



**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)  
**ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**Кафедра Подготовки педагогов профессионального обучения и предметных методик**

**Формирование навыков самообслуживания у детей дошкольного  
возраста с детским церебральным параличом на занятиях лечебно-  
физической культурой**  
Магистерская диссертация  
по направлению: 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность (профиль): Психолого-педагогическая реабилитация лиц с  
ограниченными возможностями здоровья  
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:  
91 % авторского текста

Работа рекомендована к защите  
«22» 01 2021 г.  
Зав. кафедрой ПППО и ПМ  
Корнеева Н.Ю.

Выполнил(а):  
Студент(ка) группы ЗФ-309-170-2-1  
Баяхметова Жамал Оралбаевна

Научный руководитель:  
Лапчинская Ирина Викторовна,  
к.п.н, доцент

Челябинск  
2021

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
1.1.Этиология и патогенез детского церебрального паралича .....	9
1.2.Классификация и психофизиологическая характеристика форм детского церебрального паралича .....	16
1.3.Методы абилитации детей с детским церебральным параличом .....	26
1.4.Особенности семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом .....	31
ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ .....	39
ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОСРЕДСТВОМ ЛЕЧЕБНО-ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	
2.1. Организация и методы исследования .....	40
2.2. Содержание коррекционной методики с использованием игровых физических упражнений .....	51
2.3.Ход и анализ результатов опытно-экспериментальной работы .....	60
ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ .....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	76
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	78

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** По данным Министерства Здравоохранения РФ, в последние 30 лет отмечается резкий рост врожденных аномалий: в 2012-2013 годах врожденные пороки развития были выявлены у 3% детей. Приведенное количество возросло в 2,5 раза по сравнению с данными 1982 года – 1,2% детей с врожденными аномалиями [84]. Проблема врожденных аномалий также имеет место и в Республике Казахстан.

В настоящее время продолжается рост числа детей с отклонениями в развитии, которые испытывают затруднения в социализации [14, 40, 79].

Одной из распространенных причин инвалидности являются детские церебральные параличи (далее – ДЦП), возникающие как следствие органического нарушения головного мозга [13, 18, 62]. Распространенность ДЦП достаточно большая: 34-42 ребенка на 10000 новорожденных. Удельный вес ДЦП в структуре всех психоневрологических заболеваний детей составляет 43, 3 %. Особенность детских церебральных параличей заключается в органическом нарушении преимущественно двигательной сферы с рождения, что нарушает развитие и формирование моторных функций ребенка. Несмотря на это, при ДЦП наблюдаются нарушения развития высших аналитических функций, речи, задержка психического развития. В результате создаются условия инвалидизации ребенка, что существенно осложняет процессы воспитания и социализации детей с двигательными патологиями.

Формирование навыков самообслуживания является основным разделом физической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и часто соотносится с понятием «социально-бытовая ориентация» [51].

Л.И. Акатов отмечает, что формирование навыков самообслуживания развивает духовные и физические силы у ребенка с ограниченными возможностями здоровья, посредством расширения его интересов, активной

позиции, создания наиболее благоприятных внешних и внутренних условий [5].

Несмотря на важность развития данной сферы, родители часто не уделяют должного внимания этим процессам. На первый план выходит развитие двигательных навыков ребенка с ограниченными возможностями здоровья [53].

Процесс усугубляется тем, что дети дошкольного возраста с ДЦП не имеют возможности посещать образовательные учреждения, как их сверстники с нормальным развитием. В городах имеются детские сады для различных нозологических групп, однако детских садов компенсирующего вида, в которые могут поступить дети с любой степенью поражения явно недостаточно. Наполняемость таких детских садов не превышает 12 человек. В остальные учреждения принимаются дети, которые могут не только самостоятельно ходить, но и пользоваться основными навыками самообслуживания. Целью их абилитации является коррекция нарушенных функций, развитие познавательной сферы. Такие требования обусловлены тем, что наполняемость групп в таких детских садах до 20 человек, а воспитателей и младшего персонала на группу – 3 человека. Следовательно, несмотря на то, что принимаются дети с нарушениями психофизического развития, работа с ними ведется в неадаптированных условиях. Тем не менее, это соответствует нормативным документам.

Возможности инклюзивного образования, предусмотренные законодательством, не могут быть осуществимы в полной мере из-за нехватки специально обученных кадров [75].

Вопросы организации системы оказания педагогической помощи детям с церебральной патологией в различных условиях обучения освещались в научных трудах Л.И. Акатова, Е.Ф. Архиповой, Л.О. Бадаляна, С.А. Бортфельд, С.П. Евсеева, Л.Т. Журбы, А.А. Дмитриева, В.И. Козьявкин, В.В. Коркунова, Н.Н. Малофеева, А. Пете, А.А. Потапчук, О.В. Тимониной, Л.М.

Шипицыной, Л.В. Шапковой и др., в которых одним из условий их успешной адаптации является учет состояния физического и психического здоровья.

Анализ литературы и оказываемых услуг в образовательных учреждениях позволил выявить **противоречие** между необходимостью формирования навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с двигательными-координационными нарушениями и практически полным отсутствием системной работы в данном направлении.

**Цель исследования** – теоретически обосновать и экспериментально проверить возможность формирования у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом навыков самообслуживания на занятиях лечебно-физической культурой.

**Объект исследования** – физическое развитие детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

**Предмет исследования** – процесс формирования навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены следующие **задачи исследования**:

1. изучить этиологию и патогенез детского церебрального паралича;
2. дать психофизиологическую характеристику форм детского церебрального паралича;
3. выявить методы абилитации детей с детским церебральным параличом;
4. раскрыть особенности семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом;
5. провести эксперимент по формированию навыков самообслуживания у детей с ДЦП;
6. выполнить анализ результатов опытно-экспериментальной работы.

Исходя из анализа актуальности, цели, объекта и предмета исследования, была сформулирована **гипотеза**: существенно улучшить

физическое развитие и развить навыки самообслуживания у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом возможно в процессе специально организованного коррекционного процесса (включения в структуру психологической коррекции специально подобранных игровых физических упражнений).

**Методологической и теоретической основой исследования** являются: положения специальной педагогики и психологии, представленные в научных трудах А.А. Дмитриева, Т.А. Власовой, Л.С. Выготского, В.И. Лубовского, Т.Г. Щедрина, Л.М. Шипицыной и др.; научные работы о структуре двигательного дефекта, изложенные Л.О. Бадалян, Е.И. Гусевым, М.В. Ипполитовой, С.С. Ляпидевским, Е.М. Мастюковой, Е.Д. Хомской и др.; принципы коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса Л.С. Выготского, В.И. Лубовского и др.; принципы консультирования семей В.В. Ткачевой, И.Ю. Левченко; теории педагогических технологий обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата Е.В. Клочковой, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, А.А. Потапчук и др.; основы организации физической реабилитации и адаптивной физической культуры С.П. Евсеева, Л.В. Шапковой, К.А. Семеновой, Н.С. Попова и др.

Совокупность теоретического исследования с решением практических задач обусловила выбор **методов** работы, включающих теоретические методы: анализ психолого-педагогической и специальной литературы; анализ документальных материалов; эмпирические методы: непосредственные, непрерывные и открытые педагогические наблюдения, включающие изучение особенностей двигательных нарушений детей с различными формами ДЦП; формирующий эксперимент; методы статистической обработки результатов экспериментального исследования.

