

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему:

«Влияние программы по коррекции двигательной активности детей с
ДЦП на их психоэмоциональное состояние»

Студент


подпись

Мельникова Анастасия Игоревна

Руководитель


подпись

Медведева И.А.

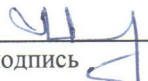
Нормоконтролёр


подпись

Памфилова С.А.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 07.06.2019 №13)

Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 26.06.19 №6)

Секретарь ГЭК


подпись

Тарасова Е.М.

Пенза 2019

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Анализ теоретических и эмпирических данных по проблеме исследования.....	6
1.1. Влияние хронических двигательных нарушений на психосоциальное развитие личности.....	6
1.2. Детский церебральный паралич. Формы, причины, стадии.....	10
1.3. Психологическая характеристика детей с детским церебральным параличом.....	22
1.4. Использование современных технологий в комплексной реабилитации.....	29
Выводы по Главе 1.....	44
Глава 2. Эмпирическое исследование эмоционального состояния детей с детским церебральным параличом	45
2.1. Организация эмпирического исследования	45
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных.....	48
Выводы.....	61
Заключение.....	64
Список используемых источников.....	65
Приложение.....	68

Введение

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах страны). По данным на 2010 год в стране насчитывается 71 тысяча 429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет и 13 тысяч 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15-17 лет.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга - большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом в комплексе с лечением состояние ребенка, как правило, улучшается.

Исследованием психолого-педагогических особенностей детского развития занимались Д.Б. Богоявленская, И.П. Волков, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.И. Савенков, В.А. Сухомлинский, К.Д. Ушинский., И.С. Якиманской, Г.А. Голицына, В.М. Петрова, В. В. Давыдова, Д.Б. Элькони́на, А.К. Маркова, Е.И. Игнатьева, А.М. Матюшкина, Н.Ф. Талызина, П.М. Якобсона и т.д.

Особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья представлены в трудах Т.В. Егоровой, Г.В. Фадиной, А.Р. Маллера, М.Д. Варнюк.

Психологическая помощь и сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья требует многомерного исследования личности таких детей и особенностей их эмоциональной сферы. Эмоциональное состояние является, с одной стороны индикатором их физического благополучия, с другой – значимым фактором, влияющим на многие физиологические процессы.

Цель исследования – изучение психоэмоционального состояния подростков с детским церебральным параличом после реабилитационной программы для использования полученных диагностических данных в работе педагога-психолога с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования – показатели психоэмоционального состояния подростков с различными формами детского церебрального паралича.

Предмет исследования - влияние программы по коррекции двигательной активности подростков с детским церебральным параличом на их психоэмоциональное состояние.

Гипотеза исследования: психоэмоциональное состояние подростков, прошедших реабилитацию по программе коррекции двигательной активности, характеризуется повышением уровня настроения, эмоционального тонуса, активности, комфортности, психической активации, самочувствия, интереса.

Задачи исследования:

1. Осуществить теоретический анализ работ, посвященных исследуемой проблеме.
2. Разработать и реализовать эмпирическое исследование.
3. Провести сравнительный анализ и интерпретацию данных, полученных в результате исследования особенностей эмоционального состояния подростков до реабилитации и после нее.
4. Обобщить результаты исследования, сформулировать выводы.

В ходе исследования были использованы такие **методы**, как:

- теоретические методы исследования: анализ научной литературы, систематизация и обобщение исследований, интерпретация эмпирических данных;

- эмпирические методы: тестирование;

- метод статистической обработки данных - критерий χ^2 - угловое преобразование Фишера.

В процессе диагностики были использованы следующие **методики**:

- методика экспресс-диагностики личностной склонности к снижению настроению (дистимии) В.В. Бойко;

- Опросник САН (самочувствие, активность, настроение), разработанный В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым;

- методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, разработанная Л.А. Курганским и Т.А. Немчиным.

В исследовании приняли участие 21 подросток, из них 9 юношей и 12 девушек, в возрасте 14-16 лет. Исследование проводилось на базе физкультурно-оздоровительного центра «Ты здоров».

Представленная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы и Приложений.

Глава 1. Анализ теоретических и эмпирических данных по проблеме исследования

1.1. Влияние хронических двигательных нарушений на психосоциальное развитие личности

Одной из важнейших граней проблемы интеграции является приспособление и адаптация детей с детским церебральным параличом к условиям жизни в обществе. Актуальность этого вопроса нарастает со временем, так как меняются методы подхода к людям, обладающим различной степенью инвалидности. Процесс адаптации детей с детским церебральным параличом на данный период времени активно подвергается изучению, именно этот процесс определяет результативность процесса коррекционных действий, которые разрабатывают специалисты, работающие с детьми-инвалидами.

Социально-бытовые проблемы включают в себя:

1. Сложности в исполнении функций самообслуживания:

- способность самостоятельно одеваться;
- прием пищи;
- соблюдение личной гигиены;
- самостоятельное передвижение;

2. Сложности в исполнении социальных ролей:

- сложности в социальной роли в семье;
- сложности социальных контактов;
- сложности в трудовой деятельности.

Потребности детей с детским церебральным параличом можно разделить на две категории: - общие потребности, то есть те, которые присущи всем людям и - особые, то есть те потребности, которые аналогичны людям с детским церебральным параличом или любой другой инвалидностью.

Наиболее распространенными из потребностей, которые присущи людям с ограниченными возможностями это:

- компенсация утраченных возможностей для осуществления различных видов деятельности;
- в передвижении;
- в общении;
- в свободном доступе к объектам социально-бытовой, культурной и др. сферы;
- в возможности получать знания;
- в трудоустройстве;
- в комфортных бытовых условиях;
- в социально-психологической адаптации;
- в материальной поддержке.

Восполнение данных потребностей – важное условие успешности всех объединяющих мероприятий в отношении детей с ДЦП. В социальном и психологическом плане ограничение возможностей ставит перед человеком множество проблем, поэтому важно особенно подчеркнуть социально-психологические аспекты лиц с ограниченными возможностями.

Инвалидность – это отличительная сторона развития и состояния личности, которая сопровождается сложностями жизнедеятельности в различных сферах жизни.

Из-за этих особенностей люди с ограниченными возможностями становятся определенной социально-демографической группой. У них не очень высокий уровень дохода, невысока вероятность получения образования (по статистике, среди молодых людей с инвалидностью много лиц с неполным средним и мало с общим средним и высшим образованием). Возрастают сложности содействия данной группы людей в различных видах производственной деятельности, небольшое количество людей с инвалидностью занято трудовой деятельностью. Создают семьи буквально единицы. Многие люди, принадлежащие данной группе, теряют интерес к

жизни, теряют способность и желание заниматься общественной деятельностью [22].

Рассмотрим психологические проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья.

За взаимоотношения здоровых людей и людей-инвалидов должны нести ответственность обе стороны взаимодействия. По этой причине нужно выделить, что люди с ДЦП в этих взаимоотношениях занимают не совсем приемлемую позицию. Многие из них не обладают социальными навыками, умением выразить себя в общении с коллегами, знакомыми, администрацией, работодателями.

Люди с ограниченными возможностями часто не могут понять нюансы человеческих взаимоотношений, воспринимают других людей не совсем адекватно, подвергают оценке их на основании только определенных моральных качеств - доброты, отзывчивости и т.п. Не совсем гармонично складываются и взаимоотношения между инвалидами. Принадлежность к группе людей с детским церебральным параличом совсем не значит то, что остальные члены данной группы будут настроены к нему определенным образом. Судя по опыту работы общественных организаций можно понять, что люди с ДЦП желают интегрироваться с людьми, которые имеют схожие заболевания.

Важнейшим из основных показателей социально-психологического приспособления людей с детским церебральным параличом является то, насколько они ценят собственную жизнь. Часть людей с инвалидностью (была проведена процедура социологических исследований) оценивают уровень своей жизни как далекий от удовлетворительного (чаще всего это инвалиды 1 группы). Примерно треть людей с инвалидностью (в основном 2-ой и 3-ей групп) утверждают, что их жизнь соответствует норме.

Если разобраться, то понятие “удовлетворённость-неудовлетворённость жизнью” чаще всего сводится к плохому или стабильному материальному положению семьи. Чем ниже доходы семьи, в

которой проживает человек с инвалидностью, тем пессимистичнее он смотрит на окружающий мир в целом и на свое будущее. Главным фактором взгляда на свою жизнь является самостоятельная оценка человека состояния здоровья своего организма. Анализ исследований показал, что среди лиц, которые определяют уровень своей жизни как низкий, всего 3,8 % оценили свой уровень состояния как хороший [19, 14].

Достаточно важной частью психологического состояния лиц с инвалидностью является их самовосприятие. Только каждый десятый человек с заболеванием определяет себя как счастливого человека. Треть инвалидов считает себя пассивными. Каждый шестой признает себя не очень общительным. Четверть инвалидов считают себя пессимистично настроенными. Данные психологических характеристик людей с ограниченными возможностями существенно разнятся в группах, имеющих разные доходы. Количество счастливых, доброжелательных, энергичных, коммуникабельных людей больше среди тех семей, чей бюджет стабилен, а число несчастных, грубых, малоэнергичных, необщительных детей больше среди тех семей, которые испытывают нужду в чем-либо. Аналогична психологическая оценка уровня тяжести заболевания людей-инвалидов. Проведенные ранее психологические эксперименты, проводящиеся по индивидуальной методике, это подтверждают. Был проведен ряд более глубоких индивидуально-психологических экспериментов, которые выявляют сложности в психологической адаптации, чувство ущербности, серьезные сложности в межличностных контактах у инвалидов 3 группы. Также отмечена разница в самооценке мужчин и женщин: успешными людьми себя считают 7,4% мужчин 14,3% женщин, доброжелательными соответственно 38,4% и 62,8%, счастливыми и энергичными – 18,8% и 21,2%, что указывает на то, что девочки лучше приспосабливаются к заболеванию.

Снижение морально-психологического здоровья лиц с инвалидностью объясняется также сложными экономическими и политическими установками в нашей стране. Как и все люди, люди с ограниченными

возможностями испытывают страх перед будущим, тревогу и неуверенность в том, что будет завтра, испытывают напряжённость и дискомфорт. Общая обеспокоенность принимает формы, характерные для сегодняшних политико-экономических и социально-психологических установок. Вместе с материальным неблагополучием это может привести к тому, что небольшие сложности подвергают этих людей панике и вызывают очень сильный стресс.

Таким образом, можно утверждать, что на данный период времени процесс социально-психологической адаптации инвалидов переживает период застоя, поскольку:

- люди с инвалидностью мало удовлетворены своей жизнью (причём, по результатам наблюдений московских и ярославских специалистов, этот показатель имеет отрицательную динамику);
- самооценка также имеет отрицательную динамику;
- серьезные сложности возникают у людей с инвалидностью в области взаимоотношений с окружающей средой;
- Эмоциональное состояние нестабильное, включает в себя пессимистичный настрой, тревожность, жалость к себе.

Самая неблагополучная в социально-психологическом смысле группа, где выявляется комбинация различных неблагоприятных показателей (низкая самооценка, настороженность к окружающим, неудовлетворённость жизнью и.т.п.). Этой группе принадлежат семьи с неблагоприятным финансовым положением и жилищными условиями, инвалиды из детских домов, инвалиды 3 группы [3].

1.2. Детский церебральный паралич. Формы, причины, стадии

ДЦП - органическое поражение мозга, которое возникает в период внутриутробного развития ребенка, в процессе рождения или в период первых дней жизни, которому сопутствуют особенности психического, моторного или речевого развития. Расстройства двигательного аппарата

наблюдаются у 100% детей, речевого аппарата - у 75% и психические у 50% детей.

Моторные изменения наблюдаются в виде ослаблений, неподвижности конечностей. Самые серьезные и тяжело поддающиеся изменениям сложности в координации тонуса, которые проявляются по типу, негибкости, спастичности, пониженном кровяном давлении, частым спазмическим сокращением мышц. Сложности координации тонуса прочно переплетаются с отставанием патологических возбудительных рефлексов и некомплектностью цепных рефлексов, которые помогают выводить сустав в нужную форму. Именно из-за дезорганизации в мышцах, суставах и скелете формируются изменения, переходящие в деформации и контрактуры.

Неблагоприятные особенности подачи звуков, грамматики, фонетики и лексики, характерны при нарушениях речевого аппарата. Расстройства психического спектра могут сопровождаться умственной отсталостью различной степени тяжести или легкой задержкой психического развития. Помимо этого изменения и нарушения могут возникнуть в слуховой и зрительной зоне. Может быть подвержен человек эпилептическим припадкам, проблемам в сосудистой и вегетативной системе.

Степень серьезности нарушений в работе моторного, психического и речевого аппарата имеет широкую амплитуду. От минимальных значений до самых высоких показателей.

Под серьезной угрозой находятся большие полушария мозга, отвечающие за речь и координирующие непринужденные движения.

Основная извилина, отвечающая за картину проекций участков нашего тела, находится в лобных долях коры головного мозга. Это ключевое место расположения центра произвольных движений. В отделах, находящихся в задней части коры, находится экстрапирамидная система. В основной ключевой извилине берет начало путь в виде треугольника, ведет он к части головного мозга, расположенной между спинным мозгом и полушариями большого мозга, и ведет по направлению к спинному мозгу. Реакции

произвольного движения восходят по этому пути треугольника. Совокупность структур головного мозга поддерживает автономную координацию процесса движения, помогает основной мышечной активности, распределяет нагрузку при движении, поддерживает нужную позицию тела.

Центр движения глаза находится в средней лобной извилине, который руководит содействием глазных яблок и головы при повороте, в формировании ориентировочного рефлекса, что особенно важно.

Центры праксиса находятся в теменной доле. Праксис - это адекватно координированное действие, сопровождающееся развернутым контролем, которое может нарушаться при поражениях головного мозга различной локализации. Праксис - наивысшее проявление функций движения, которые свойственны человеку.

