произношения маленьким ребёнком (Бобо, Жу-жу и т.п.). Когда у малыша появится желание покусаться, потолкаться, стукнуть кого-то игрушкой, лопаткой и т.д., познакомьте его с этой игрушкой и объясните, что папу, маму и других - бить нельзя (сказать чётко и строго) , а вот есть Бобо, который всегда будет рад подраться. Научите ребёнка , как можно драться, кусаться с этим Бобо. Первое время следите, чтобы агрессия ребёнка сразу направлялась на игрушку, а не на людей.

. Очень полезны для снятия агрессии игры с водой, песком и глиной. Например, игры с переливанием.

. Хорошо снимает напряжение лепка из глины и пластилина.

. Подвижные игры. Учите снимать напряжение через направленную игру: догонялки, прыгалки, зарядку и т.п. Дети с удовольствием играют в такие игры с взрослыми. Эти занятия снимают агрессивное напряжение и дают положительные эмоции ребёнку.

. Релаксация, расслабление. После снятия излишней напряжённости (подвижная игра) положите ребёнка «поспать», «поплавать на надувном матрасе» и т.п. - обеспечьте состояние покоя. Пусть это будет всего одну минуту.

. Можно чередовать движение и покой. Это научит ребёнка произвольно контролировать своё поведение, а значит, и эмоциональное состояние.

. Массаж. Перед сном, после купания, делайте малышу лёгкий массаж спины, ручек, ножек, лица. Если на что-то ребёнок реагирует отрицательно, то не стоит настаивать, делайте то, что ему приятно, а, следовательно, позволит расслабиться. При этом рассказывайте о том, что вы делаете, тихим и спокойным голосом. Очень хорош игровой массаж «Рельсы-рельсы, шпалы-шпалы».

. Рисование красками, лучше пальцами. Хорошо снимает напряжение, создаёт положительный, эмоциональный фон.

Выводы к главе 2

По данным экспериментального исследования мы можем говорить о наличии незначительных агрессивных проявлений у детей 6-7 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Среди различных форм проявления агрессии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата преобладают также формы, как вербальная и физическая агрессия, так и в меньшей степени скрытая. Вербальная агрессия у таких детей проявляется в виде произнесения обидных слов, нецензурных слов. Физическая агрессия, направленная на других отсутствует, а существует агрессия, направленная на себя и на предметы. Это мы объясняем тем, что в этом возрасте у детей еще не сформированы навыки рефлексии и самосознания.

Уровень агрессивных проявлений по различным методикам различен в контрольной и экспериментальной группах: по методике «Несуществующие животные» уровень агрессивных проявлений значимо низкий в экспериментальной группе. Анкетирование воспитателей выявило различие агрессивности: в экспериментальной присутствует только низкая, а в контрольной группе представлены только низкий и средний уровни агрессивности, высокий - отсутствует.

Профилактическая работа, проведенная в экспериментальной группе, была результативна и эффективна, что доказал формирующий эксперимент: уровень агрессии снизился с помощью таких методов и методических приемов и упражнений как «Рисование», «Лепка», «Я злюсь…», «Психогимнастика», «Этюды».

Профилактическая работа по предупреждению и снятию агрессивных проявлений необходима для детей не только с нарушением опорно-двигательного аппарата, но и для здоровых детей, так как это имеет место кризис 6-7 лет. Этот возрастной этап чаще всего характеризуется отрицательными, негативными, агрессивными проявлениями в поведении.

Заключение

Таким образом, из-за того что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения, то все исследования в целом и наше исследование в частности, направленные на изучение личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ставят своей целью помочь адекватно сформировать или скорректировать то, что непосредственным образом не представляется возможным исправить.

Таким образом, анализ различных подходов убеждает в целесообразности понимать агрессию как целенаправленное разрушительное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения, причиняющее физический ущерб людям или вызывающее у них психический дискомфорт. По прямому смыслу слова - это нападение по собственной инициативе с целью захвата. Вместе с тем это такое состояние, которое может включать в себя не только прямое нападение, но и угрозу, желание напасть, враждебность.

В данной работе были подробно изучены не только причины, формы проявления агрессивности у детей дошкольного возраста, но и дана характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Это послужило опорой для составления профилактической программы.

В результате проведенного исследования были получены данные о том, что профилактическая работа у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата будет более эффективной, если ее проводить с учетом того, что программа адресована не отдельным лицам, а на группу в целом, а также направлена не на агрессивных детей, а на здоровых детей, хотя и с риском развития агрессии.

Почти в каждой группе детского сада встречается хотя бы один ребенок с признаками агрессии. Он нападает на остальных детей, обзывает и бьет, отбирает и ломает игрушки, намеренно употребляет грубые выражения, одним словом, становится «грозой» всего детского коллектива, источником огорчения воспитателей и родителей. Этого ершистого, драчливого, грубого ребенка очень трудно принять таким, какой он есть, а еще труднее понять. Предложенная профилактическая программа направлена на предупреждение этих проявлений. Эксперимент доказал не только эффективность ее использования, но также необходимость использования таких целевых программ в предупредительной работе практических психологов.

Наше исследование опровергает сложившийся в сознании здоровых людей стереотип, что не только здоровье откладывает определенный отпечаток на эмоциональное, когнитивное развитие детей с теми или иными нарушениями. Многие считают, что эти дети в силу недуга более агрессивные, недружелюбны, необщительны. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата не более и не менее агрессивны, чем здоровые дети, и даже не имеют некоторых форм проявления агрессии, таких как угроза в мимике.

Также в процессе нашего исследования мы пришли к выводу, что для преодоления агрессии детей с проблемами опорно-двигательного аппарата необходимо использовать комплексный подход, т.е. и применять и физические, и психологические коррекционные методы. Одну из первостепенных ролей в данной коррекционной работе играет психологический настрой родителей и их отношение к своему проблемному ребенку.