**Экспериментальная база исследования.** Исследование проводилось на базе коммунального государственного учреждения (КГУ) «Кабинет психолого-педагогической коррекции города Костанай» Управления

образования акимата Костанайской области (Р. Казахстан). В исследовании участвовали 10 детей дошкольного возраста с различными формами ДЦП (спастическая диплегия, спастический тетрапарез, атонически-астатическая форма). В процессе опытно-экспериментальной работы участвовали дети с ДЦП от 5 до 7 лет. Уровень интеллектуального развития детей в данном исследовании считался незначимым.

Организация и этапы исследования. Исследование осуществлялось в три этапа в период с 2018 по 2021 годы.

Первый этап – поисково-аналитический (2018-2019 гг.). Определение проблемы исследования, уточнение объекта, предмета, цели, задач, понятийного аппарата изысканий. Изучались психолого-педагогическая и методическая литература, определялись теоретико-методологические основания исследования по изучаемой проблеме, осуществлен первичный сбор и анализ эмпирического материала.

Второй этап – экспериментальный (2019-2020 гг.). Реализована программа экспериментальной работы, включая констатирующий, формирующий и контрольный этапы;

Третий этап – заключительно-обобщающий (2020-2021 г.). Осуществление обработки, анализа и интерпретации результатов проведенного эксперимента, уточнение основных выводов, обобщение, систематизирование и оформление материала магистерской диссертации.

**Научная новизна** исследования заключается в том, что в нем:

- научно обоснованы алгоритм формирования навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с ДЦП и коррекционная методика игровых физических упражнений;
- научно обоснована методика оценивания навыков самообслуживания посредством разработанной карты.

**Теоретическая значимость** исследования заключается в том, что уточнен и обновлен понятийный аппарат: «патогенез ДЦП», «абилитация

детей с ДЦП», «методы абилитации», «самообслуживание детей с ДЦП»; описаны содержательные характеристики уровней сформированности навыков самообслуживания у детей с ДЦП; теоретически обосновано содержание коррекционной работы по формированию навыков самообслуживания у дошкольников с ДЦП.

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что оно дает возможность построить процесс коррекции двигательных умений и формирования у детей с детским церебральным параличом навыков самообслуживания посредством методики игровых физических упражнений. Результаты экспериментальной работы могут быть использованы воспитателями в работе с детьми дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

**Достоверность и обоснованность** основных положений и выводов исследования обеспечивается опорой на концептуальные научные положения психологии и педагогики; комплексностью и адекватностью методов теоретического и опытно-поискового исследования, соответствующих предмету, цели, задачам научного поиска; объективностью способов оценки результатов эксперимента.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Формирование у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом навыков самообслуживания – это целенаправленный процесс взаимодействия взрослого и ребенка, осуществляемый посредством лечебной физической культуры, результатом которого является самостоятельность и независимость от взрослого в выполнении того или иного движения.

2. Формирование у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом навыков самообслуживания осуществляется посредством методики игровых физических упражнений, подобранных с



учетом уровня сформированности двигательных умений и формы детского церебрального паралича.

3. Эффективности формирования у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом навыков самообслуживания способствуют реализация индивидуального маршрута для детей с детским церебральным параличом; включение родителей в процесс коррекции двигательных умений у детей с детским церебральным параличом посредством лечебной физической культурой в домашних условиях.

**Структура магистерской диссертации.** Диссертация состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованной литературы (95 источников).

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

## **1.1.Этиология и патогенез детского церебрального паралича**

Описание больных с врожденными параличами находят еще в трудах Гиппократ, К. Галена, в произведениях древнего искусства, литературы. Но лишь в XVIII – начале XIX века проблема врожденных параличей привлекла внимание исследователей. J. Cazauvielh представил клинко-анатомические параллели при гемиплегиях, для обозначения которых он впервые применил термин «врожденный церебральный паралич» [14, стр. 10]. Врожденные двигательные расстройства, проявляющиеся двусторонним поражением рук и ног, были объединены в клиническую группу и обозначены как «общая мозговая ригидность».

Первое клиническое описание детского церебрального паралича сделал английский хирург-ортопед W.J. Little (1810-1894). Он сам страдал левосторонней косолапостью и в 1853 году опубликовал работу, которая называлась: «О природе и лечении деформаций человеческого каркаса». В 1861 году в лекции о спастической ригидности он заявил, что ребенок может рождаться с серьезными и специфическими недугами. Он доложил об этом на заседании Королевского клинического общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенных при родах травмах головы развились параличи конечностей [90]. Около 100 лет это заболевание называлось болезнью Little.

Спустя 10 лет, после упоминания W.J. Little о больных с непроизвольными движениями W. Hammond впервые применил термин «атетоз» для описания насильственных, червеобразных движений пальцев кисти и предплечья. Его наблюдения относились в основном ко взрослым больным, однако они стимулировали интерес к аналогичным проявлениям у детей с церебральными параличами.

W. Growers наиболее точно дифференцировал различные формы патологических движений и показал, что у детей чаще наблюдаются дистонические движения.

Большой вклад в изучение ДЦП внес известный австрийский невропатолог, психиатр и психолог Зигмунд Фрейд. Он проанализировал случаи, описанные W.J. Little, с позиции невропатолога и создал первую классификацию ДЦП.

В 1906 году немецкий ортопедолог Konrad Biesalski обнаружил «статистику хромоты». Его данные демонстрировали широкую распространенность таких детей среди школьников с нормальным развитием психики и интеллекта. Необходимо было улучшать систему образования и социальной защиты таких детей. Так, впервые в мире в 1920 году в Германии появляется закон «О помощи хромым», по которому лицам с ограниченными возможностями здоровья гарантировались превентивные меры, медицинская, педагогическая и профессиональная реабилитация [31].

В России учреждение для детей с такой патологией впервые появилось в Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий крест» открывает «приют для детей-калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте детей наблюдали врачи, они получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 года консультантом, а затем и руководителем лечебного процесса в приюте становится основоположник отечественной ортопедии, профессор Военно-медицинской академии Г.И. Турнер. В настоящее время на месте первого приюта для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата организован Институт травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера. За многолетний период работы в институте был накоплен огромный опыт не только ортопедохирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с детьми и подростками с церебральным параличом. В 1968 году было организовано отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в течение трех месяцев и за этот период

получал комплексное восстановительное лечение, с ним занимались психолог, логопед, специалист по лечебной физической культуре, а мать обучалась уходу за ребенком, получала элементарные педагогические навыки у логопеда, психолога, педагога-дефектолога [79].

Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

В 1958 году на заседании VIII пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин утвердили и дали определение: «детский церебральный паралич - не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положениями тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга».

В специальной литературе можно найти большое количество разных терминов для обозначения этого типа нарушений. Так, в англоязычной и немецкой литературе используют термины «церебральный паралич» и «спастический паралич» [89, 90]. У французских авторов мы встречаем термин «нарушение моторики церебрального происхождения» [79].

В 1983 году Л.О. Бадалян предложил назвать детские церебральные параличи «дизонтогенетические постуральные дискинезии». Автор справедливо отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. По его мнению, эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений [12].