С частями нервной системы мозжечок связан тремя парами ответвлений, они содержат в себе проводящие пути. Мозжечок координирует правильность и цельность движений, руководит деятельностью мышц, контролирует тонус мышц, содействует равновесию. Вестибулярный аппарат, кора головного мозга и мозжечок тесно связаны между собой. Кора головного мозга обеспечивает контроль, потому что в отдел коры головного мозга поступает и изучается основная информация, касающаяся органов чувств [21].

Используя данные К.А. Семеновой (1999), распространенность заболевания Детским церебральным параличом в России имела в 1962 г. - 0,4 на 1000 населения среди детей, в 1972 г. - 1,72, в 1982 г. - 5,6, а в 1992 г. - 9 на 1000 чел. детского населения.

Детский церебральный паралич упоминается в работах Гиппократ и К. Галена. Тем не менее, основоположником изучения церебральных параличей является ортопед - хирург Литтль (1862). Впоследствии, изученную и описанную им спастическую диплегию, называли заболеванием Литтля.

В России предпочитают использовать классификацию К.А. Семеновой (1978); которая выделяет следующие формы:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гиперкинетическая форма;
- гемипаретическая форма;
- атонически-астатическая форма .

Спастическая диплегия - одна из самых часто встречающихся форм детского церебрального паралича. Чаще всего это тетрапарез, но нижние конечности подвергаются изменениям больше, чем верхние конечности. Речевые и психические нарушения имеют более благоприятную форму в дальнейшем, чем в двигательном отношении. 20% детей, пораженных заболеванием, передвигаются самостоятельно, 50% - с поддержкой и имеют навыки самообслуживания.

Двойная гемиплегия - это полное поражение больших полушарий головного мозга, отсюда является самой тяжелой формой. Это также тетрапарез. Поражены и руки и ноги, но верхние конечности в подвержены изменениям в большей степени. Цепные рефлексы, направленные на выпрямление, могут не развиваться вообще. Моторные навыки нарушены системно. Возникают сложности в самостоятельном передвижении. Ребенок не может самостоятельно сидеть, стоять, не развиты функции рук. Умственная отсталость в 90% случаях, судорожные припадки в 60%. Ребенок не может самостоятельно обучаться, грубые речевые нарушения.

Психическое развитие, моторное и речевое имеет неблагоприятный исход.

Гиперкинетическая форма возникает при изменениях и нарушениях в подкорковых отделах мозга. Причиной этих нарушений является несовместимость матери и ребенка по резус-фактору.

Изменения в двигательном аппарате возникают непроизвольно, особенно усиливаясь при чрезмерном утомлении или волнении. Нарушена координация, отсутствуют навыки письменной и устной речи. В 20-25% серьезные нарушения органов слуха, в 10% подверженность судорожным

припадкам. Форма и интенсивность гиперкинезов предсказывает дальнейший прогноз заболевания.

Гемипаретическая форма - поражение частей тела с одной из сторон. Гемипарез левой стороны тела говорит о нарушениях в правополушарной части мозга, следовательно, гемипарез правой части тела - левополушарные изменения.

Моторное развитие, при благоприятном лечении имеет положительный исход. Дети передвигаются самостоятельно, однако успеваемость в обучении зависит от речевого и психического развития.

Атонически-астатическая форма - возникает при нарушениях работы мозжечка. Сложности в координации движений, слабый мышечный тонус, невозможность развития письма. Около 50% людей, страдающих этой формой детского церебрального паралича, подвержены заторможенности психического и речевого развития.

ЦНС плода особенно уязвима в первые 3-4 месяца беременности, тем не менее, существует около четырехсот факторов, опасных для центральной нервной системы развивающегося организма. Маточно-плацентарное кровообращение подвержено наибольшей опасности, что вызывает кислородное голодание развивающегося организма, вызывая гипоксию. Центральная нервная система не может развиваться в условиях кислородного голодания плода. Таково влияние внутриутробных факторов. При рождении нарушениями в развитии центральной нервной системы является удушье и как следствие проблемы с мозговым кровообращением. После рождения серьезной угрозой для центральной нервной системы являются нейроинфекции, такие как полиомиелит, менингит. Детский церебральный паралич может стать совокупностью заболеваний инфекционного характера, экологических, токсических, травматических, радиационных и других видов происхождения [17].

Параллельно идущие проблемы со здоровьем больного детским церебральным параличом:

1. Без формирования установочных рефлексов проявляются контрактуры и деформации костей ребенка. Так же нет возможности для формирования поясничного и шейного лордозов, в грудной части позвоночника не вовремя возникает ярко выраженный кифоз, что впоследствии приводит к кифосколиозу. В случае, если ребенок не учится самостоятельно стоять и ходить, нарушается работа мышц тазобедренных суставов, вертлужная впадина и головка бедра развиваются медленно и это становится причиной вывихов и подвывихов тазобедренных суставов. Так же, из-за нарушения баланса мышц голенистопа, формируются эквиноварусные и эквиновальгусные деформации свода стопы.

2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Количество ликвора сильно увеличивается при детском церебральном параличе, подвергается изменениям всасывание в желудочках головного мозга, изменяется внутричерепное кровяное давление, из-за этого клетки головного мозга и сосуды деформируются и сдавливаются, что приводит к различным вегетативным нарушениям.

3. Судорожный синдром - часто возникает при детском церебральном параличе и в ответ на внешние и внутренние раздражители развиваются повторно возникающие стереотипные кратковременные приступы с самыми различными клиническими проявлениями, обусловленные органическим поражением мозга.

4. Нарушение вегетативной нервной системы - пищеварительные расстройства, бессонница, повышенное потоотделение, нехватка воздуха, повышение температуры тела.

5. Нарушение слуха - При детском церебральном параличе из-за слабого развития или снижения двигательных функций имеет место ослабление деятельности анализатора слуха. Из-за этого происходит полная или частичная потеря слуха, чаще всего при наличии гиперкинезов. Особенно характерны снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные. Ребенок, который не слышит звуков

высокой частоты (т, к, с, п, э, ф, ш), затрудняется в их произношении и в речи пропускает их или заменяет другими звуками. Впоследствии у детей с подобными особенностями возникают сложности в освоении письма и речи.

6. Нарушения зрения - при детском церебральном параличе амплитуда развития зрительных нарушений носит широкий характер. Ребенок может родиться с косоглазием разной степени тяжести, с изменением глазного дна, с горизонтальным или вертикальным парезом взора.

7. Нарушения речи - при локальном поражении мозга головы, несвоевременности его созревания, рассинхронизацией деятельности правого и левого полушария головного мозга выделяются разнообразные сложности в формировании речи.

Дети, пораженные ДЦП, имеют сложности в функционировании артикуляционного аппарата и чаще всего фонетическое произношение звуков - звуки ребенок произносит неверно или придумывает и заменяет синонимами, и это ведет к искаженности речи и затруднению взаимодействия с ровесниками и взрослыми людьми. Сложности речевого аппарата повторно могут приводить к сложностям анализирования звукового соединения слова. Ребенок не может найти отличия в звуках на слух, воссоздать слоги, отделить фонемы в словах.

Словарный запас ребенка с детским церебральным параличом возрастает с небольшой скоростью, не дотягивает до нормы, у него с трудом получается понять абстрактные выражения, временные и пространственные промежутки не укладываются в мышлении, геометрические формы представляются со значительными сложностями.

В связи с нарушениями лексики недостаточно развивается грамматический строй речи. Нарушение фонетика - фонематического развития ограничивает накопление грамматических средств [18].

Клинические особенности речевых сложностей при детском церебральном параличе:

- дизартрия - сложности в воспроизведении звуков из-за патологической иннервации мышц, используемых в речи, поражения речедвигательных структур центральной нервной системы;

- алалия - отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе;

- дислексия, дисграфия - избирательное нарушение способности к овладению навыками чтения и письма при сохранении общей способности к обучению;

- неврозоподобные сложности речевых структур, по типу заикания, из-за нарушения речедвигательных механизмов [15];

- анартрия - утрата способности образовывать речевые звуки;

При дыхательных сложностях часто у детей возникают сложности в произношении и соединении звуков. Дети с ДЦП дышат аритмично и очень поверхностно, наиболее тяжелые нарушения в случае, если форма заболевания гиперкинетическая. Ребенок с трудом может контролировать дыхание. При детском церебральном параличе возникают параличи и парезы мышц нижней части лица. Это может быть язык, мягкое небо, губы, гортань. Помимо этого, сам голос ребенка очень слабый, несформированный и лишенный эмоциональной окраски.

Детский церебральный паралич препятствует овладению в полной мере чтению и письму. Возникающая дизартрия проявляется в изменениях интонации, темпа речи и ритма. Параллельно с дизартрией у ребенка высокие шансы развития других заболеваний, таких как дислексия и дисграфия. При этих заболеваниях ребенок не может полноценно соединять звуки для речи, очертания букв на листе размывается. Если ребенок начинает писать, то он может начать отзеркаливать одну и ту же букву, а так же с трудом соединять их в слова.

Зрение и навыки письма нарушаются вследствие того, что возникают зрительные и познавательные расстройства. Возникает спастика в области

кистей рук, глаз. Поля зрения становятся значительно уже. Синхронность движений, речи и зрения подвергнута так же серьезным нарушениям.

Речевые нарушения выделяются в форме поражений подкорковых узлов и их нервных связей, поражений мозжечковых структур, органического повреждения мозга вследствие инфекционных заболеваний, родовых травм, опухолей [16].

8. Двигательные нарушения

Тонус мышц при детском церебральном параличе патологически перераспределяется, что влечет за собой утрату силы мышц и нарушение взаимосвязи между мышцами-синергистами и мышцами-агонистами

Мышцы можно разделить на два вида: тонические – мышцы, которые поддерживают положение позиции, а так же физические – мышцы, которые помогают передавать движение в динамическом ритме. Особенности функций мышечной системы формируются благодаря двигательным единицам. Если количество быстрых единиц преобладает, то обеспечиваются динамические движения, например, для двуглавой и трехглавой мышц характерна высокая утомляемость и высокая скорость расслабления. Мышцы, которые преимущественно состоят из медленных единиц, напротив – характеризуются продолжительным напряжением в статике. Усилие, с помощью которого развивается мышца, совсем невысокое, но может поддерживаться длительное время, но и расслабляется медленнее. Основная часть мышц работает как в статических, так и в динамических условиях.

При перераспределении тонуса, мышцы, имеющие слабый тонус начинают удлиняться, а мышцы с высоким тонусом напротив – укорачиваются. Связи между антагонистами, синергистами и агонистами нарушаются.

Мышечный корсет начинает работать несинхронно, неритмично, из-за чего движения неуклюжие, тягостные и непростые.

Повышение тонуса отдельных мышц вызывает формирование порочной позы.

Плечи ребенка начинают сводиться из-за изменений тонуса большой грудной мышцы; часть сверху трапецевидной мышцы вызывает поднятие надплечий. Повышенный тонус двуглавой мышцы плеча напрямую связан со сгибаниями в плечевом и локтевом суставах. При напряжении поясничной части мышечного корсета, сигнал переходит к сгибанию бедра и туловища. А если это икроножная мышца, то сигнал к сгибанию голени (эквинус).

При ослаблении средней и задней части дельтовидной мышцы создается препятствие для сгибания плеча и отведения его в сторону. Если мышцы-разгибатели спины слабые, располагающиеся в грудном отделе позвоночника, то происходят изменения и нарушения осанки. Если не уделено должное внимание мышцам пресса, то возникают грыжи различного типа или выпячивается живот.

Если становятся слабыми нижние стабилизаторы лопатки, то это может стать проблемой для движения рук.

Из-за того, что отсутствует опора конечностей на лопатки, лопатки уходят вверх и наружу, напоминают крылья. Стабилизируют таз средняя и малая мышцы ягодич. Когда ослабляются мышечные ягодичы, тазобедренные мышцы начинают раскачиваться из стороны в сторону. Если возникли сложности с мышцами поперечного и продольного свода стопы, то формируется плоскостопие, деформация стопы. Опора, чаще всего, приходится на переднюю часть стопы и из-за этого нарушается устойчивость походки. Толчки практически не наблюдаются из-за чего связки свода стопы растягиваются [8, 13].

Множество ортопедических трудностей возникает у ребенка, если работа мышечной системы долгое время искажена. Начинают развиваться определенные деформации и контрактуры, которые приводят к нарушениям костно-мышечной системы.

Страдают стопы, тазобедренные суставы, грудной отдел. Формируются вывихи, подвывихи бедра, положения стоп становятся эквиноварусными, эквиновальгусными, плосковальгусными и пр.

При детском церебральном параличе центры регуляции мышечного тонуса головного мозга могут быть сильно нарушены.

Существуют различные типы нарушений регуляции:

- спастичность – тонус мышц значительно увеличен; свойственно для спастической диплегии, двойной гемиплегии, гемипаретической формы;
- ригидности - серьезное увеличение тонуса мышц при двойной гемиплегии;
- гипотонии – уменьшение тонуса мышц; выявляется при атонически-астатической форме;
- мышечной дистонии – поочередный тонус; свойственно для гиперкинетической формы [1].

Тонические рефлексы оказывают влияние на уровень повышения или уменьшения тонуса в мышечных системах у детей с детским церебральным параличом. Если комплексно подходить к лечению и совмещать лечебные процедуры вместе с формированием структуры головного мозга, то тонус мышц можно нормализовать. Помимо сложностей с тонусом мышц, существует так же патологическая синергия, характеризуется она тем, что мышцы включаются в одно и то же движение или позу. Т.е в совокупности, мышц в тонусе прикрепляются к другим мышцам в тонусе, тем самым формируя патологическую синергию и как следствие неправильную позу.

К примеру, тонус большой грудной мышцы может значительно повыситься при измененном положении головы, а положение головы меняется при симметричном шейном тоническом рефлексе (СШТР). Все перечисленное создает предпосылки для нарушения работы верхней части тела и нижней.

Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича характеризуется резкими произвольными движениями, которые усиливаются при эмоциональных всплесках, сильной усталости, нервной обстановке. И затихают во время сна или в спокойном состоянии.

Гиперкинетические установки проявляются в мышцах как лицевых (вплоть до языка и шеи), так и в мышцах конечностей, туловища.