Таким образом, для того, чтобы снизить уровень агрессии детей с проблемами опорно-двигательного аппарата необходимо работать как с самими детьми, так и их родителями.

Список использованной литературы

Агеева Г.Ф. Психофизическое состояние детей дошкольного возраста в процессе освоения инновационной программы / Г.Ф. Агеева // Теория и практика физ. культуры. - 2010. - N 6. - С. 92.

Адель Бен Жедду Бен Ларби. Коррекция нарушений статодинамической осанки младших школьников средствами физического воспитания: автореф. дис. на соискание учен.степени канд. физ. воспитанию и спорту: спец. 24.00.02 "Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения"/ Адель Бен Жедду Бен Ларби. - К., 2007. - 22 с.

Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Л. Берковиц. - С. Пб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. - 512 с.

Бондарь Е. М. Коррекция функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 5-6 лет с учетом пространственной организации их тела: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. наук по физическому воспитанию и спорту : спец. 24.00.02 "Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения" / Е.М. Бондарь. - К., 2009. - 22 с.

Бэрон Р., Ричардсон, Д. Агрессия. - СПб., 1999

В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева Специальная психология: Учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 464с.

Вилюнас В. Психология эмоций / В. Вилюнас. - СПб. : Питер, 2008. - 216 с.

Волков Б.С., Волкова Н.В. Закономерности психического развития детей в вопросах и ответах / Б.С. Волков, Н.В. Волкова. - М., 2003. - 506 с.

Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М.Лифанова; Авт. коммент. М.А.Степанова. - М.: Просвещение, 1995. - 527 с.

ЗиядХамиди Ахмад Насраллах Коррекция нарушений осанки слабослышащих школьников средствами физического воспитания: дис. ... канд. наук по физ. воспитанию и спорту: (24.00.02) / ЗиядХамиди Ахмад Насраллах; НУФВСУ. - Киев, 2008. - 180 с.

И. А. Смирнова,"Наш особенный ребенок. Книга для родителей ребенка с ДЦП", СПб.: КАРО2006г.

Калижнюк Э. С, Раменская О. Л., Кожевникова В. Ю. о структуре интеллектуального дефекта у детей с церебральными параличами, родившихся недоношенными // журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.- 1975.- № 8.- с. 421-424.

Качесов В.А., "Основы интенсивной реабилитации. ДЦП.", ЭЛБИ-СПб, 2005 г

Короткова Е.А. Основные положения системы профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата детей в процессе физического воспитания / Е.А. Короткова, И.В. Пенькова //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 2006. - №4. - С. 39-41.

Лоренц К. Агрессия / К. Лоренц. - М. : Прогресс, 1994. - 342 с.

Лэндрет Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г. Лэндрет. - М. : Международная педагогическая академия, 1994. - 368 с.

Майерс Д. Социальная психология. 6-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Питер, 2003. - 752 с.

Мамайчук И. И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у детей с церебральным параличом // Дефектология.- 1976.- № 3.-

Назаретян А. П. Интеллект во Вселенной : истоки, становление, перспективы : очерки междисциплиинарной теории прогресса / А. П. Назаретян ; Российский открытый университет. - М. : Недра, 1991. - 222 с.

Носова Н.Л. Контроль пространственной организации тела школьников в процессе физического воспитания: автореф… канд. наук по физ. воспитанию и спорту: 24.00.02 / Н. Л. Носова. - К., 2008. - 21 с.

Паренс Г. Агрессия наших детей / Г. Паренс. - М. : Форум, 1998. - 152 с.

Петрова Т. И. Волшебный мешочек. / Т. И.Петрова // Дошкольник . - 2008. - № 1. - С. 15 - 16.

Потапчук А.А. Осанка и физическое развитие детей, программы диагностики и коррекции нарушений / А.А. Потапчук, М.Д. Дидур. // Россия. - Санкт-Петербург: Речь, 2001. - С. 4-82.

Профилактика агрессивных и террористических проявлений у подростков. Под редакцией И. Соковни.. - М., 2002

Психологические и психотерапевтические проблемы при нарушениях развития у детей / Т. Н. Осипенко, Е. Е. Стацевич, Л. А. Ночевка и др.: // Альманах «Исцеление».- 1993.- № 1.- с. 25-39.

Психология одаренности детей и подростков: Учеб.пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Ю.Д. Бабаева, Н.С. Лейтес, Т.М. Марютина и др.; Под ред. Н.С. Лейтеса. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 336 с.

Райгородский Д.Я. Ребенок и семья / Д.Я. Райгородский. - Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М. 2002. - 226 с.

Романова О. Л. Экспериментально-психологическое исследование особенностей личности больных, страдающих физическими недостатками // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.- 1982.- № 12.- с. 94-98

Румянцева Т. Г. Агрессия и контроль № 5-6. 1992. С.35

Румянцева Т. Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии №1. 1991. С. 81. с. 27-33.

Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. - М., 2003

Смирнова Е. О. , Хузеева Г. Р. Психологические особенности агрессивных дошкольников Вопросы психологии, 1996, № 3, с. 5-14.

Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. - Ростов н/Д., 2003

Современные исследования агрессии: проблема метапозиции и метаязыка // Журнал «Наука i освiта». - 2004. - № 8-9. - С. 90-93.

Технология 25-го кадра и другие методы воздействия на мозг человека. - М.: ПАРИ, 2000. - 244 с.

Финни Н. Р.,"Ребенок с церебральным параличом:Помощь, уход, развитие. Книга для родителей."- Изд. 2-е стер. - М.: Теревинф, 2005

Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд. - М. : Наука, 1989. - 456 с.