Термин «дискинезии», предложенный Л.О. Бадаляном в качестве определения детского церебрального паралича, точно отражает характер двигательных патологий при ДЦП, подчеркивает их обусловленность

расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Несмотря на то, что термин «детский церебральный паралич» не отражает полностью весь спектр имеющихся при этом заболевании нарушений, до настоящего времени понятия, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, не предложено.

Сам термин «детский церебральный паралич» подчеркивает, что заболевание возникает на определенном этапе онтогенеза в результате поражения незрелого мозга ребенка [48].

К.А. Семенова определила детский церебральный паралич как заболевание, возникающее в результате поражения головного мозга, перенесенного в перинатальный период развития или в период новорожденности [62]. В современной научной литературе, описывающей данное заболевание, определение термина дополнено: «... сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями» [79, 81, 82]. Несмотря на то, что моторные нарушения у детей с детским церебральным параличом составляют большую часть проблем, однако зачастую они не являются главной проблемой.

В работах начала XX века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с детским церебральным параличом. М.Я. Брейтман первым описал патолого-анатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании нарушения проявляются не только в двигательной сфере, но и интеллекте, и речи [17].

Во второй половине XX века появились работы, посвященные изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом [1, 24, 29, 30, 38, 62, 63, 92].

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру

неврологических и психических расстройств. Наблюдается не только замедленный темп психического развития в целом, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций [30, 32, 62].

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальном периоде [81].

В качестве причин развития ДЦП принято выделять пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы. На практике чаще всего встречаются комбинации факторов, действующих на разных этапах своего развития.

По данным ряда отечественных и иностранных исследователей решающая роль в возникновении ДЦП принадлежит факторам пренатального периода – от 37 до 60%, доля натальных – от 27 до 40%, а постнатальных – от 3 до 25% [20, 66, 91, 95]. Вместе с тем, отдельные авторы не придают решающего значения в этиологии ДЦП пренатальному периоду. Так, по мнению Dechesne В.Н., только в 30% случаев причины ДЦП лежат в пренатальном периоде; в 60% – связаны с самими родами и в 10% – возникают после рождения в раннем возрасте.

Пренатальные факторы включают в себя:

- состояние здоровья матери (конституция, соматические, эндокринные, инфекционные заболевания, вредные привычки, осложнения предыдущей беременности и др.);
- отклонения в ходе беременности (лечение тиреоидными гормонами, потребление матерью эстрогенных гормонов, внутриматочные повреждения, кровотечение в поздние сроки беременности);
- факторы, нарушающие развитие плода (вес менее 1500 г, ненормальная позиция плода, беременность сроком менее 37 недель, выраженный

дефект родов, аномалия конечностей, микроцефалия, генетические факторы).

Среди перечисленных факторов риска ДЦП наиболее широкому обсуждению в литературе подвергается фактор низкой массы тела. Установлен высокий процент детей с ДЦП среди тех, кто имел низкий вес при рождении (от 43 до 50%) [81].

Примерно в 2% случаев основную роль в развитии ДЦП имеет генетический фактор. В пользу генетической этиологии ДЦП свидетельствуют отдельные исследования природы ДЦП у близнецов [31].

К перинатальным факторам относятся:

- асфиксия в родах;
- родовая травма.

Особенно детально изучен механизм асфиксии: кислородная недостаточность в родах ведет к расширению сосудов и их тромбозу, возникает ишемия мозга, и в итоге могут развиваться тяжелые церебральные нарушения.

Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при рождении, неправильное предлежание плода, скоротечные роды, длительные потуги, слабость родовой деятельности, преждевременные роды и др.

Постнатальные факторы включают в себя:

- травмы черепа и костей, субдуральные гематомы и др.;
- инфекции (менингит, энцефалит, абсцесс мозга);
- интоксикации лекарственными веществами, антибиотиками, свинцом, мышьяком и др.;
- кислородная недостаточность при удушении, утоплении и др.;
- нарушения вследствие новообразований и других приобретенных отклонениях в мозге (опухоли, кисты, гидроцефалия) [59].

Все перечисленные причины описывают общую картину возникновения ДЦП. Для получения более точных представлений об этиологии заболевания,

необходимо проанализировать причины развития форм ДЦП, выделенные от преобладания тех или иных проявлений двигательной дисфункции.

## **1.2.Классификация и психофизиологическая характеристика форм детского церебрального паралича**

Первым ученым, который предложил классификацию ДЦП был З. Фрейд. «Генерализованную ригидность» он предложил называть «диплегией». Этот термин служил противоположностью одностороннему поражению при гемиплегиях. Ученый подразделил диплегии на четыре типа:

- собственно болезнь Литтла, при которой руки поражены меньше, чем ноги («генерализованная ригидность»);
- спастические параличи ног с минимальным поражением рук («параплегическая ригидность»);
- двусторонняя гемиплегия, при которой руки поражены больше, чем ноги, в большей степени выражена мышечная ригидность (сумма гемиплегий, обусловленная двусторонним поражением мозга);
- двусторонний атетоз и общая врожденная хорея (эта форма имеет две фазы – ранняя, паралитическая, и поздняя, гиперкинетическая).

Описывая «параплегическую ригидность» З. Фрейд считал, что эта форма представляет собой не спинальное, а церебральное поражение, так как часто сопровождается другими мозговыми нарушениями, такими, как задержка речевого развития, снижение остроты зрения, слуха, судороги, косоглазие.

Зигмунд Фрейд критически относился к подразделению церебральных параличей по патоморфологическому признаку или в зависимости от характера и времени действия этиологического фактора. По его мнению, этиологические факторы многообразны и часто сочетаются друг с другом, в



связи с чем трудно определить на каком этапе произошло поражение мозга и какой фактор сыграл решающую роль.

Таким образом, З. Фрейд выделил типы церебральных параличей (кроме вялой формы), которые положены в основу почти всех последующих классификаций [14]. Вялую форму ДЦП подробно описал О. Foerster, хотя об аналогичных больных сообщалось и ранее (З. Фрейд 1893, 1907; G. Anton, 1903; F.E. Batten, 1905).

В 1944 году F. Ford разработал новую классификацию, разделив в ней врожденную спастическую диплегию, врожденную спастическую параплегию, врожденную двойную гемиплегию, врожденную гемиплегию, врожденную моноплегию, врожденный псевдобульбарный паралич, врожденную атоническую диплегию, врожденные атетоз, хорю и ригидность, врожденную мозжечковую атаксию. При этом F. Ford не стал объединять эти синдромы в группу детских церебральных параличей, а описал их как самостоятельные формы патологии, которые изложил в главе «Перинатальные заболевания нервной системы».

В 50-е годы XX века появились классификации, в которых авторы пытались подразделить детские церебральные параличи в зависимости от характера мышечного тонуса, распространенности двигательных нарушений, степени тяжести, функциональных возможностей, сочетанных неврологических расстройств, этиологии. К ним относятся классификации М. Н. Perlstein, В. Anderson, С. Vali и Т. Ingram. W. Minear предложил классификацию, в которой наряду с типом расстройства движений учитывались физическое развитие, психологический статус, расстройства зрения, слуха, речи, компенсаторные возможности.

Предложенные классификации имели очень громоздкое содержание, поэтому на практике оказались не удобными в использовании. Оказалось невозможным создать классификацию, в которой были бы отражены все

известные признаки, так как даже в рамках одной формы ДЦП могут быть колоссальные различия в проявлении этих признаков у разных детей.