У гиперкинезов есть несколько видов: хорей, атетоз, двойной атетоз (хореоатетоз), торсионная дистония.

Хореиформный гиперкинез – характеризуется резкими и размахистыми движениями различных частей тела. Могут быть задействованы руки, лицо, артикуляционная маскалтура. Этот вид создает преграду для развития манипулятивной функции рук, речи, письма.

Атетоидный гиперкинез – медленные волнообразные движения в отдаленных частях конечностей.

Хореоатетоз - двойной атетоз, т.е. хореоатетоидные движения мышц лица и конечностей с обеих сторон.

Торсионная дистония – тонус мышц, из-за которого возникают движения закрутки.

Атонически-астатическая форма, если в отделе мозга страдает мозжечок, то может возникнуть тремор пальцев рук и языка. Существенным изменениям может поддаться координация движений как в статическом режиме, так и в динамическом.

Любая из форм ДЦП характеризуется нарушениями проприоцептивной регуляции. Проприоцепторы располагаются в мышцах, тканях, сухожилиях. Их задача – передать сигнал ЦНС для того, чтобы сообщить в каком положении находится тело и как работают мышечный корсет, тем самым развивая суставно-мышечное чувство [30].

Сложности в проприоцептивной регуляции серьезно осложняют работу условно-рефлекторных связей. Дети с параличом не чувствуют своего тела в пространстве, движения однородные, монотипные, координация тела и ориентация в пространстве формируются с большим трудом. Пространственные направления так же не усваиваются.

При детском церебральном параличе мышцы имеют свойство деформироваться, что приводит положение тела человека к неправильным

позам. Так, например, при гемипаретической форме детского церебрального паралича, ребенок преимущественно перекачивается на носок. При данном случае стопе практически невозможно разогнуться, тело отходит назад, а таз переходит на переднюю сторону, тем самым тянется к деформированной ноге. С этой же стороны мышцы пресса и ягодиц находятся в состоянии расслабления, тонус мышц понижен. Из-за следующих деформаций велика вероятность развития сколиоза и прочих нарушений осанки.

Спастическая и двойная диплегия выражается согнутостью коленного, голеностопного и тазобедренного суставов. Эквинусная установка стоп влияет на положение тела в пространстве, тело наклонено вперед под определенным углом. Если туловище не изменяет своего положения, то в целях компенсации начинаются сгибаться ноги, что приводит к сохранению равновесия. В итоге, изменения в области одной части тела приводят к компенсации с помощью других частей тела, приспособлению в другой. Изменения при заболевании настолько разнообразны, что становятся индивидуальными особенностями детей, пораженных ДЦП [2].

1.3. Психологическая характеристика детей с детским церебральным параличом

Дети с ДЦП имеют определенного рода психические отклонения, свойственные этому заболеванию. Структура этого заболевания имеет специфическую природу, поэтому о характере заболевания можно говорить только узнав степень поражения головного мозга.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. Из-за задерживающегося развития происходят сбои в работе познавательной деятельности. Между психическими нарушениями и нарушениями функций движения нет зависимости. При наиболее тяжелых расстройствах движения могут возникнуть незначительные психические отклонения в развитии, так же как и

при серьезных нарушениях психической деятельности незначительные нарушения двигательной системы. Дети с ДЦП отличаются определенными нарушениями в психике, происходит это из-за очаговых поражений в головном мозге на ранних этапах созревания организма. Ключевую роль в происхождении нарушений психического развития имеют ограничения в социальной деятельности, воспитательной и образовательной.

Дети с детским церебральным параличом имеют нарушения не только в познавательной сфере деятельности. Серьезные изменения возникают также в эмоционально-волевой сфере [26].

Существуют определенные особенности характерные для развития познавательной деятельности детей с детским церебральным параличом. Ими являются:

1. Дисгармоничный характер, функции психики нарушены неравномерно. Происходит это по причине мозаичного и хаотичного поражения головного мозга, которое возникает на первых стадиях детского церебрального паралича.

2. Выраженность астенических проявлений – происходит по причине органических повреждений ЦНС. Отсюда возникает истощаемость психики, угнетение нервных процессов, утомляемость.

3. Малое количество знаний и представлений о мире, который его окружает. Дети с данным заболеванием имеют ограниченный запас знаний об окружающем мире. По этой причине, чаще всего, они пользуются знаниями, полученными на практике. Это может происходить из-за следующих особенностей образа жизни ребенка:

- Длительное отсутствие контакта со сверстниками, изоляция в связи с долгосрочной обездвиженностью ребенка.

- Сложности в сенсомоторных навыках, а следовательно затруднения в понимании предметного и социального мира. Ограниченный запас знаний о мире.

Детский церебральный паралич осложняет координацию работы различных систем-анализаторов. Патологии деятельности слуховых анализаторов, зрительных, моторно-двигательных, влияют на формирование знаний о мире в целом, возникают сложности в интеллектуальной деятельности ребенка с заболеванием [26].

При всех формах детского церебрального паралича ослабевает тактильно-мышечное чувство. Происходит нарушение и глубокая задержка кинестетического анализатора, отвечающего за нахождение тела в пространстве. С закрытыми глазами дети не могут уловить положение тела в пространстве, им сложно понять структуру предмета, ощупывая его. У многих детей выражен астереогноз – нейрофизиологическое нарушение процесса идентификации предмета с закрытыми глазами при сохранении возможности узнавания его при зрительном контакте. При астереогнозе сложность распознавания возникает либо при ощупывании одной рукой (чаще всего правой), либо сразу обеими. При этом могут наблюдаться трудности как в узнавании свойств предмета (гладкость, шероховатость и так далее), так и в объединении признаков в одно целое [12].

Расстройства чувственного познания предметов у больных детей связаны с недостаточной координацией слухового, зрительного, кинестетического и прочих анализаторов. При нормальных условиях тактильное восприятие совершенствуется у ребенка поэтапно. Дотрагиваясь до различных частей тела совместно с движениями и зрением, ребенок развивает чувственное и зрительное восприятие своего тела. Это помогает почувствовать себя полноценным законченным объектом. Далее развивается пространственная ориентация. Дети с детским церебральным параличом страдают от нарушения восприятия мира и себя, как части этого мир [10].

Познавательная деятельность детей с ДЦП зависит от сформированности высших функций корковых отделов.

Чаще всего страдают отдельные корковые функции т.е. характерна частичность их нарушений. Пространственные и временные представления недостаточны, это выделяется прежде всего.

Дети с заболеванием с трудом могут представить карту своего тела. Также и представления о ведущих частях тела формируются позже, чем у их сверстников. Дети затрудняются в ориентировании как по своей схеме тела, так и по схеме тела сверстников. Возникают сложности в разграничении правой и левой стороны тела. С трудом усваиваются пространственные векторы (вперед, назад, вверх, вниз). Возникают сложности в определении удаленности пространства, детям сложно понять что значит близко или далеко. Сложности вызывают также пространственные предлоги. Распознавание формы и величины предметов для дошкольников является сложной задачей.

Основная масса детей испытывает сложности в определении пространственных взаимоотношений предметов. Сложности в восприятии единства образа предметов. Часто встречаются зрительно-пространственные изменения. При этих изменениях детям сложно воспроизводить геометрические фигуры, читать с выражением, делать записи. Часто выделяется небольшое количество фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У основной массы можно выделить сложности в построении мыслительных процессов. У части детей развиваются в основном наглядно-действенная форма мышления, у других — наоборот, возникают сложности при наглядной форме мышления и набирает обороты словесно-логическая [7, 6].

Для развития психики при детском церебральном параличе имеет место усиление психоорганических особенностей – медлительность, истощаемость нервных процессов. Выделяются сложности переключения внимания на иные виды деятельности, сложности в сосредоточении, медленное восприятие, механическая память уменьшается в объемах. Основная масса детей

характеризуется невысоким познавательным стремлением, что прослеживается в невысокой потребности изучать новые задачи, низкой концентрации внимания, низкой переключаемостью процессов психики. Малоэнергичная деятельность мозга частично переплетается с церебрастеническим синдромом, который отличается быстро нарастающей усталостью при решении заданий на мышление. Максимально четко он показывает себя в школьный период при различных мыслительных формах деятельности. Во время этого осложняется чаще всего целенаправленная деятельность.

По качеству и уровню мышления дети с ДЦП могут быть различны: некоторые дети имеют близкий к норме уровень интеллекта, у других выделяется серьезная задержка развития психики, еще часть детей имеют выраженную умственную отсталость. Дети, которые вовсе не имеют отклонений в развитии встречаются достаточно редко. Задержка развития психики влияет на формирование познавательных процессов, влиять на задержку может как очаговое поражение мозга, так и определенные жизненные условия.

Они без труда применяют поддержку старшего во время обучения, у детей также полноценное, но немного заторможенное овладение новым материалом. Если проводить коррекцию в обучении грамотно, то ребенок с заболеванием вполне может догнать по уровню умственного развития сверстника [24].

У умственно отсталых детей сложности в формировании функций психики чаще всего имеют всеобъемлющий характер. На передний план выходит малое количество высших форм познавательной деятельности – абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего, гностических функций. Сложная форма при отсталости умственного развития превалирует при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах детского церебрального паралича.

Необходимо с осторожностью давать оценку сложности поражения моторной, речевой и особенно сфере психического развития в первые несколько лет жизни ребенка с моторно-двигательными сложностями развития. Грубые нарушения моторно-двигательной части и расстройства речи могут прятать вероятные способности ребенка с заболеванием.

Череда сложностей познавательной системы свойственна для некоторых клинических форм заболевания. При спастической диплегии мы можем наблюдать уровень среднего формирования словесно-логического мышления при серьезном недостатке пространственного гнозиса и праксиса.

Дети с церебральным параличом не испытывают сложностей в решении заданий, при которых задействована роль логического мышления. В тот же момент они сильно затрудняются при решении заданий на пространственную направленность, испытывают сложности в верном повторении конфигурации элемента, зачастую зеркально переносят на бумагу асимметричные элементы, испытывают сложности в освоении структуры тела. У детей с данным заболеванием зачастую можно встретить сложности при подсчете, проявляющиеся в сложностях всеобъемлющего понимания величины, сравнения целостного, освоения структуры числовых конфигураций, понимание разряда числовых форм и освоения знаков счисления. Нужно выделить то, что конкретные очаговые изменения высших корковых функций - пространственного гнозиса и праксиса, функции счета - наблюдаются при различных формах детского церебрального паралича, однако, можно с точностью сказать, что эти осложнения, в основном, выделяются при спастической диплегии.

Для детей с ДЦП свойственны различные нарушения эмоциональной и волевой сферы отображаются как повышенный уровень эмоциональности, агрессивности, сложностях в координации движений, у некоторых – в как заторможенное восприятие действительности, чрезмерной скромности, неуверенности в своих силах. Глубокие перепады настроения зачастую совмещаются с медлительностью эмоциональных отзывов. Таким образом,

при резком эмоциональном возбуждении, ребенок не способен держать себя в руках. Высокая эмоциональная реактивность часто совмещается со слезливостью, агрессивностью, закатыванием истерик, реакцией протеста, которые берут силу в непривычном для ребенка окружении и при упадке сил. Бывают случаи, когда выделяется настроение, при котором ребенок счастлив, с удовольствием делает что-то интересное и увлекательное. Сложности в поведении наблюдаются почти постоянно и их можно наблюдать как моторную расторможенность, вспышки агрессии, протестующим отношением к окружающим. У определенного количества детей есть шанс увидеть апатичное и полное безразличия состояния, отсутствие желания контактировать с окружающими. Нужно выделить, что сложности в действиях ребенка и характере формируются не у каждого ребенка с ДЦП; дети, чей интеллект сохранился, страдают этим намного реже, чем дети с умственной отсталостью [24, 20].

Дети с ДЦП характеризуются нарушениями в развитии личности. Сложности в структурировании характера личности при детском церебральном параличе переплетаются с работой большого количества факторов (биосоциальных, психологических). Кроме этого реакции на полное понимание природы своей неполноценности, неадекватное воспитание ребенка с особенностями и социальной депривации. Сильное влияние на человека оказывает его недостаток физической природы, на его восприятия действительности, и следствием этого является искажение ведущей деятельности и взаимодействия с другими людьми. Дети с детским церебральным параличом имеют следующие сложности в развитии: отсутствие мотивации к деятельности, которая интересует, повышенная тревожность, сложности в социальных взаимодействиях. Если человек, воспитывающий ребенка с ДЦП, проявляет много жалости и внимания к нарушениям в развитии, ребенок имеет вышеперечисленные особенности (отсутствие мотивации, тревожность и пр.). Высокие показатели навыков развития интеллекта у детей с детским церебральным параличом зачастую

совмещается с дефицитом уверенности в своих силах, зависимости, с высокой гипнабельностью. Индивидуальные сложности в понимании мира отображаются в наивности рассуждений, в непонимании о том как вести быт. Часто у детей с заболеванием формируются суждения о том, что работа не представляет ценности, это влияет на слабое формирование практических навыков. Явные сложности социального приспособления провоцируют наличие следующих особенностей характера: боязливость, малодушие, бесхарактерность, робость. Эти черты характера так же идут в сочетании с восприимчивостью, чувствительностью, обидчивостью.

Таким образом, развитие психики ребенка с ДЦП выражается сложностями в развитии познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Для коррекционных педагогов, работающих с детьми ДЦП, важно предупредить и уметь корректировать нарушения в психике ребенка. Только после комплексного обследования можно составить индивидуальную программу для ребенка [19].

1.4. Использование современных технологий в комплексной реабилитации

В современности используется огромное количество способов для помощи в реабилитации детям с ДЦП, но прежде всего нужно выделить те средства, которые основываются на параллельном воздействии на механизмы с патологией, тем самым оказывая комплексную помощь организму.

На данный период времени можно рассмотреть огромное количество средств помощи в реабилитации детей с детским церебральным параличом, но все же следует выделить технологии, основанные на синхронном реабилитационном воздействии на различные патогенетические механизмы.

Приемы в диспансере помогают отслеживать и корректировать с помощью лечебной физкультуры некоторые деформации у детей, пораженных церебральным параличом [3].

Подвесные системы

В физической реабилитации пациентов с церебральным параличом используются также подвесные системы: «Экзарта», «Угуль». Метод заключается в выполнении упражнений с подвешиванием всего тела пациента или отдельных конечностей на тросах, петлях и подвесах, что позволяет уменьшить влияние гравитации на движения, а также включить в работу глубокие мышцы корпуса и добиться устранения дисбаланса в группах глубоких и поверхностных мышц. Использование подвесных систем предполагает активное выполнение физических упражнений в правильно заданном с помощью подвесов положении тела, то есть позволяет тренировать функциональные движения. Некоторые упражнения могут быть представлены для детей с игровой мотивацией – например, «раскачивание на качелях», когда ребенок должен сам оттолкнуться ногой, чтобы началось движение, что побуждает его к целенаправленным движениям. С помощью подвесов можно задать позу на четырех опорах и тренировать ребенка удерживать в ней вес тела, если самостоятельно он так не стоит. Это облегчает работу инструктора и освобождает ему руки для игры с ребенком, стимуляции его к выполнению движений руками и ногами, в то время как положение корпуса контролируется подвесом.

Тренажер Гросса – антигравитационная подвесная система, предназначенная для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. С помощью тренажера ребенок учится самостоятельно ходить и выполнять различные упражнения.

С помощью антигравитационной подвесной системы разрабатываются различные варианты нагрузок различной степени сложности, совмещенные со страховкой, которая очень важна при реабилитации и первых самостоятельных шагах человека, пораженного ДЦП.

Тренажер Гросса работает по принципу вертикализации ребенка. При спортивных упражнениях, бытовых действиях, тренажер поддерживает верное положение тела и тем самым снимает нагрузку с опорно-

двигательного аппарата, помогает преодолеть и побороть чувства страха, и, что очень важно для детей с детским церебральным параличом, формирует навык ориентации в пространстве.

Благодаря антигравитационной подвесной системе восстанавливается подвижность конечностей людей с детским церебральным параличом.

Этот тренажер так же можно использовать и в бассейне, что позволит прибегать к новым методикам и упражнениям.

Антигравитационная подвесная система рассчитана на обучение свободным движениям в статическом режиме и на решение определенных задач: умение управлять и контролировать мышцы при гиперкинезах и гипертонусе; умение обеспечить суставам ту норму движения, которая положена; помогать рефлексам и навыкам развиваться самостоятельно, к примеру, сидеть или приседать.

Система содействует развитию моторных навыков и способности находить опору, благодаря упражнениям. Тем самым приводит в активность мышечный корсет и подвижность суставов. Тренажер обеспечивает помощь в восстановлении больных детским церебральным параличом во время реабилитации и на протяжении жизни в целом.

Чтобы схема движения формировалась так, как нужно здоровому человеку и не формировались порочные позы, очень важна естественная и координированная работа всей опорно-двигательной системы, чтобы ребенок осваивал основы для верного движения в будущем.

Для детей, осваивающих тренажер Гросса, доступны любые разминки и виды спорта. Роликовые коньки, степ, шведская стенка вполне совместимы с подвесной системой, а дети с патологией двигательного аппарата имеют возможность одновременно преодолевать страх перед падением и развивать суставную подвижность.

Подбирается определенный комплекс упражнений, который реализуется благодаря этой антигравитационной подвесной системе. Моторные навыки развиваются активнее, благодаря упражнениям, которые

возможно выполнять на тренажере, так как происходит стимуляция мышц и активизируется подвижность суставов, за счет чего они становятся более гибкими и эластичными.

Бобат-терапия - современная концепция, ориентированная на оценку состояния и лечение пациентов с функциональными двигательными расстройствами и нарушениями постурального контроля вследствие поражения центральной нервной системы. Этот подход используют при терапии пациентов любого возраста и любой степени ограничения физической и функциональной активности. Теоретическое обоснование метода основано на способности мозга к пластической адаптации (нейропластичности) в меняющихся условиях внешней среды, побуждающих к совершенствованию двигательного поведения. Концепция рассматривает возможности пластичности мозга как основу для развития, обучения и восстановления нервной и мышечной систем. Терапия направлена на максимальное повышение эффективности движения в рамках возможностей пациента, а не на восстановление движения до уровня нормального. При этом предполагается, что раннее начало терапии уменьшит вторичную дегенерацию нейронов коры, связанную с нарушением аксональных проекций клеток мозга, погибших в результате первичного повреждения, и таким образом обеспечит больше возможностей для восстановления функций. В концепции Бобат существуют три базовых принципа терапевтического воздействия. Это ингибция, или торможение патологических движений, положений тела и рефлексов, которые препятствуют развитию нормальных движений; фасилитация, или усиление правильных (нормальных) движений и положений тела; стимуляция с помощью тактильных и кинестетических стимулов, необходимая для ощущения ребенком правильных движений и положения тела в пространстве. Бобат-терапевты оценивают пациента, выделяют недостающие и патологические движения или элементы движений и выбирают такие приемы, которые позволяют пациенту почувствовать нормальное движение и достичь желаемого результата. Терапевтические

приемы – это позиционирование (когда физический терапевт помещает пациента в определенные позы) и техники ручного обращения (когда терапевт своими руками удерживает пациента, распределяет его вес, перемещает его, то есть использует ингибицию, фасилитацию и стимуляцию для движения).

Войта-терапия – метод нейроразвивающей терапии предложен в 60-е годы прошлого века чешским профессором медицины Вацлавом Войта. Суть метода заключается в вызывании рефлекторных двигательных актов (так называемых рефлексолокомоций) путем стимуляции определенных кожных зон с одновременным приложением строго ориентированного вектора давления. Считается, что это позволяет предупредить появление патологических движений, характерных для ДЦП, и стимулировать выработку правильных, физиологических паттернов движения – переворота и ползания. В процессе Войта-терапии терапевт оказывает целенаправленное давление на определенные зоны тела человека, который находится в исходном положении лежа на животе, спине или на боку. Поза ребенка ограничивается таким образом, что эти раздражения рефлекторно вызывают один из двух комплексов: рефлекторное ползание на животе или рефлекторное переворачивание из положения лежа на спине или на боку через положение на животе в положение стоя на четвереньках. Рефлексолокомоции являются исключительно рефлекторными двигательными актами, они не целенаправлены и не осознанны. Это не функциональные движения, которые индивид может использовать в соответствии с определенным замыслом. Однако, согласно теории профессора Войты, закрепленные на рефлекторном уровне, они могут использоваться ЦНС в качестве таковых, приводя к появлению спонтанной двигательной активности в виде выработанного движения и улучшению эргономичности движения в целом. Основная задача методики – формирование двигательных навыков, соответствующих возрасту ребенка. Однако данные исследований в отношении эффективности методики

профессора Войты противоречивы, доказательств положительного влияния на улучшение моторных функций недостаточно – возможно, в связи с методологическими трудностями проведения подобных исследований. Приверженцы классической физической терапии относятся к методике профессора Войты с осторожностью, поскольку участие ребенка в ней пассивное, обучения целенаправленным движениям как таковым не ведется. С другой стороны, если ребенок не совершает активных целенаправленных движений из-за тяжести двигательных нарушений, рефлексорные движения представляются хорошей альтернативой неподвижному лежанию в патологической позе или полностью пассивной суставной гимнастике.

Значительный реабилитационный прогресс показал метод динамической проприоцептивной коррекции с помощью лечебного костюма «Адели», который был предложен в 1993 году профессором К.А. Семеновой.

Функции мозга, подвергнувшиеся изменениям, восстанавливаются благодаря воздействию на антигравитационную систему специальных тяг лечебного костюма, с помощью того, что направляет поток импульсаций, который поступает от суставов, связок и мышц, что и оказывает восстанавливающее действие на центральную нервную систему, которое контролирует речь и движение.

Лечебный костюм (ЛК) «Адели» образует аутентичную систему фиксаторов и амортизаторов, которые закрепляются к специальной одежде, состоящей из шапочки, курточки, шорт, наколенников и ботинок. Тяга под определенной силой амортизаторов позволяет убрать порочные позы частей тела, привести в норму тонус мышц за счет растягивания мышц в спастике и создания облегчающих условий для их антагонистов. Формируя верные взаимоотношения между частями тела, и убирая порочные позы, костюм содействует формированию верной карты взаиморасположения частей тела и схемы движений, что является главным условием для развития моторных навыков [28].

Лечебный костюм «Адели» выступает как тренажер с серьезной нагрузкой на мышцы и суставы, так и как мягкое ортопедическое средство. Это позволяет корректировать и усиливать во множество раз проприоцептивную импульсацию в кору и подкорку головного мозга, и тем самым приводить в норму функции, которые отвечают за моторные навыки.

Если рассматривать лечебный костюм как ортопедическое средство, то оно способствует коррекции правильной позиции тела и выведению нижних конечностей и суставов, тем самым исполняя роль эластичного каркаса, который фиксирует положение тела.

Лечебный костюм помогает преодолеть патологические установки тела, в том числе неверные сгибательные установки в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах.

Если рассматривать костюм с точки зрения нагрузочного средства, то можно выявить устранение патологических рефлексов и строго дозированную нагрузку на определенные группы мышц, делая более концентрированными и полезными упражнения гимнастического характера.

Благодаря тому, что на мышцы и суставы приходится серьезная нагрузка, тем самым мягко растягивая и фиксируя их, лечебный костюм оказывает сильное значительное проприоцептивное влияние на ЦНС, которая получает сильнейший импульс о приобретении верных навыков ходьбы, движения и возможности делать верные физические упражнения (нормализации кинетики и статики). При данном развитии событий, гиперкинезы и тонус значительно уменьшаются, вплоть до речевых мышц, что способствует улучшению речи ребенка [29].

Мощная проприоцептивная импульсация приводит в действие центральную нервную систему и помогает активизировать её работу в различных областях – от развития психоречевых и моторных функций до нормализации судорожных вспышек на электроэнцефалограмме. Следует сразу отметить, что лечебный костюм может спровоцировать активные эпилептиформные судороги, поэтому процедура противопоказана.

Если посмотреть на статистику и результаты, то можно отметить, что совмещение лечебного костюма повышает эффективность лечебной физкультуры. И если работать, совмещая нагрузочный костюм и лечение, то можно достигнуть нужного эффекта в кратчайшие сроки. В среднем дети, параллельно совмещающие виды нагрузок и лечение, начинают самостоятельно двигаться на 1-2 года раньше, чем при обычном лечении.

Перед применением нагрузочного костюма обследование является обязательным. Учитывать нужно абсолютно все противопоказания, так как иначе можно получить нежелательные осложнения.

Использование костюма «Адели» в реабилитации детей с детским церебральным параличом помогает возобновить процесс созревания системы преддверия. Благодаря повышению качества функционирования данной системы значительно уменьшается количество приступов гиперкинезов и снижается – или полному исчезает синергия лабиринтной системы. В результате данных улучшений в несколько раз нормализуется мышечный тонус. Далее, после того как пациент прошел определенное количество специализированных лечебных курсов, функции, которые прилагаются к области полукружных каналов и отолитической системе, нормализуются, что в результате можно заметить проявления уменьшений спастических реакций.

Можно также особо выделить, что методика нагрузочного костюма «Адели» показывает отличные результаты при реабилитации больных, перенесших кровоизлияние в мозг или черепно-мозговую травму.

Если периодически выполнять упражнения при помощи костюма «Адели», то следует включить в процедуру различные вспомогательные операции: терапевтический массаж, разогревающие компрессы, криотерапию, электромагнитную стимуляцию, укрепляюще-растягивающие упражнения, кислородотерапию, вибростимуляцию, упражнениями на антигравитационной подвесной системе, которая помогает пациенту удерживать вертикальное положение [27].

Использование костюмов типа «Адели» в несколько раз облегчает работу врача и позволяет не прерываясь корректировать организм, который находится в зоне роста.

Костюм коррекции движений «Спираль» обеспечивает приложения дополнительных посторонних усилий, которые помогают корригировать движения рук и ног, положение тела и стимулируют поток верной проприоцептивной информации.

Костюм состоит из системы эластичных и упругих тяг, которые в виде спирали накладываются на туловище, руки и ноги, тем самым прикрепляясь к особым элементам опоры – жилету, шортам, наколенникам, налокотникам, полуперчаткам и сапожкам. Внешняя поверхность элементов опоры полностью сформирован из специального материала нужного для крепления эластичных тяг. Костюм не допускает в себе жесткие опорные элементы, благодаря чему расширяется амплитуда методик ЛФК.

Коррекционный костюм «Спираль» используется для проведения упражнений из разряда мобилизующей гимнастики, механотерапии, при ходьбе на беговой дорожке, игровых реабилитационных устройствах и при обыкновенной двигательной активности ребенка. Постоянное выполнение верных движений формирует картину, которую импульсы передают к центральной нервной системе и, в дальнейшем, автоматически используются.

Планомерное развитие нового двигательного стереотипа, приближенного к физиологическому, достигается с помощью увеличения систематичности, видов различных двигательных навыков и правильным подбором сил и векторов исправляющих усилий костюма [30].

Судя по последним данным, можно отметить, что разработано и успешно используется принципиально новое средство для реабилитации детей с детским церебральным параличом – костюм «ДК». Разработано это устройство, изготовленного похожим на полукомбинезон, для того, чтобы при его применении ребенок не только мог менять положение осанки, но и применять как тренажер для развития любых двигательных навыков. Важная

отличительная особенность данного устройства от других описанных ранее нагрузочных костюмов-корректоров в том, что данное устройство само выполняет поочередную тракцию, дистракцию и коррекцию позвоночного столба и конечностей с параллельными движениями ребенка. Модульный тип костюма «ДК» позволяет использовать его для улучшения различных двигательных изменений и планомерного атравматичного исправления костных деформаций. Костюм «ДК» дает возможность применять вертикальное положение даже детям с тетраплегиями и обучать их самостоятельному передвижению. Костюм с легкостью надевается на ребенка, достаточно прост в управлении и не требует определенных знаний. Если сравнить его с костюмами «Адели» и «Гравистат», то устройство «ДК» есть возможность надеть на ребенка костюм под одежду на целый день, а при необходимости излечения грубых деформаций кости, у ребенка есть возможность использовать его и ночью [26].