Более приемлемыми оказались классификации, которые построены на основании распространенности нарушений и типа мышечного тонуса, например классификации Клуба Литтла (Little Club, 1959) или К. Vobath и В. Vobath. Классификации Клуба Литтла содержала в себе:

- спастический церебральный паралич (гемиплегия, диплегия, двойная гемиплегия);
- дистонический церебральный паралич;
- хореоатетодный церебральный паралич;
- смешанные формы церебрального паралича;
- атаксический церебральный паралич;
- атоническая диплегия.

К. Vobath и В. Vobath подразделяют церебральные параличи на следующие формы:

- диплегия спастическая;
- тетраплегия (тетрапарез);
- спастическая;
- атетодная (в эту группу авторы относят и смешанные формы: спастичность с атетозом или хореоатетозом; спастичность с атаксией; атетоз с атаксией);
- дистоническая (по мере развития ребенка мышечная дистония в сочетании с атетозом или хореоатетозом становится ведущим синдромом; при тетраплегии одна сторона может быть поражена больше, чем другая);
- гемиплегия спастическая (иногда при этой форме у детей старшего возраста может появляться атетоз в дистальных отделах конечностей);

- моноплегия спастическая (наблюдается редко; когда дети становятся старше, отчетливо видно, что это в действительности легкая форма гемиплегии);
- параплегия спастическая (в «чистом» виде практически не наблюдается; как правило, это диплегия с легким поражением рук, которое в раннем возрасте четко не определяется [87]).

К. Bobath и В. Bobath не выделяют атаксическую форму, так как, по их мнению, она встречается редко. Чаще атаксия наблюдается в сочетании со спастичностью, атетозом, либо в сочетании и с тем, и другим [88].

Варианты классификаций детского церебрального паралича, применявшиеся клиницистами в нашей стране, приведены в монографиях Т.П. Симпсон и соавторов, Д.С. Футера, М.Б. Цукер, К.А.Семенов и соавторов.

Д.С. Футер подразделил ДЦП на спастическую диплегию, гемиплегию, двойную гемиплегию, моноплегию, мозжечковую атаксию и двойной атетоз. Все эти синдромы, Д.С. Футер объединил в одну форму «врожденные церебральные параличи и гиперкинезы». Болезнь Литтла он выделил в отдельную форму, так как она обусловлена родовой травмой. По мнению Л.О. Бадалян, Л.Т. Журбы и О.В. Тимониной, такая трактовка представляется искусственной, поскольку в происхождении любой формы церебрального паралича могут играть роль как родовые, так и внутриутробные повреждения центральной нервной системы, а чаще всего они сочетаются [14].

М.Б. Цукер предложил свою классификацию, схожую с Клубом Литтла. Выделены следующие формы: спастическая диплегия (синдром Литтла), спастическая гемиплегия и двойная спастическая гемиплегия (тетраплегия), псевдобульбарный паралич, мозжечковая форма, гиперкинетическая форма (двойной атетоз). Мозжечковая форма по своим признакам соответствует атонически-астатическому типу диплегии, описанному О. Foerster.

С интерпретацией псевдобульбарной формы, предложенной М.Б. Цукер, как самостоятельной вряд ли можно согласиться, поскольку

псевдобульбарный синдром в изолированном виде при детских церебральных параличах встречается крайне редко, а сам термин «псевдобульбарный паралич» был использован Н.У. Орпенheim для обозначения форм двусторонней гемиплегии, сопровождающихся выраженными псевдобульбарными нарушениями [14].

В настоящее время в нашей стране пользуются классификацией К.А. Семеновой, сходной с классификациями А. Ford, М.Б. Цукер, Д.С. Футера и Клуба Литтла, но с некоторыми модификациями. Данная классификация подразделяется на следующие формы: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, гемиплегическая форма, атонически-астатическая форма.

Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина в 1988 году предложили внести изменения в имеющуюся классификацию, сделав разграничения по возрасту ребенка. Таким образом, они предлагали разделить формы на возрастные группы раннего и старшего возрастов. Ранний возраст включает: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), дистоническую форму, гипотоническую форму. Старший возраст подразделен на: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), гиперкинетическую форму, атактическую форму, атонически-астатическую форму, смешанную форму (спастико-атактическую, спастико-гиперкинетическую, атактико-гиперкинетическую). В представленной классификации показаны формы, которые проявляются на определенном периоде развития ребенка.

Вопросы классификации неоднократно рассматривались Международным обществом церебрального паралича, однако до настоящего времени они все еще остаются дискуссионными. Ни одна из предложенных классификаций не совершенна. Многообразие факторов, вызывающих поражение мозга, отсутствие специфики ответных реакций, расстройства взаимосвязей функциональных систем в процессе их развития затрудняют

попытки уложить хотя бы основные характеристики церебрального паралича в строго определенные рамки [14].

И.П. Антонов в своих трудах указывал, что для достоверного изучения заболеваемости первостепенное значение имеет наличие унифицированной классификации, позволяющей упорядочить подход к диагностике, а также к формулировке и трактовке диагноза [8].

Для формирования более полной картины о детском церебральном параличе, необходимо описать каждую форму. Для этой цели, используем классификацию К.А. Семеновой [62].

Двойная гемиплегия – самая тяжелая форма ДЦП. Возникает при значительном поражении мозга в периоде внутриутробного развития. Проявляется в виде выраженных деструктивно-атрофических изменений, расширением субарахноидальных пространств и желудочковой системы мозга. Имеется псевдобульбарный симптом, слюнотечение и др. Оказываются тяжело нарушенными все важнейшие человеческие функции: двигательные, психические, речевые [78].

Двигательные нарушения проявляются уже в период новорожденности, как правило, отсутствует защитный рефлекс, резко выражены все тонические рефлексы. В последствие не развиваются цепные установочные рефлексы, соответственно, ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить [60].

По причине повышенной активности тонических рефлексов ребенок в положении лежа на животе или спине имеет резко выраженные сгибательную или разгибательную позы. Все сухожильные рефлексы очень высокие, тонус мышц в руках и ногах резко нарушен. Произвольная моторика совсем или почти не развита.

Психическое развитие детей находится обычно на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени. Речь отсутствует: анартрия или

тяжелая дизартрия. Прогноз дальнейшего развития двигательной, речевой и психических функций неблагоприятен [81].

Спастическая диплегия – самая распространенная форма ДЦП, ранее была известна под названием болезнь или синдром Литтля. По распространенности нарушений спастическая диплегия является тетрапарезом, то есть поражены и верхние, и нижние конечности, но последние более выражено.

По данным Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук, у детей с этой формой ДЦП часто наблюдается задержка психического развития, которая при раннем лечении может быть устранена к окончанию дошкольного периода. Помимо задержки психического развития, у 30-35% детей наблюдается умственная отсталость, у 70% – речевые нарушения в форме дизартрии, значительно реже - в форме моторной алалии [12].

В связи со временем и силой действия повреждающих факторов в период развития, тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широких пределах. В зависимости от степени тяжести поражения мозга уже в период новорожденности слабо выражены или не возникают врожденные двигательные рефлексы [11]. Таким образом, можно говорить о нарушении основы, на базе которой формируются необходимые установочные рефлексы. Хватательный рефлекс и шейные тонические рефлексы чаще всего усилены.