Массаж – это метод целенаправленного механического воздействия на поверхностные ткани тела человека руками массажиста или специальными аппаратами. Лечебный массаж разделяется на классический, сегментарный, точечный, соединительнотканый. При церебральном параличе первично повреждение центральной нервной системы, мышечные нарушения вторичны. Механическое пассивное воздействие на ткани может привести к улучшению их кровоснабжения и трофики, что может быть актуально для обездвиженных детей с тяжелыми двигательными нарушениями, либо в послеоперационный период разработки конечностей после снятия гипса. Точечный массаж, или акупрессура, основывается на рефлекторном воздействии на биологически активные точки. В зависимости от техники воздействия на точку метод может быть седативным или возбуждающим. Точечный массаж рук имеет доказанную эффективность в отношении улучшения функции верхних конечностей. Важно отметить, что в реабилитации пациентов с двигательными нарушениями все виды и приемы массажа, если в нем есть необходимость, могут выступать только как

дополнение или подготовка к занятию различными методами кинезотерапии. Сам по себе массаж, используемый изолированно, не эффективен для улучшения качества выполняемых движений, как и любое другое пассивное воздействие. Грубые приемы глубокого воздействия на мышечную ткань при мышечной спастичности применять нельзя, так как их использование усугубляет спастичность за счет включения рефлекса на растяжение мышцы.

Чтобы привести костюм «ДК» в работу, отключить или отрегулировать, нужно повернуть специальный пластмассовый рычаг, который находится на костюме. Не снимая костюм «ДК» ребенок может находиться в бассейне, совершать различные водные процедуры. Если костюм применяется под водой, то упражнения на коррекцию дают результаты более значительные [31].

Роботизированная механотерапия - метод основан на использовании роботизированных тренажеров. Так, тренажер «Локомат» позволяет имитировать самостоятельную ходьбу для пациентов с любой тяжестью двигательных нарушений, одновременно разгружая вес тела (с контролируемой степенью разгрузки, от минимальной до 100%), контролируя стабильность положения пациента и выполняя шаговые движения ортезами, в которых фиксируются ноги пациента. Противопоказания к использованию лечебного костюма «Адели»: – деструктивные изменения в позвоночнике; - вывихи тазобедренных суставов; – грубые деформации позвоночника; - эпилепсия в приступном периоде; – выраженное снижение интеллекта или грубые нарушения психоэмоциональной сферы; соматические заболевания в стадии декомпенсации; – лихорадочные состояния. По сути, занятия в тренажере представляют собой сложный вид механической разработки суставов нижних конечностей в вертикальном положении, где амплитуду движения в каждом суставе и степень участия пациента в движении можно задать. Предполагается, что задаваемый аппаратом правильный паттерн ходьбы может способствовать его закреплению у детей с церебральным параличом.

Относительно детей, которые способны стабильно удерживать вертикальное положение и ходить, можно предположить действительно положительное воздействие аппарата за счет строго дозированного воздействия, направляющего собственные движения ребенка в режиме активных или пассивно-активных тренировок.

Иппотерапия (лечебная верховая езда) – метод реабилитации, считающийся очень эффективным при реабилитационном воздействии детей с детским церебральным параличом. Им все чаще начинают интересоваться именно социальные работники, педагоги, врачи и родители.

Сильная мускульная поверхность лошади массирует пораженные мышцы нижних конечностей, снижая спазмы сведенных при детском церебральном параличе ног, согревает их, так как температура тела лошади 37-37,5 градусов и плюс ко всему помогает создать иллюзию самостоятельной ходьбы, т.к. темп и ритм шага лошади очень похож на человеческий. Пока ребенок сидит на лошади, которая двигается, пациент для того, чтобы сохранить равновесие инстинктивно приводит в работу все единицы мышц тела, чего нельзя добиться даже при очень энергозатратной нагрузке. Лошадь движется мягко, размеренно, что воздействует целебно на психику ребенка. Упражнения, которые ребенок делает на лошади помогают сфокусировать внимание на самом главном, тем самым параллельно обучаясь управлять лошадью. Таким образом у ребенка пробуждается интерес к деятельности, к жизни. Приходит вера в свои силы, так как ребенок не остается один на один со своей болезнью. У ребенка появляется желание добиваться новых целей, ведь он не чувствует себя в данный момент времени не таким как его сверстники. Ощущение своей неполноценности постепенно отдалается и на передний план выходит воля к жизни. Когда лошадь движется по кругу, мышцы спины ребенка укрепляются, тренируется вестибулярный аппарат, что, в общем, дает положительную динамику.

Дельфинотерапия - коррекционный метод является медико-психологическим комплексом, который состоит из блока коррекционного и

диагностического. Дельфин в паре с ребенком играет роль природного гидролокатора, имеющего ультразвуковые свойства, что позволяет стимулировать кору головного мозга и других органов ребенка с заболеванием [32].

Дельфинотерапия используется для восстановления детей, страдающих детским церебральным параличом. Занятия с дельфинами формируют положительное влияние на ЦНС человека, активизируя обменные, иммунные и другие процессы. Помимо этого упражнения, которые проводятся с дельфинами, помогают увеличить речевые возможности пациентов с нарушением слуха и речи, удовлетворяют физическое состояние с помощью усиленной работы определенных групп мышц, снижают эмоциональное напряжение и помогают улучшить неврологическое положение; оказывают помощь, например, больным со спинальными деформациями.

При взаимодействии ребенка с дельфином в воде, поряточно стимулируется физическое и психическое развитие ребенка, а так же появляются высокие шансы в развитии речи.

1-й этап дельфинотерапии. Процесс начинается с того, что благодаря серьезной мотивации ребенка, мозг активно включается в работу. Тем самым, параллельно с этим ребенок собирает воедино информацию от всех органов чувств: т.е. – тактильных, зрительных, слуховых.

2-й этап дельфинотерапии. Когда ребенок и дельфин установили между собой контакт, начинается следующий этап, включающий в себя фазу объединенного психического и двигательного взаимодействия.

Восстановление воспроизводится с учётом того, что будут составлены индивидуальные программы и терапевтические методики. Терапевт предлагает ребенку, если ему позволяет возможность, совершить вместе с дельфином определенный комплекс задач по определенной структуре. Совершается целенаправленное взаимодействие с дельфином в на протяжении всей длительности упражнения: перебрасывание и захват предметов, попадание в цель, подбрасывание мяча и др. Применяются

определенные спортивные снаряды: мячики, большие обручи, кольца различных размеров или только спасательный жилет.

После реабилитации, проводимой совместно с дельфинами, значительно улучшаются двигательные и координационные навыки детей с ДЦП, улучшается выносливость, психологическое состояние и общее состояние организма [13].

Су-Джок акупунктура – является существенным достижением восточной медицины. Разрабатывалась данная методика южно-корейским ученым, профессором Пак Чжэ Ву. Су – кисть. Джок – стопа. Согласно последним данным, кисти и стопы содержат в себе огромные системы высокоактивных точек, стимуляция которых оказывает оздоровительное воздействие. Эти точки имеют строгий порядок и отражают анатомическое строение тела.

Су-Джок терапия успешно используется для восстановления больных с детским церебральным параличом, поэтому нужно знать схемы точек на стопах и кистях. К примеру, при контрактурах суставов ног (на стопе) для разминки берут 3-й и 4-й палец руки зоны 1-2-3-4 по тормозному методу (1-2 минуты).

Цветотерапия – метод оздоровления, который гласит, что каждая биологически активная зона организма реагирует на определенный цвет. Цветовая палитра проходит через зрительный анализатор и доходит до нервной системы. Немедикаментозный способ оздоровления, который основывается на том, что каждая из биологически активных областей организма реагирует на какой-либо из цветов: орган зрения сначала воспринимает цвет, а через него и через зрительный анализатор - на нервную систему. При воздействии конкретный цвет устраняет энергетический блок, который является причиной функционального расстройства.

В современности медицина использует сочетание цветотерапии и биоритмотерапии, которое активизирует зрительный анализатор светом определенной длины волн. Для процедуры пациент надевает

соответствующие очки с лампочками, перед которыми ставятся светофильтры определенного цвета или просто смотрит на свет, который излучает аппарат (например, экран монитора).

При подборе характеристик метода применяемого к пациенту - частоты переключения и мощности воздействия цвета, учитывается клиническая картина заболевания, психостатус пациента (возбужденное или депрессивное состояние), конституционный тип пациента, возраст. Частотные положения ритмов цветостимуляции выставляются по результатам ЭЭГ и посещении невропатолога.

Чтобы подобрать цвет, нужно учитывать, что характеристику и определенное воздействие цвет.

- красный – стимулирует сенсорные центры; воздействует положительным образом на иммунную систему; стимулирует надпочечники, симпатическую нервную систему; сердцебиение становится ритмичнее, дыхание, улучшается обмен веществ, повышается выносливость.

- оранжевый – повышает уровень нейроэндокринной регуляции; активизирует работу половых желез; оказывает омолаживающий эффект, стимулирует мышечную выносливость и потенцию.

- желтый – стимулирует центры движения; активизирует работу желудочно-кишечного тракта; имеет слабительный и желчегонный эффект;

- зеленый – стимулирует вегетативную нервную систему; компенсирует потери энергии; уменьшает спазмы гладких мышц, сосудов, бронхов; ослабляет напряжение, успокаивает; устраняет застойные явления, бессонницу; рекомендован при дизуриях, эректильной дисфункции;

- синий – оказывает влияние на парасимпатическую нервную систему, гипофиз; имеет антисептическое, бактерицидное и антиканцерогенное действие; снижает артериальное давление; тонизирует капилляры.

На данный момент цветоимпульсная терапия или так же ее называют цветоритмотерапия, визуальная цветостимуляция эффективно используется в

различных областях медицины: неврологии, терапии, офтальмологии, психиатрии, педиатрии, рефлексологии [4, 5].

Выводы по Главе 1

На данный момент проблема реабилитации инвалидов во всех странах Запада является одной из ключевых в реализации всевозможных государственных и частным образом финансируемых социальных программ. Инвалидность, связанная с нарушением опорно-двигательного аппарата составляет значительный удельный вес в структуре инвалидности в целом. При этом ведущее место среди подобного рода нарушений занимает детский церебральный паралич. При этом заболевании наблюдается, как поражение опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести, зачастую приводящее к тяжелой инвалидизации, так и изменения в работе внутренних органов, и, что особенно важно, интеллектуальные и характерологические нарушения. В связи с этим ДЦП относится к группе психических заболеваний, приводящих к выходу больного за стандартные рамки существования, привычные для большинства здоровых людей. Поэтому, очень важна социальная и физическая адаптация таких больных, особенно в России, где с социальными вопросами сталкивается, практически, все население. Естественно, что инвалидам, инвалидам-детям с нарушениями со стороны нервной системы особенно трудно адаптироваться к сложной социально-политической обстановке, которая создалась в России в последние годы. Ввиду этого, задачей органов социальной опеки, медицинских служб и многих других организаций является создание систем мер, направленных на реабилитацию детей инвалидов и их адаптацию в обществе. Не секрет, что несмотря на инвалидизацию, связанную с нарушениями опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе, многие и многие люди являются талантливыми учеными, художниками, спортсменами и т.п.

Глава 2. Эмпирическое исследование эмоционального состояния детей с детским церебральным параличом

2.1. Организация эмпирического исследования

Проведенное исследование было направлено на изучение эмоционального состояния детей с детским церебральным параличом до и после реализации программы по коррекции двигательной активности с целью выявления эффективности данной программы.

В исследовании приняли участие 21 подросток, из них 9 юношей и 12 девушек, в возрасте 14-16 лет. Исследование проводилось на базе физкультурно-оздоровительного центра «Ты здоров».

На первом этапе (сентябрь - октябрь 2018 года) проведен теоретический анализ научной литературы по данной теме, были определены основные теоретические положения, разработана методика исследования.

На втором этапе (ноябрь-декабрь 2018 года) была разработана программа эмпирического исследования, поставлены цели и задачи исследования, выдвинуты гипотезы, подобран диагностический инструментарий.

На третьем этапе (январь - апрель 2019 года) проведено эмпирическое исследование, осуществлена математико-статистическая обработка полученных сведений, проведено их обобщение и интерпретация, сделаны выводы.

Цель и гипотеза определили диагностический комплекс, включающий следующие методики:

- методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) В.В. Бойко;
- Опросник САН (самочувствие, активность, настроение), разработанный В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым;

- методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, разработанная Л.А. Курганским и Т.А. Немчиным.

Приведем краткое описание используемых методик.

1. Методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) В.В. Бойко является небольшим опросником, который выявляет склонность к дистимии или сниженному настроению у человека. Используется как в качестве самодиагностики, так и для работы психолога.

В инструкции предлагается 12 утверждений, с положительным или отрицательным ответом на вопрос. Во время обработки данных, подсчитываются только положительные варианты ответов.

2. Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) включает в себя таблицу, в которой содержатся 30 пар слов, которые отображают полярные особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность) Во время работы с данной таблицей, необходимо шкалу 3210123 соотнести со своим эмоциональным состоянием. Цифра «0» соответствует среднему самочувствию, которое обследуемый не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Находящаяся слева от «0» единица отражает самочувствие — выше среднего, а цифра три — соответствует прекрасному самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры «0», аналогичным образом характеризуют самочувствие исследуемого, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного опросника.

3. Методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности предназначена для выявления особенностей психического состояния человека по показателям психической активации, эмоционального тонуса, интереса, напряжения и комфортности.