При выраженности симметрично шейно-тонического рефлекса при сгибании головы возникает самая характерная для этой формы ДЦП поза - сгибание верхних конечностей при одновременном разгибании нижних, а при разгибании головы – разгибание верхних, сгибание нижних конечностей. Эта сильная связь тонических рефлексов с мышцами к 2-3 годам без необходимой медицинской и педагогической помощи приводит к формированию стойких патологических синергий и как следствие – к стойким порочным позам и установкам [81].

Спастическую диплегию подразделяют на три степени тяжести нарушений: тяжелую, среднюю и легкую.

Дети с тяжелой степенью не передвигаются самостоятельно либо при помощи костылей, ходунков. Манипулятивная функция рук снижена, самообслуживание частичное. В связи с порочными позами относительно быстро развиваются контрактуры и деформации во всех суставах нижних конечностей. По причине более тяжелого поражения основы освоения двигательными действиями, установочные выпрямительные рефлекс формируются слабо [13].

Дети со средней степенью передвигаются, но имеют видимые поражения в осанке. Манипулятивная функция рук развита хорошо [18]. Тонические рефлекс выражены незначительно, контрактуры и деформации развиты в меньшей степени.

Легкая степень спастической диплегии подразумевает самостоятельное передвижение ребенка, но с замедленностью и неловкостью движений в верхних конечностях, незначительное ограничение объема активных движений в нижних конечностях. В большей степени снижение амплитуды и активности движений заметно в голеностопных суставах.

Стоит отметить, что при любой степени спастической диплегии остаются возможными вторичные нарушения психических и речевых процессов, но часто в меньшей степени, в отличие от двойной гемиплегии.

По мнению В.А. Бронникова, А.В. Одинцовой, Н.А. Абрамовой, А.А. Наумова, О.К. Малышевой, прогноз более благоприятный в области преодоления психических и речевых нарушений, но менее – в формировании движений [19].

Гемипаретическая форма – форма ДЦП, характеризующаяся поражением одноименной руки и ноги. В 80% случаев развивается у ребенка в постнатальный период вследствие травм и инфекций, так как поражаются

пирамидные пути головного мозга [81]. При правостороннем поражении мозга - нарушения протекают по левой стороне тела, при левостороннем - правая.

При гемипарезе, в отличие от спастической диплегии, отмечают более сильное поражение верхних конечностей. При этом, правосторонний гемипарез встречается чаще, чем левосторонний. Это связано с тем, что левое полушарие при воздействии вредных факторов поражается как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны.

По данным И.И. Мамайчук, у 25-35% детей наблюдается легкая степень умственной отсталости, у 45-50% – задержка психического развития, у 20-35% детей – речевые расстройства в форме дизартрии и моторной алалии [38].

После рождения у ребенка с гемипаретической формой ДЦП все врожденные двигательные рефлексы оказываются сформированными. Несмотря на этот благоприятный факт уже на самом раннем периоде развития можно выявить ограничения спонтанных движений и высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях. Ребенок проходит все этапы развития вовремя или с небольшим опозданием, при этом поза оказывается ассиметричной из-за поражения одной из сторон тела, что в последствие может привести к сколиозу и вторичным нарушениям.

Двигательные нарушения сформированы уже к 2-3 годам и далее не прогрессируют. При этом они носят стойкий характер, не смотря на проводимое лечение.

При гемипаретической форме ДЦП выделяют также три степени тяжести. При тяжелой степени поражения верхней и нижней конечности наблюдается тонус мышц по типу спастичности или ригидности. Манипулятивная функция руки практически отсутствует, объем активных движений пораженных конечностей минимален. В паретичной руке и ноге отмечается гипотрофия мышц и замедление роста костей, поэтому пораженные конечности уменьшены. Самостоятельная ходьба формируется в возрасте около 3 лет. В связи с нарушениями наблюдается грубое нарушение



осанки, сколиоз позвоночного столба и перекос таза. По данным Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук, у 25-35% детей выявляется умственная отсталость, у 55-60% – речевые расстройства [81].

Средняя степень гемипаретической формы поражения опорно-двигательного аппарата характеризуется менее выраженными трофическими расстройствами, нарушениями тонуса мышц и объема движений. Самостоятельная ходьба формируется с возраста 2 лет. Манипулятивная функция руки слабо выражена, но дети могут захватывать рукой предметы. По данным Л.В. Шапковой у 20-30% детей наблюдается ЗПР, у 15-20% – умственная отсталость, у 40-50% – речевые расстройства [79].

При легкой степени гемипаретической формы ДЦП наблюдается незначительное нарушение тонуса мышц. Объем активных движений в руке сохранен, но отмечается неловкость движений. Самостоятельная ходьба формируется с 13-15 месяцев. По данным Л.В. Шапковой у 25-30% детей отмечается ЗПР, у 5% – умственная отсталость, у 25-30% – речевые расстройства [79].

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется насильственными движениями (гиперкинезами), мышечная ригидность шеи, туловища, ног [14]. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при рассматриваемой форме ДЦП выше по сравнению с остальными [31]. Врожденные двигательные рефлексy нарушены, врожденные движения вялые и ограниченные.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. У детей нарушено самообслуживание, движения несоразмерны, неритмичны. Имеют трудности в освоении письма. По данным А.А. Потапчук в 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести [52].

Последнее время авторы В.И. Козьякин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов описывают еще одну форму ДЦП – смешанную. Смешанная форма ДЦП характеризуется комбинацией различных форм. Чаще всего, это сочетание спастичных форм и атонически-астатической [33].

### **1.3. Методы абилитации детей с детским церебральным параличом**

Наиболее распространенными авторскими методами абилитации детей с ДЦП являются:

- метод нейроразвивающей терапии (Карел и Берта Бобат);
- метод рефлекс-локомоций (Вацлав Войта);
- метод кондуктивной педагогики (Андраше Пете);
- метод динамической проприоцептивной коррекции (К.А. Семенова).

Остановимся на каждом методе более подробно.

Метод рефлекс-локомоций В. Войта был создан эмпирически в ходе изучения моторных реакций в ответ на специфическую стимуляцию, проводимую в определенных положениях ребенка. Целью метода является развитие у ребенка опорной функции конечностей, навыков контроля положения тела и координации движений. Задача, которую ставит перед собой специалист – формирование движений, соответствующих возрасту пациента. Основой метода является использование рефлекса ползания и рефлекса переворота. Лечебный эффект достигается при частом повторении упражнений на протяжении длительного времени. Важно отметить, что метод направлен на создание модели координированной работы мышц, на базе которой в последующем и будут сформированы необходимые движения.

В основе данного метода лежит методика диагностики психофизиологических патологий новорожденных, благодаря которой можно вступить в абилитационный процесс на раннем этапе развития. Это

увеличивает шансы на полноценное восстановление психофизических функций. Раннее вмешательство является основным принципом работы с детьми с ДЦП, так как чем раньше начнется реабилитационный процесс, тем, можно предположить, меньше патологических рефлексов получают развитие.

Обязательными участниками лечебного процесса являются родители детей с ДЦП, которые под руководством специалиста проходят курс обучения по методу Войта, а затем самостоятельно проводят реабилитационные мероприятия в домашних условиях.

Метод нейроразвивающей терапии является альтернативой предыдущему методу – Войта-терапии. Он основывается на онтогенетической последовательности моторного развития. Данный метод направлен на реабилитацию детей со спастической формой ДЦП. Его суть заключается в выявлении позиций тела, которые помогают затормозить влияние патологических рефлексов. Это, в свою очередь, способствует нормализации мышечного тонуса и улучшение рецепторной чувствительности.

Нейроразвивающее лечение было направлено на восстановление систем, которые были нарушены при поражении центральной нервной системы. Помимо этого, особое внимание уделялось сенсомоторному контролю мышц, мышечного тонуса, моторной памяти, а также механизмам постурального контроля. Как отмечают в своих трудах В.И. Козьявкин, Н.Н. Сак, О.А. Качмар, М.А. Бабадаглы, А.Н. Белова, ребенок в этой системе был сравнительно пассивным реципиентом нейроразвивающего лечения [15, 16, 33].

Всеми движениями управляет непосредственно специалист. Наибольший контроль оказывается положению головы, плечевого пояса и тазового пояса. Специалист провоцирует возникновение реакций выпрямления, посредством многократного воспроизведения определенных рефлексов.

«Бобат-терапия» направлена на:

- стимулирование «правильных» движений;

- подавление патологических поз и моделей движения;
- нормализацию тонуса мышц;
- проприоцептивную чувствительность.

Для проведения Войта и Бобат терапии используются специализированные столы с расширенными размерами кушетки. Положение пациента на столе может меняться, так как концы стола поднимаются и опускаются в зависимости от применяемых исходных положений.

Кондуктивная педагогика была разработана венгерским врачом и педагогом Андраше Пете после Второй мировой войны. По мнению профессора Пете, моторные нарушения развиваются не только вследствие повреждения двигательных центров мозга, но являются также результатом нарушения процессов интеграции, что ведет к недостаточному взаимодействию разных отделов мозга [76]. В основе метода – мобилизация интегрирующей способности нервной системы с помощью направленного и активного процесса обучения. А. Пете считал, что в основе патологии лежит общее нарушение познавательных способностей, которое оказывает отрицательное влияние на моторику и личностное развитие в целом. Андраше Пете произвел революцию в существовавших подходах: «Отвлечитесь, наконец, от парализованных мышц и займитесь личностью в ее целостности» [76, с. 31]. Все упражнения комплекса базируются на физиологических движениях. Во время занятий широко применяют «лечение ритмом», используя ритмические движения, танцы, песни, стихи [7].

Педагог-кондуктолог, производящий занятия с ребенком, создает возможности для обучения детей. Одним из утверждений, составляющим фундамент данной методики, является то, что даже ребенок с тяжелыми поражениями способен развиваться, его не считают «неспособным», а предполагают, что он был лишен возможности нормально учиться. Это положение оптимистично действует на родителей, так как большинство

медицинских методик реабилитации направлены не на развитие возможностей, а на коррекцию нарушений.

Организационные формы данного метода направлены не только на раннюю помощь, но и дальнейшее обучение. Метод кондуктивной педагогики может успешно использоваться в рамках обучения по адаптивной физической культуре. В г. Екатеринбурге кондуктивная педагогика лежит в основе обучения и воспитания детей в детском саду компенсирующего вида, в котором занимаются 12 детей с различными формами и степенью нарушений опорно-двигательного аппарата.

Оборудование для кабинета абилитации по методу кондуктивной педагогики состоит из:

1. Специализированный притч, на котором проводится лечение «положением» или подготовительная часть занятия.
2. Брусья для ходьбы с горизонтальной лестницей для перешагивания. Брусья могут быть закреплены на разную высоту, а так же использоваться по отдельности для формирования навыка ходьбы за одну руку. Лестница также может быть убрана в зависимости от цели упражнения.
3. Вертикальная лестница входит в состав притча, стульев (заменяет спинку), а также используется отдельно.
4. Цилиндр для обучения ходьбе на коленях.
5. Специализированные стулья разной ростовки, в которых обычная спинка заменена перекладинами.
6. Вертикализаторы тела, состоящие из поверхности в виде реек, за которые удобно фиксировать с помощью эластичного бинта конечности пациента.

Все элементы оборудования деревянные, что является безопасным и экологичным для использования в детском учреждении.

Метод динамической проприоцептивной коррекции К.А. Семеновой направлен на восстановление моторики путем коррекции афферентного проприоцептивного потока, который непосредственно действует на основные

структуры центральной нервной системы. В результате апробации данного метода были разработаны специальные костюмы для абилитации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: «Пингвин» и «Адели» [61].

Гадирова Н.Н. в своем диссертационном исследовании утверждала, что социально-педагогическая деятельность специалистов, работающих с детьми, имеющими ограничения физического здоровья, должна быть направлена на успешную адаптацию в социальной и социокультурной среде [23].

Адаптивное физическое воспитание является самой важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с детским церебральным параличом. Развитие двигательной сферы ребенка вызывает большие сложности, особенно в раннем и дошкольном возрасте, когда ребенок еще не осознает своего дефекта и не стремится к его активному преодолению [77].

В современной системе абилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата применяются следующие организационные формы:

1. Курсовое лечение – около 2 раз в год в санаториях региона, где проживает ребенок. Применяют: занятия по ЛФК, логопедии, массаж, физиотерапию.

2. Посещение специализированного образовательного учреждения, применяют занятия согласно учебному плану и федеральному государственному образовательному стандарту. Лечебная физическая культура проводится в рамках предмета «Физическая культура» – не менее 3 часов в неделю в групповой форме.

3. Посещение общеобразовательного учреждения в форме инклюзивного образования. Несмотря на необходимость и важность включения лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество, данная форма на данный момент имеет больше вопросов в реализации. Так как в общеобразовательных учреждениях отсутствуют специалисты сферы специального образования.

#### **1.4. Особенности семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом**

В литературе неоднократно указывалось на необходимость изучения особенностей таких семей и на разработку коррекционных мер, предназначенных для реализации им конкретной помощи. В работах М.М. Семаго рассматривается проблема консультирования семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья. М.М. Семаго указывал на высокую вероятность распада семей, не сумевших преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка, с тяжелыми нарушениями развития [57, 58].

Среди отечественных авторов ведущее место в разработке этой проблемы принадлежит В.В. Ткачевой, в работах которой определены принципиальные подходы к организации и содержанию консультирования данной категории семей [72].

Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как трагедия, потеря перспектив дальнейшей жизни. Нарушения в развитии любой сферы ребенка, вызывают у родителей, в первую очередь у матерей, сильнейший стресс. Признаки как видимого «калечества» (обезображенная фигура, гримасы на лице, слюнотечение), так и двигательная или любая другая (интеллектуальная или речевая) несостоятельность ребенка оказывают сильное угнетающее воздействие на каждого члена семьи [3, 4].

Реакции родителей на факт рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья носят не конструктивный характер и могут большим препятствием на пути социальной адаптации самого ребенка и его родителей [76]. Совместная работа родителей со специалистами по поиску рациональных путей социальной адаптации детей, забота об их будущем, воспитании, образовании является основой абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [47, 65].

По мнению Т.И. Целевич, ведущей проблемой семьи, воспитывающей ребенка с ДЦП, является ее социальная адаптация в обществе, вызванная совершенно новыми условиями жизнедеятельности, в которых оказалась семья после рождения «особого» ребенка [77]. Родителям необходима система знаний, формирующих у них технологии ухода, обучения, воспитания, общения с ребенком [28].