Методика разработана на основе результатов факторного анализа с использованием модифицированного стимульного материала к методике

САН (представляет собой аналог (модификацию) опросника САН). Испытуемому представлен перечень из 20 полярных состояний, которые он должен оценить относительно себя по рейтинговой шкале. Ответы методики обрабатываются по ключам, по результатам обработки формируется вывод о степени выраженности каждого психического состояния (психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности). Испытуемый может набрать по каждой шкале от 3 до 21 балла. Анализ полученных результатов сопоставляется путем соотношения измеренных пяти состояний между собой, а также полученных результатов с данными других исследований.

Методика предназначена для людей старше 14 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам и рассчитана на неоднократное обследование одних и тех же лиц, учитывая динамичность психических состояний. Значимые данные по процедуре разработке и стандартизации методики отсутствуют. Ниже приведено описание используемой программы по коррекции двигательной активности.

- Костюм «Адели» – 1,5 часа
- Тренажер «Угуль» – 30 минут
- Тренажер «Паук» – 30 минут
- Кинезиотерапевтическая установка «Экзарта» – 1 час
- Массаж – 30 минут

Для статистической обработки эмпирических данных использовался метод критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера, предназначенный для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта.

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

Диагностическая работа была начата с опроса родителей испытуемых. По результатам наблюдения и опроса родителей можно сделать следующие выводы:

Среди испытуемых 12 девушек и 9 молодых людей. Средний возраст – 15 лет. Среди них 43% находятся на домашнем обучении, 38% посещают коррекционную школу, 9,5% посещают частную школу и 9,5% посещают общеобразовательную школу (см. рис. 1).

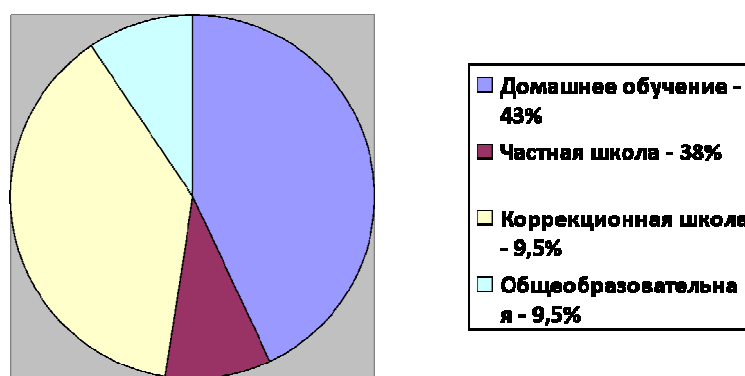


Рис. 1. Распределение испытуемых по формам получения образования

67% подростков воспитываются в семьях, которые не нуждаются в материальной поддержке.

38% подростков имеют очень тяжелую форму заболевания, 19% имеют среднюю степень тяжести заболевания, 43% имеют легкую форму, могут самостоятельно передвигаться, навыки самообслуживания не утрачены. (см. рис. 2.)

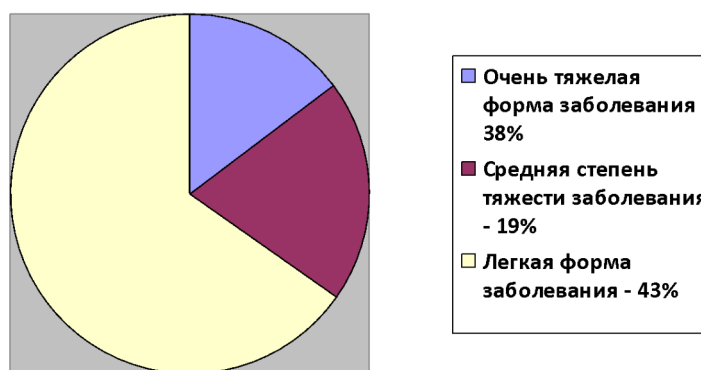


Рис. 2. - Степень тяжести заболевания

62% подростков проходят реабилитацию регулярно, один раз в 2 месяца, 24% - один раз в 3-4 месяца, 9,5% - один раз в 5-6 месяцев. И только один подросток (8%) начал реабилитироваться впервые (см. рис. 3.).

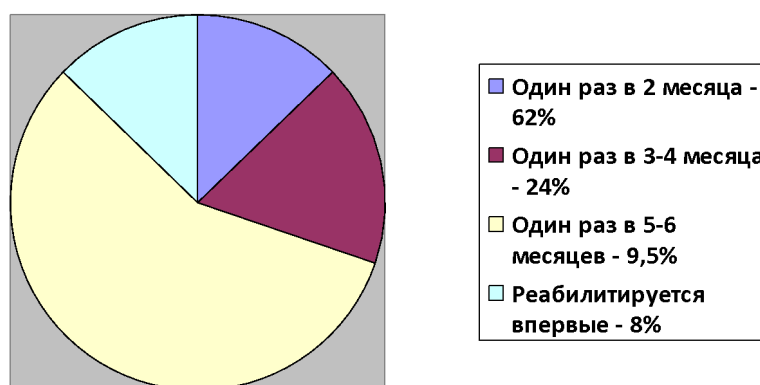


Рис. 3. - Регулярность прохождения реабилитации

Проанализировав полученные данные благодаря опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) (см. таблицу 2), можно увидеть, что по всем шкалам у подростков, прошедших реабилитацию в центре, уровни переменных выше, чем до реабилитации.

В частности, показатели самочувствия до реабилитации имеют низкий уровень у 57%, среди них 38% девушек и 19% молодых людей, а после реабилитации у 29% (19% девушек и 10% молодых людей), средний уровень

имеют 33% подростков до реабилитации, а после реабилитации 47%. Высокий уровень показателя самочувствия продиагностирован у 10% (6% девушек и 4% молодых людей) до и 24% (12% девушек и 12% молодых людей) после реабилитации.

Показатели по шкале активности до реабилитации имеют низкие значения в 29% случаев (19% девушек и 10% молодых людей), а после реабилитации – в 10% случаев (10% девушек). Средние значения этого показателя до реабилитации отмечены в 61% случаев, после реабилитации - в 57%. Высокие значения по шкале активности с 10% до реабилитации (10% молодых людей) увеличились до 33% после реабилитации. (20% девушек и 13% молодых людей).

Сравнение по шкале настроения: до реабилитации – 62% низких значений, (52% девушек, 10% молодых людей) после реабилитации – 19%. (100% девушек). Средние значения по этой шкале до реабилитации отмечены у 9,5% испытуемых, после реабилитации – у 57%. Высокие значения по шкале настроения в целом не изменились: 28,5% до реабилитации, среди которых 24% девушек и 4,5% молодых людей и 24% после реабилитации, среди них 14% девушек и 10% молодых людей

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о возрастании диагностических значений по показателям самочувствия, активности и настроения после реабилитации по программе коррекции двигательной активности.

Таблица 1

Результаты диагностики по методике САН

Переменные	Уровни	До реабилитации		После реабилитации		Всего	
		АВ	%	АВ	%	АВ	%
Самочувствие	Низкий	12	57	6	29	18	43
	Средний	7	33	10	47	17	40
	Высокий	2	10	5	24	7	17
Всего		21	100	21	100	42	100

Таблица 1 (продолжение)

Результаты диагностики по методике САН

Активность	Низкий	6	29	2	10	8	19
	Средний	13	61	12	57	25	60
	Высокий	2	10	7	33	9	21
Всего		21	100	21	100	42	100
Настроение	Низкий	13	62	4	19	17	40
	Средний	2	9,5	12	57	14	34
	Высокий	6	28,5	5	24	11	26
Всего		21	100	21	100	42	100

Проанализировав данные, полученные в результате исследования по методике оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, можно сделать следующие выводы.

У подростков до реабилитации по шкале «Психическая активация» показатель низких значений до реабилитации 38% (27% девушек, 11% молодых людей), после – 29% (15% среди девушек, 14% среди молодых людей), средние значения – 52%, после реабилитации процент увеличился до 42%. Показатель высоких значений уменьшился с 10% (10% молодых людей) до 29% (14,5% девушек и 14,5% молодых людей), что говорит о том, что после реабилитации психическая активация возрастает.

По шкале «Интерес» до реабилитации преобладают средние значения (62%) и небольшой, но значительный процент низких значений – 33% (28% девушек и 5% молодых людей), тогда как у подростков после реабилитации процесс показателей средних незначительно увеличился – 67%, показатель низких значений дошел до 19% (19% девушек). Также увеличился показатель высоких значений – 14% (5% девушек и 9% молодых людей), тогда как до реабилитации показатель был 5% (девушки).

Шкала «Эмоциональный тонус» показывает, что подростки до и после реабилитации имеют приблизительно равный процент средних значений (42% и 38%). Показатели значений низкого уровня с 29% (14,5% девушек и 14,5% молодых людей) повысились до 14% (9% девушек и 5% молодых

людей), а показатели высокого уровня увеличились с 29% (19% девушек и 10% молодых людей) до 48% (24% девушек и 24% молодых людей).

По шкале «Напряжение» средние значения практически идентичны, низкие увеличились с 5% до 24% (14% девушек и 10% молодых людей), высокие с 28% (девушки) понизились до 14%. (9% девушек и 5% молодых людей).

Диагностические данные по шкале «Комфортность» показывает, что после реабилитации значения средних показателей увеличились с 66% до реабилитации до 86%, низкий уменьшился с 29% (19% девушек и 10% молодых людей) до 5% (девушки), что говорит о благоприятном влиянии реабилитации на психоэмоциональное состояние подростков. Высокий уровень значений практически не изменился.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что показатели данных шкал после реабилитации значительно или незначительно повышаются, что говорит о различной степени эффективности проведенной реабилитационной программы.

Таблица 2

Результаты диагностики эмоциональных состояний

Переменные	Уровни	До реабилитации		После реабилитации		Всего	
		АВ	%	АВ	%	АВ	%
Психическая активация	Низкий	8	38	6	29	14	33
	Средний	11	52	9	42	20	48
	Высокий	2	10	6	29	8	19
Всего		21	100	21	100	42	100
Интерес	Низкий	7	33	4	19	11	26
	Средний	13	62	14	67	27	64
	Высокий	1	5	3	14	4	10
Всего		21	100	21	100	42	100
Эмоциональный тонус	Низкий	6	29	3	14	9	22
	Средний	9	42	8	38	17	40
	Высокий	6	29	10	48	16	38
Всего		21	100	21	100	42	100

Таблица 2 (продолжение)

Результаты диагностики эмоциональных состояний

Напряжение	Низкий	1	5	5	24	6	14
	Средний	14	67	13	62	27	64
	Высокий	6	28	3	14	9	22
Всего		21	100	21	100	42	100
Комфортность	Низкий	6	29	1	5	7	17
	Средний	14	66	18	86	32	76
	Высокий	1	5	2	9	3	7
Всего		21	100	21	100	42	100

Проанализировав данные, полученные в результате исследования по методике «Экспресс-диагностика личностной склонности к пониженному настроению» можно сделать следующие выводы. Показатели дистимии -14% (9% девушек и 5% молодых людей) имели испытуемые до реабилитации, после реабилитации показатель дошел до 5% (5% девушек). Тенденция к пониженному настроению с 71% (38% девушек и 33% молодых людей) снизилась до 19% (5% девушек и 14% молодых людей), что говорит о положительной динамике эмоционального тонуса после реабилитационной программы. Отсутствие тенденции к пониженному настроению с 14% (9% девушек и 6% молодых людей) увеличилось до 76% (48% девушек и 28% молодых людей).

Таким образом, можно сделать вывод, что динамика благоприятная. И реабилитация помогает подросткам чувствовать себя лучше физически и эмоционально.

Таблица 3

Результаты диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии)

Уровни	До реабилитации		После реабилитации		Всего	
	АВ	%	АВ	%	АВ	%
Дистимия	3	14	1	5	4	10
Тенденция к пониженному настроению	15	71	4	19	19	45
Тенденция к пониженному настроению отсутствует	3	14	16	76	19	45
Всего	21	100	21	100	42	100

Далее, в соответствии с планом проведения исследования были проверены различия по исследуемым показателям до и после реабилитационных мероприятий. Для этого использовался метод математико-статистической обработки критерий углового преобразования Фишера.

Достоверные различия выявлены по следующим показателям: уровни настроения и отсутствия дистимии.

Таким образом, выявлены такие особенности, как: уровни настроения и отсутствия дистимии достоверно ниже у испытуемых до реабилитации.

Помимо этого, можно отметить то, что девушки, проходящие реабилитацию, более гибкие, так как их показатели после реабилитационной программы значительно выше, чем у молодых людей, соблюдая одинаковые условия коррекции движения.

Несмотря на перечисленные особенности поведения, психоэмоциональные нарушения могут проявлять себя по-разному.

В одном случае это будет повышенная возбудимость. Подростки этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады

настроения: они то чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

Другую категорию, напротив, отличает пассивность, безынициативность, излишняя застенчивость. Любая ситуация выбора ставит их в тупик. Их действиям свойственна вялость, медлительность. Такие подростки с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Им свойственны различного рода страхи (высоты, темноты и т.д.). Эти особенности личности и поведения гораздо чаще встречаются у подростков, больных ДЦП.

Но есть ряд качеств, характерных для обоих типов развития. В частности, у подростков, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, часто можно наблюдать расстройства сна. Их мучают ночные кошмары, они тревожно спят, с трудом засыпают.

Многие подростки отличаются повышенной впечатлительностью. Отчасти, это можно объяснить эффектом компенсации: двигательная активность подростка ограничена, и на фоне этого органы чувств, напротив, получают высокое развитие. Благодаря этому они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер; вполне нейтральные ситуации, невинные высказывания способны вызывать у них негативную реакцию.

Повышенная утомляемость - еще одна отличительная особенность, характерная практически для всех подростков с ДЦП. В процессе коррекционной и учебной работы, даже при условии высокого интереса к заданию, подросток быстро устает, становится плаксивым, раздражительным, отказывается от работы. Некоторые подростки в результате утомления становятся беспокойны: темп речи ускоряется, при этом она становится менее разборчивой; наблюдается усиление гиперкинезов; проявляется агрессивное поведение - подросток может разбрасывать находящиеся поблизости предметы.