Г.А. Мишина в своей работе по изучению формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с нарушениями в развитии выявила, что особенности поведения ребенка обуславливают отношение родителей к нему в процессе взаимодействия. У многих родителей отмечается неумение создавать ситуацию совместной деятельности, несформированность потребности в общении, незэмоциональное взаимодействие, неадекватные позиции по отношению к ребенку [56]. У родителей проявляется неуверенность в процессе воспитания и несформированность чувствительности по отношению к ребенку. Необходимо подчеркнуть, что чем больше выражено отставание в психофизическом развитии, тем более опекаемым становится ребенок, а поведение близких – все более директивным [45].

Л.А. Арсенова в своем исследовании указывала на зависимость психического развития детей с особыми потребностями от семейных отношений [10].

В. Гольдберг говорит о различном восприятии ребенка с отклонениями в развитии родителями и выделяет четыре группы семей:

- семьи, которые реагируют на появление аномального ребенка возникновением специфических проблем;
- семьи, где присутствие такого ребенка сопровождается частыми семейными конфликтами;



- семьи, где интрапсихический конфликт, обусловленный рождением аномального ребенка, происходит на невротическом, или на психопатическом уровне;
- семьи, которые почти полностью разобщены, изолированы от общества [64].

В современной психологической литературе можно встретить различные классификации стилей семейного воспитания. Например, В.Н. Дружинин делит стили взаимоотношений в семье на три основных: авторитарный, либеральный и демократический [25].

Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис предложили следующую классификацию нарушенных типов семейного воспитания:

- потворствующая гиперпротекция;
- доминирующая гиперпротекция;
- эмоциональное отвержение;
- повышенная моральная ответственность;
- гипопротекция [83].

К детям с ограниченными возможностями здоровья в семьях предъявляются, как правило, заниженные требования. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенок обычно ограничен в собственной активности. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности, что влечет за собой трудности общения, установления межличностных, межполовых контактов [47, 85].

Так, в 2005 г. Е.В. Устиновой было проведено исследование, в котором приняли участие 60 дошкольников в возрасте 5-6 лет с ДЦП (спастическая диплегия и гиперкинетическая форма), а также их родители. У детей изучались доминирующие группы страхов, уровень тревожности, эмоциональное отношение к близким людям; у родителей выявлялось эмоциональное принятие ребенка, его заболевания, а также тип семейного воспитания. На основании данных экспериментального исследования были сделаны выводы, что процесс

воспитания в семьях детей с ДЦП нарушается по типу потворствующей гиперпротекции в сочетании с недостатком требований и запретов, минимальностью санкций в 75% случаев [74].

Несмотря на это, отечественные авторы в своих исследованиях утверждают, что встречаются семьи, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестком обращении. [71, 86]

В результате проведенного Е.В. Устиновой исследования были выявлены причины негармоничного воспитания и искажения родительско-детских отношений в семьях дошкольников с ДЦП:

- воспитательная неуверенность родителей (90% семей);
- страх за здоровье ребенка (60%);
- повышенный уровень тревожности (у 93% матерей и 60% отцов);
- эмоциональное соотнесение в восприятии родителей личности ребенка с ДЦП с понятиями «тревога» (56%) и «болезнь» (36%);
- эмоционально-отрицательное отношение к понятию «материнство» (6,7%) и к понятию «отцовство» (36%);
- неустойчивость воспитательной тактики в семье (20%);
- чувство вины перед ребенком (60%);
- предпочтение родителями детских качеств в процессе воспитания ребенка (60%) [74].

А.С. Спиваковская указывала на то, что в тех семьях, где имеется ребенок с ограниченными возможностями развития, особенно ярко проявляются неадекватность, «сиюминутность внутрисемейных отношений», т.е. все, что происходит в семье, главным образом, связано с текущими «сегодняшними» проблемами жизни ребенка. В семье с ребенком с нормальным развитием обратная ситуация: наблюдается адекватность, «прогностичность в оценках происходящего», направленность на будущее ребенка [67].

Л.И. Акатов описывал взаимодействие родителей детей с ограниченными возможностями здоровья друг с другом. Характер общения семей во многом определяется их индивидуальными особенностями. Члены гармоничных семей, в большинстве случаев, не замыкаются в рамках отношений только между собой, а имеют друзей, свои любимые занятия. Эти связи с внешним миром являются большим источником поддержки в проблемных ситуациях [5].

В зарубежной литературе имеются работы, в которых рассматриваются стадии адаптации к стрессу семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями развития. Так, Schuchardt E. полагает, что семья, имеющая ребенка с проблемами в развитии, переживает две основные фазы кризиса:

- непринятие факта нарушения развития, которое проявляется в виде шока или отрицания существования проблемы;
- приспособление к пониманию происходящего и его принятие [93].

Miller L., Richmond J. выделяют три стадии:

- эмоциональная дезорганизация – у родителей наблюдаются аффективно-шоковые реакции;
- реинтеграция – возможна более реалистичная оценка стрессовой ситуации родителями;
- зрелая адаптация – оба родителя адекватно оценивают ситуацию [47].

E. Schuchardt выделяет следующие кризисные состояния:

1. Неизвестность, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рушится привычная «нормальная» жизнь.

2. Известность, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональном уровне и ее отрицание на уровне эмоций и чувств.

3. Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

4. Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Это либо поиск медицинского «светила», либо чудесное исцеление через Бога.

5. Депрессия. Возникновение состояния безысходности, в связи с неуспешностью на предыдущем этапе.

6. Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

7. Активизация. Активное построение и осуществление жизненных планов.

8. Солидарность. Объединение в группы с другими родителями, имеющими аналогичные трудности [93].

Чтобы родительская любовь стала силой, формирующей характер и психическое состояние ребенка, по мнению Л.М. Шипицыной, родители детей с ограниченными возможностями здоровья должны обладать следующими ключевыми чертами:

- иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;
- строить свои отношения к ребенку на ожидании успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности;
- четко знать, что ребенок не может вырасти без атмосферы похвалы;
- развивать самостоятельность своего ребенка и поэтому по возможности сокращать постепенно свою помощь до минимума [80].

Нарушения процесса воспитания и эмоционального контакта родителей с ребенком отражаются на его эмоциональном самочувствии и отношении к близким людям. По данным Л.А. Арсеновой, у дошкольников с церебральным параличом наблюдаются высокие показатели отрицательного отношения к себе, нейтрального отношения к матери и отрицательное отношение к отцу [10].

Среди детей с ДЦП часто встречаются дети со сложным дефектом, который проявляется в совокупности двигательной и интеллектуальной патологий.

Исследований родительского отношения к детям с такой патологией в литературе нет, но можно предположить, что сочетание столь явных для окружающих нарушений вызывает у родителей чувство безысходности. Родители в беседах часто высказывали факты безразличного отношения к детям не столько со стороны близких людей, но со стороны специалистов. «Нам никто ничего не советует», «Да кому мы нужны?», – эти фразы можно часто услышать от них. Чувство безысходности, понимание тяжести нарушений обрушивается на родителей детей со сложным дефектом.