Еще одна область, в которой родители могут столкнуться с серьезными проблемами - это волевая активность подростка. Любая деятельность, требующая собранности, организованности и целенаправленности, вызывает у него затруднения. Как уже отмечалось ранее, психический инфантилизм, свойственный большинству подростков с ДЦП, накладывает существенный отпечаток на поведение подростка. Например, если предложенное задание потеряло для него свою привлекательность, ему очень сложно сделать над собой усилие и закончить начатую работу.

Благодаря проведенной реабилитационной программе, подростки начинают осваивать процесс социализации и интеграции, что особенно важно для подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Реабилитационная программа играет очень важную роль в самостоятельной жизни подростка по той причине, что во время коррекционных мероприятий подросток чувствует свою причастность к происходящему, так как окружен вниманием, которое конструктивно влияет на его дальнейшие способы социализации и интеграции в обществе.

Восприятие действительности становится более реалистичным, появляется уверенность в своих силах и возможностях. Они становятся более открыты к миру и к людям, так как становятся менее робкими, слезливыми, агрессивными. Подростки заинтересованы в происходящем вокруг и увлечены этим. Сложности в поведении и реактивности эмоциональных состояний становятся менее заметными, так как компенсируются тем, что они не испытывают фрустраций и чувствуют себя полноценными гражданами общества.

Повышенная тревожность, сопровождающая большинство детей с детским церебральным параличом, становится менее значительной, чем до реабилитации, и как следствие, повышается уровень мотивации к деятельности, возникает легкость в социальных взаимодействиях, отсутствие дефицита уверенности в своих силах. Характер подростков укрепляется, так как его компоненты: боязливость, робость, малодушие, обидчивость,

чувствительность и прочее, проявляются не так часто, как до реабилитационной программы.

В процессе социализации происходит становления личности, усвоения знаний и усвоения индивидом ценностей, норм установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе. Каждому подростку с ограниченными возможностями здоровья необходимо усвоить выработанные обществом и различными группами норм ценностей, установки, представления и стереотипы. Технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями - важная часть технологического арсенала социального обслуживания не только потому, что проблемы этой социально-демографической категории населения весьма обширны и трудны, но и потому, что именно подростки будут определять судьбу нашей страны в нашем веке. Современных подростков с данным заболеванием можно разделить на несколько групп, по признаку принятия или непринятия заболевания опорно-двигательного аппарата. Рассмотрим следующие группы:

Активно-позитивный тип характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У подростков инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.

Пассивно-позитивный тип характеризуется наличием у подростков-инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опека близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.

Пассивно-негативный тип. У подростков присутствует неудовлетворённость своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Всё это сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением

к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц.

Активно-негативный тип. Присутствующие здесь психологический дискомфорт и неудовлетворённость собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов. К сожалению, среди подростков с последствиями детского паралича крайне редко встречаются лица с активно-позитивной жизненной позицией. Их единицы, но они являются наиболее социально-активными (в том числе и в плане создания общественных организаций инвалидов). Большинство подростков-инвалидов с ДЦП либо не испытывают стремления как-то менять свою жизнь, либо считают себя неспособными на столь важный шаг. Как правило, они находятся во власти тех или иных обстоятельств. Поэтому эти лица особо нуждаются в чётко спланированной и научно-обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, достойного духовно-нравственного облика, умения жить в обществе. Одна из основных психологических проблем людей с ограниченными возможностями - это проблема маргинальности и аутоидентичности, то есть того, к какой группе относит себя такой человек - к «миру нормальных» или к «миру неполноценных». Как показывает практика, в большинстве случаев люди по мере возможности стараются скрывать свои недостатки, чтобы предстать в глазах окружающих частью мира «нормальных» людей. Если же это не удастся, то человек с ограниченными возможностями, либо уходит в социальную самоизоляцию, либо в процессе коммуникации с нормальными людьми ощущает себя особенно неполноценным из-за гиперопеки и сочувствия с их стороны. В этой связи основными психологическими условиями социальной адаптации человека с ограниченными возможностями могут являться осознание им реального положения дел и адекватная

самооценка, эмоциональная уравновешенность, адекватные межличностные отношения и нахождение своей профессиональной ниши на рынке труда и занятости. Как показывает практика, одним из наиболее важных и в то же время проблемных вопросов в жизни людей с ограниченными возможностями здоровья является выбор профессии и трудоустройство. Профессиональное самоопределение должно включать в себя два принципиально важных условия: активность субъекта профессионального выбора и обеспечение квалифицированной развивающей помощи со стороны с целью обоснованного и адекватного выбора профессии. В часто встречающихся случаях, когда затруднения человека с ограниченными возможностями здоровья в профессиональном самоопределении вызваны нерешительностью и неуверенностью в своих силах, особое значение приобретает помощь в осознании и правильной оценке своих особенностей с позиции их профессиональной значимости, а также информация о профессиях, в которых именно такие качества могут обеспечить успешность деятельности. Неоценимую помощь в профессиональном определении оказывает система дополнительного образования. Дополнительное образование позволяет, во-первых, иметь возможность свободного личностного выбора деятельности, определяющей индивидуальное развитие подростка с ограниченными возможностями здоровья, во-вторых, обеспечивает вариативность содержания и форм организации образовательного процесса, учитывающих индивидуальные особенности обучающихся. Оно направлено на обеспечение персонального развития обучающихся в контексте позитивной социализации как здесь и сейчас, так и на перспективу в плане социально-профессионального самоопределения, реализации личных жизненных притязаний. Получение подростками с ограниченными возможностями здоровья и подростками-инвалидами дополнительного образования в коллективе здоровых сверстников и взрослых является их неотъемлемым законодательно закреплённым правом и основополагающим условием успешной социализации. Расширение

образовательных возможностей этой категории обучающихся является наиболее продуктивным фактором социализации подростков–инвалидов и подростков с ограниченными возможностями здоровья в обществе. Программы дополнительного образования решают задачи реализации образовательных потребностей подростков, относящихся к данной категории, защиты прав, адаптации к условиям организованной общественной поддержки их творческих способностей, развития их жизненных и социальных компетенций. Получение подростками-инвалидами и подростками с ограниченными возможностями здоровья данной категории дополнительного образования способствует социальной защищённости на всех этапах социализации, повышению социального статуса, становлению гражданственности и способности активного участия в общественной жизни и в решении проблем, затрагивающих их интересы. Система дополнительного образования включает в себя все разнообразие творческих направлений, удовлетворяющих разные интересы подростков всех возрастных групп. Дополнительное образование, в отличие от основного, наиболее приспособлено для создания доступной образовательной среды и представляет собой целенаправленный процесс обучения, воспитания и формирования личности подростков посредством реализации дополнительных образовательных программ, оказания дополнительных образовательных услуг за пределами основного образования. В дополнительном образовании познавательная активность подростков выходит за рамки образовательной среды в сферу самых разнообразных социальных практик: подростки получают широкий опыт конструктивного взаимодействия и продуктивной деятельности. Система дополнительного образования в работе с подростками с ограниченными возможностями здоровья направлена на воспитание и социализацию личности подростка, коррекцию его психических и физических функций, выявление, развитие и поддержание творческих способностей. В процессе коррекции и реабилитации средствами дополнительного образования происходит

развитие у подростков коммуникативных навыков, выявление, поддержание и развитие творческих способностей, воспитание нравственности и эстетического восприятия. Ребята, активно посещающие кружки, лучше усваивают программный материал по общеобразовательным предметам, повышается школьная мотивация. Обучающиеся более уверенно могут определиться с выбором профессии. Такие подростки коммуникабельны, могут правильно и самостоятельно организовать свою взрослую жизнь.

Таким образом, развитие психики ребенка с ДЦП после коррекционных мероприятий выражается способностью к развитию познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Для коррекционных педагогов, работающих с детьми ДЦП, важно предупредить и уметь корректировать нарушения в психике ребенка.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение психоэмоционального состояния подростков с детским церебральным параличом после реабилитационной программы.

Исследование проводилось в реабилитационном центре «Ты здоров» г. Пенза в период с января 2019 г. по апрель 2019 г. В исследовании принимали участие подростки в возрасте 14-16 лет с диагнозом детский церебральный паралич различной степени тяжести, но с сохраненными умственными способностями.

Проводилось тестирование на оценку эмоционального состояния и психической активности до реабилитации и после. Каждый ребенок имел свою реабилитационную программу и продолжительность занятий.

В ходе исследования были использованы такие методики, как:

- методика экспресс-диагностики личностной склонности к снижению настроению (дистимии). В.В. Бойко;
- Опросник САН (самочувствие, активность, настроение), разработанный В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым;
- методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, разработанная Л.А. Курганским и Т.А. Немчиным.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные:

1. В соответствии с данными, полученными в ходе опросника САН (самочувствие, активность, настроение), можно сделать вывод о том, что показатели самочувствия, активности и настроения возросли после реабилитации по каждому из уровней. Это свидетельствует о том, что условия физической работы, направленной на выздоровление, занятия с

инструктором и общение со сверстниками благоприятно воздействуют на подростка и помогают ускорить процесс выздоровления.

2. Данные, полученные в результате исследования по методике оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, создают картину благоприятного уровня психоэмоционального состояния подростка после физической реабилитации: анализ результатов проведенного исследования выявляет увеличение процента по каждой из шкал.

Также можно отметить особенность результатов по шкале «Напряжение» уровень низких показателей увеличивается, что свидетельствует о том, что длительная реабилитация вызывает у некоторых подростков скопление напряжения, но так же стоит отметить, что уровень высоких показателей «Напряжения» после реабилитации уменьшается, что говорит о том, что различные категории подростков по-разному воспринимают длительные физические нагрузки. Низкие показатели по шкале «Комфортность» уменьшились, а высокие показатели шкалы претерпевают незначительные изменения.

В целом, реализация реабилитационной программы дает преимущества в том, что подросток получает недостающую физическую активность, среду, в которой есть педагоги и инструкторы. Помимо этого, в перерывах между занятиями, есть возможность общения с другими подростками или детьми и их родителями. Что говорит о взаимной поддержке и интересном времяпрепровождении и возможности дружбы между подростками после реабилитации, что особенно важно для подростка с данным заболеванием.

3. Результаты исследования личной склонности к сниженному настроению выявляют то, что после проведенных коррекционных мероприятий у определенного количества подростков снизился процент дистимии после реабилитационной программы. Значительные изменения претерпевает категория подростков, имеющих до реабилитации высокие показатели тенденции к пониженному настроению. После реабилитационной

программы процент значительно уменьшился. Отсутствие тенденции к пожеженному настроению увеличилось более чем в два раза, что говорит об очень значительных изменениях в психике подростка после проведенной коррекции и условий данных коррекционных мероприятий.

Проведенное исследование показало, что: до реабилитации подростки находятся в угнетенном расположении духа или их состояние в пределах нормы. После реабилитационной программы отметки значительно повысились практически по всем рассмотренным показателям. Имеются как очень значимые изменения, идентичные и незначительные.

Также мы можем отметить, что результаты реабилитационной программы по-разному отражаются в показателях психоэмоционального состояния юношей и девушек. Показатели по каждой из шкал после реабилитации выше у девушек по сравнению с юношами.

Самый важный аспект реабилитационных мероприятий связан с процессом социализации. Подростки осваивают в процессе реабилитационной программы те нормы, которые очень важны для их дальнейшей жизни.

Заключение

Подросткам с таким серьезным заболеванием, как церебральный паралич важна не только медицинская, но и педагогическая помощь. Их родителям нужно вместе со специалистами — педагогами, врачами составить единый комплекс воздействия на ребенка. Детей необходимо обучать правильным движениям, применять соответствующую дефекту лечебную гимнастику работу на тренажерах, водолечение, длительный массаж, ортопедические средства. Огромное значение имеет ранняя логопедическая работа. Эффективность физиотерапевтического и логопедического воздействия возрастает за счет медикаментозного лечения.

Вместе с тем должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт, таких как упрямство, раздражительность, слезливость, неуверенность, боязливость и т.п.

Очень важно воспитание прочных навыков самообслуживания и гигиены, а также других бытовых навыков. Ребенок должен твердо знать, что он имеет обязанности, выполнение которых значимо для других членов семьи, и стремится справляться с ними. Постоянное соблюдение режима, спокойная доброжелательная обстановка в семье способствуют укреплению нервной системы ребенка, его умственному, физическому и нравственному развитию.

Ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как и всякого другого, необходимо всячески оберегать от травм. Однако его нельзя постоянно ограждать от трудностей. Вырастая в тепличных условиях, он впоследствии окажется беспомощным, неприспособленным к повседневной жизни. Очень важно сформировать у него правильное отношение к себе, к своим возможностям и способностям.

Список используемых источников

1. Архипова, Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом / Е.Ф. Архипов - М.: 1999. - 95 с.
2. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина, - М., 2002. - 139 с.
3. Бортфельд, С.А. Двигательные нарушения и ЛФК при ДЦП / С.А. Бортфельд, Е.А. Рогачёв – Л., 1971.- 247 с.
4. Бортфельд, С.А. «ЛФК и массаж при ДЦП» / С.А. Бортфельд, - Л., 1986. - 176 с.
5. Гросс Н. А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. - М., 2005. – 235 с.
6. Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.
7. Зеньковский, В.В. Психология детства. М.,1996.-312с.
8. Зинкевич-Евстегнеева, Т.Д. Как помочь «особому» ребенку
9. Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. – СПб.: Издательство ППМИ, 2003. – 186 с.
10. Лефрансуа, Ги Прикладная педагогическая психология / Ги Лефрансуа. – Прайм-Еврознак, 2007. - 296 с.
11. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О. Г. Приходько - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 192 с.
12. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 192 с.
13. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. - М., 1989. - 436 с.

14. Лубовский, В.И. Специальная психология / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовский. - М., 2003. - 464 с.
15. Мастюкова, Е.М. Нарушения речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюков, М.В. Ипполитов - М.: 1995.
16. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция - М., 1992. - 95 с.
17. Мастюкова, Е.М. Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий - М., 1999. - № 3. - С. 12 - 15.
18. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом - М.: 2005.- 163 с.
19. Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. – М.: Педагогика - Пресс, 2006. - 284 с.
20. Симонов, П. В. Теория отражения и психофизиология эмоций / П. В. Симонов. - М.: Наука, 1970. – 141 с.
21. Смирнова, Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. - М.: «Проспект», 2016. – 251 с.
22. Саврасов Е.Г. Дети-инвалиды в РФ // Социальная работа. - 2003. - 34с.
23. Смирнова, Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. - М.: «Проспект», 2016. – 251 с.
24. Фадина, Г.В. Специальная дошкольная педагогика / Г.В. Фадина - Балашов: Николаев, 2004. – 80 с.
25. Шереги, Ф.Э «Дети с особыми потребностями. Социологический анализ», Москва 2003. - 189 с.
26. Шадриков, В.Д. Готовность детей к обучению // Психология деятельности и способности человека. - М.: Логос, 1996. - 129 с.
27. http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/kr_dcp.pdf
28. http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/60953/1/978-5-7996-2322-7_2018.pdf

29. <http://www.solovevka.ru/reabilitacija-pri-dcp/>
30. <https://med-amko.ru/services/reabilitacija-pri-dcp/>
31. https://physrehab.ru/glossary/cerebral_palsy/
32. <https://dobroserdie.com/reabilitatsiya-detej-s-zabolevanijem-dtsp-v-medsinskich-uchrezhdenijah/>
33. <https://myslo.ru/city/people/interview/kak-prohodit-reabilitacija-detej-s-dcp>

Приложение

Таблица 1

Результаты диагностики по методике оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности детей с детским церебральным параличом после реабилитации

№	Пол, возраст	Шкала «Психическая активация»	Шкала «Интерес»	Шкала «Эмоциональный тонус»	Шкала «Напряжение»	Шкала «Комфортность»
1.	14 (ж)	8 (выс.)	11 (средн.)	12 (средн.)	8 (выс.)	10 (средн.)
2.	14 (ж)	12 (средн.)	13 (средн.)	10 (средн.)	9 (средн.)	14 (средн.)
3.	15 (ж)	8 (выс.)	13 (средн.)	12 (средн.)	9 (средн.)	13 (средн.)
4.	15 (м)	16 (низк.)	7 (выс.)	10 (выс.)	10 (средн.)	10 (средн.)
5.	15 (ж)	16 (низк.)	16 (низк.)	15 (низк.)	13 (средн.)	16 (низк.)
6.	14 (м)	8 (выс.)	12 (средн.)	6 (выс.)	12 (средн.)	8 (выс.)
7.	16 (м)	17 (низк.)	15 (средн.)	11 (средн.)	12 (средн.)	15 (средн.)
8.	15 (м)	8 (выс.)	7 (выс.)	5 (выс.)	17 (низк.)	12 (средн.)
9.	15 (ж)	10 (средн.)	16 (низк.)	15 (средн.)	16 (низк.)	12 (средн.)
10.	14 (ж)	8 (выс.)	8 (выс.)	8 (выс.)	16 (низк.)	7 (выс.)
11.	14 (ж)	18 (низк.)	15 (средн.)	6 (выс.)	8 (выс.)	15 (средн.)
12.	15 (м)	16 (низк.)	11 (средн.)	15 (средн.)	10 (средн.)	12 (средн.)
13.	16(ж)	14 (средн.)	18 (низк.)	14 (средн.)	10 (средн.)	14 (средн.)
14.	15 (м)	8 (выс.)	12 (средн.)	13 (средн.)	12 (средн.)	15 (средн.)
15.	16 (ж)	15 (средн.)	16 (низк.)	17 (низк.)	16 (низк.)	13 (средн.)
16.	15 (м)	15 (средн.)	14 (средн.)	7 (выс.)	16 (низк.)	10 (средн.)
17.	15 (м)	12 (средн.)	10 (средн.)	8 (выс.)	14 (средн.)	10 (средн.)
18.	16 (м)	10 (средн.)	12 (средн.)	16 (низк.)	12 (средн.)	15 (средн.)
19.	15 (ж)	16 (низк.)	15 (средн.)	8 (выс.)	12 (средн.)	10 (средн.)
20.	15 (ж)	10 (средн.)	12 (средн.)	6 (выс.)	12 (средн.)	12 (средн.)
21.	15 (ж)	15 (средн.)	15 (средн.)	7 (выс.)	8 (выс.)	13 (средн.)

Таблица 2

Результаты диагностики по методике оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности детей с детским церебральным параличом до реабилитации

№ п/п	Пол, возраст	Шкала «Психическая активация»	Шкала «Интерес»	Шкала «Эмоциональный тонус»	Шкала «Напряжение»	Шкала «Комфортность»
1.	14 (ж)	9 (средн.)	12 (средн.)	8 (выс.)	8 (выс.)	10 (средн.)
2.	14 (ж)	16 (низк.)	15 (средн.)	12 (средн.)	9 (выс.)	16 (низк.)
3.	15 (ж)	17 (низк.)	13 (средн.)	7 (выс.)	13 (средн.)	13 (средн.)
4.	15 (м)	8 (выс.)	14 (средн.)	13 (средн.)	13 (средн.)	17 (низк.)
5.	15 (ж)	16 (низк.)	17 (низк.)	7 (выс.)	8 (выс.)	16 (низк.)
6.	14 (м)	16 (низк.)	12 (средн.)	10 (средн.)	11 (средн.)	12 (средн.)
7.	16 (м)	17 (низк.)	17 (низк.)	5 (выс.)	8 (выс.)	15 (средн.)
8.	15 (м)	8 (выс.)	10 (средн.)	17 (низк.)	14 (средн.)	12 (средн.)
9.	15 (ж)	12 (средн.)	16 (низк.)	15 (средн.)	14 (средн.)	12 (средн.)
10.	14 (ж)	10 (средн.)	8 (выс.)	7 (выс.)	16 (низк.)	7 (высок.)
11.	14 (ж)	18 (низк.)	18 (низк.)	16 (низк.)	12 (средн.)	15 (средн.)
12.	15 (м)	15 (средн.)	14 (средн.)	15 (средн.)	10 (средн.)	12 (средн.)
13.	16 (ж)	19 (низк.)	19 (низк.)	18 (низк.)	8 (выс.)	17 (низк.)
14.	15 (м)	12 (средн.)	12 (средн.)	13 (средн.)	10 (средн.)	15 (средн.)
15.	16 (ж)	15 (средн.)	18 (низк.)	17 (низк.)	14 (средн.)	17 (низк.)
16.	15 (м)	15 (средн.)	14 (средн.)	16 (низк.)	7 (выс.)	12 (средн.)
17.	15 (м)	12 (средн.)	10 (средн.)	8 (выс.)	11 (средн.)	10 (средн.)
18.	16 (м)	14 (средн.)	12 (средн.)	16 (низк.)	12 (средн.)	16 (низк.)
19.	15 (ж)	15 (средн.)	15 (средн.)	12 (средн.)	12 (средн.)	12 (средн.)
20.	15 (ж)	12 (средн.)	12 (средн.)	10 (средн.)	14 (средн.)	12 (средн.)
21.	15 (ж)	17 (низк.)	16 (низк.)	12 (средн.)	13 (средн.)	13 (средн.)

Таблица 3

Результаты диагностики по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) детей с детским церебральным параличом после реабилитации

№ п/п	Пол, возраст	Самочувствие	Активность	Настроение
1.	14 (ж)	5,6 (высок.)	5,6 (высок.)	5,7 (высок.)
2.	14 (ж)	4,5 (низк.)	5,1 (средн.)	5,5 (средн.)
3.	15 (ж)	5,0 (средн.)	5,8 (высок.)	5,2 (средн.)
4.	15 (м)	5,2 (средн.)	5,8 (высок.)	5,6 (высок.)
5.	15 (ж)	5,0 (средн.)	4,9 (низк.)	4,8 (низк.)
6.	14 (м)	5,2 (средн.)	5,5 (средн.)	5,5 (средн.)
7.	16 (м)	4,9 (низк.)	5,1 (средн.)	5,2 (средн.)
8.	15 (м)	4,5 (низк.)	5,0 (средн.)	5,5 (средн.)
9.	15 (ж)	5,1 (средн.)	5,2 (средн.)	5,3 (средн.)
10.	14 (ж)	5,6 (высок.)	5,6 (высок.)	6,1 (высок.)
11.	14 (ж)	5,1 (средн.)	5,0 (средн.)	5,2 (средн.)
12.	15 (м)	5,7 (высок.)	5,8 (высок.)	5,6 (высок.)
13.	16 (ж)	4,3 (низк.)	4,3 (низк.)	4,9 (низк.)
14.	15 (м)	5,1 (средн.)	5,6 (высок.)	5,3 (средн.)
15.	16 (ж)	4,9 (низк.)	5,1 (средн.)	4,8 (низк.)
16.	15 (м)	5,0 (средн.)	5,1 (средн.)	5,2 (средн.)
17.	15 (м)	5,9 (высок.)	5,7 (высок.)	5,5 (средн.)
18.	16 (м)	5,2 (средн.)	5,0 (средн.)	5,2 (средн.)
19.	15 (ж)	5,5 (средн.)	5,0 (средн.)	4,9 (низк.)
20.	15 (ж)	5,6 (высок.)	5,1 (средн.)	6,0 (высок.)
21.	15 (ж)	4,8 (низк.)	5,0 (средн.)	5,1 (средн.)

Таблица 4

Результаты диагностики по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) детей с детским церебральным параличом до реабилитации

№ п/п	Пол, возраст	Самочувствие	Активность	Настроение
1.	14 (ж)	5,0 (средн.)	5,2 (средн.)	5,2 (средн.)
2.	14 (ж)	4,4 (низк.)	5,1 (средн.)	4,8 (низк.)
3.	15 (ж)	4,7 (низк.)	5,4 (средн.)	5,0 (средн.)
4.	15 (м)	4,9 (низк.)	5,4 (средн.)	5,2 (средн.)
5.	15 (ж)	4,4 (низк.)	4,5 (низк.)	4,5 (низк.)
6.	14 (м)	5,7 (высок.)	4,0 (низк.)	5,5 (средн.)
7.	16 (м)	4,9 (низк.)	4,5 (низк.)	5,2 (средн.)
8.	15 (м)	4,4 (низк.)	5,0 (средн.)	5,5 (средн.)
9.	15 (ж)	4,9 (низк.)	5,2 (средн.)	5,3 (средн.)
10.	14 (ж)	5,6 (высок.)	5,6 (средн.)	5,6 (высок.)
11.	14 (ж)	4,6 (низк.)	4,2 (низк.)	5,2 (средн.)
12.	15 (м)	5,5 (средн.)	5,8 (высок.)	5,3 (средн.)
13.	16 (ж)	4,3 (низк.)	4,2 (низк.)	4,5 (низк.)
14.	15 (м)	5,1 (средн.)	5,6 (высок.)	5,2 (средн.)
15.	16 (ж)	4,6 (низк.)	5,0 (средн.)	4,5 (низк.)
16.	15 (м)	4,7 (низк.)	5,0 (средн.)	5,2 (средн.)
17.	15 (м)	5,0 (средн.)	5,4 (средн.)	5,1 (средн.)
18.	16 (м)	5,0 (средн.)	5,0 (средн.)	4,8 (низк.)
19.	15 (ж)	5,0 (средн.)	4,3 (низк.)	4,5 (низк.)
20.	15 (ж)	5,1 (средн.)	5,0 (средн.)	5,6 (высок.)
21.	15 (ж)	4,6 (низк.)	5,0 (средн.)	5,1 (средн.)

Таблица 5

Результаты диагностики по методике «Экспресс-диагностика склонности к сниженному настроению (дистимии)» детей с детским церебральным параличом после реабилитации

№ п/п	Пол, возраст	Дистимия / тенденция к пониженному настроению / тенденция к пониженному настроению отсутствует
1.	14 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
2.	14 (ж)	3 тенденция к пониженному настроению отсутствует
3.	15 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
4.	15 (м)	6 тенденция к пониженному настроению
5.	15 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
6.	14 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
7.	16 (м)	6 тенденция к пониженному настроению
8.	15 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
9.	15 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
10.	14 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
11.	14 (ж)	3 тенденция к пониженному настроению отсутствует
12.	15 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
13.	16 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
14.	15 (м)	3 тенденция к пониженному настроению отсутствует
15.	16 (ж)	13 дистимия
16.	15 (м)	5 тенденция к пониженному настроению
17.	15 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
18.	16 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
19.	15 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
20.	15 (ж)	3 тенденция к пониженному настроению отсутствует
21.	15 (ж)	6 тенденция к пониженному настроению

Таблица 6

Результаты диагностики по методике «Экспресс-диагностика склонности к сниженному настроению (дистимии)» детей с детским церебральным параличом до реабилитации

№ п/п	Пол, возраст	Дистимия / тенденция к пониженному настроению / тенденция к пониженному настроению отсутствует
1.	14 (ж)	8 тенденция к пониженному настроению
2.	14 (ж)	9 тенденция к пониженному настроению
3.	15 (ж)	6 тенденция к пониженному настроению
4.	15 (м)	6 тенденция к пониженному настроению
5.	15 (ж)	10 дистимия
6.	14 (м)	7 тенденция к пониженному настроению
7.	16 (м)	11 дистимия
8.	15 (м)	7 тенденция к пониженному настроению
9.	15 (ж)	9 тенденция к пониженному настроению
10.	14 (ж)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
11.	14 (ж)	9 тенденция к пониженному настроению
12.	15 (м)	5 тенденция к пониженному настроению
13.	16 (ж)	11 дистимия
14.	15 (м)	6 тенденция к пониженному настроению
15.	16 (ж)	7 тенденция к пониженному настроению
16.	15 (м)	5 тенденция к пониженному настроению
17.	15 (м)	4 тенденция к пониженному настроению отсутствует
18.	16 (м)	5 тенденция к пониженному настроению
19.	15 (ж)	5 тенденция к пониженному настроению
20.	15 (ж)	2 тенденция к пониженному настроению отсутствует
21.	15 (ж)	7 тенденция к пониженному настроению