Когда их дети достигают школьного возраста, родители постепенно смиряются с этой ситуацией. Возникают две группы родителей: в первой – родители приняли факт наличия тяжелых интеллектуальных и двигательных расстройств у ребенка, во второй – родители, которые борются с происходящим, постоянно посещая специалистов широкого профиля и не признавая факта наличия интеллектуальных нарушений.

В данном сочетании нарушений родители до последнего не могут принять наличие умственной отсталости, так как двигательные расстройства наиболее заметны. Это может быть результатом неадекватного оценивания состояния ребенка или следствием опасения испортить «ярлыком» будущее сыну или дочери [9]. Очень часто при поступлении в школу дети с данными патологиями оказываются в общеобразовательном классе для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, но спустя 1 четверть отставание этого ученика становится заметным. После длительного и болезненного, в первую очередь для родителей, перехода на вспомогательную программу обучения, родители, как правило, теряют интерес к обучению ребенка, возникают частые пропуски, апатия к происходящему. Все это,

несомненно, сказывается на развитии ребенка и на его психологическом состоянии [21].

### **ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ**

В результате анализа специальной литературы по вопросам абилитации детей с ДЦП, были сделаны следующие выводы:

1. Детский церебральный паралич характеризуется сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и сенсомоторной чувствительности.

2. В РФ придерживаются классификации ДЦП К.А. Семеновой, которая выделила следующие формы: спастическая диплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, гемипаретическая форма и двойная гемиплегия. Тем не менее, в настоящее время, в литературе встречается понятие смешанной формы ДЦП.

3. Наиболее распространенными авторскими методами реабилитации детей с ДЦП являются:

- метод нейроразвивающей терапии (Карел и Берта Бобат);
- метод рефлекс-локомоций (Вацлав Войта);
- метод кондуктивной педагогики (Андраше Пете);
- метод динамической проприоцептивной коррекции (К.А. Семенова).

4. Родители детей с ДЦП находятся в психотравмирующей ситуации. По этой причине в семьях часто присутствует гиперопека, в результате которой снижается степень самостоятельности детей, а, следовательно, не формируются навыки самообслуживания.

## **ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОСРЕДСТВОМ ЛЕЧЕБНО-ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

### **2.1. Организация и методы исследования**

Исследование проходило на базе коммунального государственного учреждения (КГУ) «Кабинет психолого-педагогической коррекции города Костанай» Управления образования акимата Костанайской области (Р. Казахстан). Дети находились на семейном воспитании. Для повышения эффективности эксперимента в исследование были активно включены их родители.

Основная цель работы с родителями была просветительская: создание «доступной среды» для развития ребенка с двигательными нарушениями в домашних условиях. Методами работы с родителями были следующие: консультации, беседы. В качестве наглядного метода использовался комплекс пошаговых инструкций, благодаря которым родители могли формировать у ребенка постоянную последовательность действий для закрепления навыков самообслуживания.

В исследовании участвовали 10 детей дошкольного возраста с различными формами ДЦП (спастическая диплегия, спастический тетрапарез, атонически-астатическая форма). Ни один ребенок до участия в исследовании самостоятельно (без использования дополнительных средств) не передвигался. Из этого следует вывод, что ДЦП у этих детей был средней и тяжелой степени. Этот факт еще больше усиливал гиперопеку со стороны родителей, а значит снижал проявления самостоятельности у детей. Формирующий эксперимент проходил в течение 11 месяцев: сентябрь 2019 г. – май 2020 г.

Нами была разработана карта оценки навыков самообслуживания, в которой оценивается наличие или отсутствие определенного навыка у ребенка. По карте оцениваются основные навыки: одевания, приема пищи и гигиенические навыки. Результаты выводятся в баллах от 0 до 10 (по количеству навыков). В таблице 1 представлена карта оценки навыков самообслуживания.



Диагностику навыков проводит не только специалист, но и сам родитель. Посредством этого достигается адекватность оценки. Зачастую родители детей с ограниченными возможностями здоровья могут завысить или, наоборот, занижить возможности ребенка. Данная карта предполагает видимую оценку всем участникам процесса. А также карта предполагает ведение ее в течение длительного времени для определения динамики формирования навыков самообслуживания у детей с ДЦП.

Таблица 1 – Карта оценки навыков самообслуживания

№ п/п	Наименование навыка	Дата					
		Р*	С*	Р	С	Р	С
<b>Прием пищи</b>							
1	Подносит кружку ко рту, пьет						
2	Подносит пряник, печенье, хлеб ко рту, откусывает						
3	Кушает ложкой						
4	Кушает вилкой						
<b>Гигиена</b>							
5	Моеет руки с мылом, вытирает полотенцем						
6	Пользуется горшком						
7	Пользуется унитазом						
<b>Одевание</b>							
8	Надевает/снимает обувь						
9	Снимает и надевает некоторые элементы одежды						
10	Надевает и снимает все элементы одежды и обуви самостоятельно						

\*Примечание: Р - родитель, С – специалист

Изначально карту оценки навыков самообслуживания заполняет родитель, ориентируясь на свое собственное мнение и знание навыков, которые сформированы у ребенка. Следующий этап проводится специалистом с ребенком. Специалист наблюдает проявление навыков самообслуживания у ребенка в течение определенного отрезка времени (в течение 1 дня). Ребенок находится в привычной среде – чаще всего, наблюдение производится в домашних условиях. Специалист оценивает навыки приема пищи, гигиены и одевания в реальной жизни. В дальнейшем проводит консультацию с родителем по результатам диагностики. Показывает имеющиеся различия в результатах оценивания родителем и специалистом, а также дает рекомендации по созданию «доступной среды» в домашних условиях. Также с помощью наблюдения и на основе полученных результатов, составляются индивидуальные инструкции по формированию навыков самообслуживания в привычной для ребенка среде. В дальнейшем, навык закрепляется в непривычных условиях – общественных местах, образовательном учреждении и т.д.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи [40].

Описание методов абилитации детей с ДЦП было представлено в первой главе данной работы. Анализ представленных методов помог нам сделать вывод, что основной формой абилитации детей с ДЦП являются регулярные занятия по адаптивной физической культуре, которые включают в себя: лечебную гимнастику, массаж, занятия на тренажерах, формирование навыков самообслуживания и т.д.

Чешский педагог-гуманист Я.А. Каменский в 17 веке утверждал, что основное требование к обучению – «начинать обучение по возможности раньше» [34, 55]. Эффект раннего воздействия при работе с детьми с ДЦП является ключевым фактором эффективной абилитации. Поэтому занятия адаптивной физической культурой в раннем и дошкольном возрасте являются основополагающими всего процесса восстановления.

П. Ф. Лесгафт видел главную задачу родителей в том, чтобы они создали в семье такие условия, которые позволили бы детям с раннего возраста свободно и гармонически развиваться, активно участвовать в деятельности взрослых [36].

При проведении занятий по адаптивной физической культуре с детьми дошкольного возраста с ДЦП важно определить необходимые физические упражнения для занятий, выявить их эффективность, а, следовательно, и динамику развития ребенка.

Л.С. Выготский выдвинул гипотезу об общности основных закономерностей развития ребенка в норме и при патологии, что подтвердилось впоследствии в работах целого ряда исследователей. Общие закономерности развития прослеживаются как в созревании биологических, физиологических систем, так и в развитии психических функций. Во многих исследованиях подтверждено, что основные закономерности психического развития являются общими как для нормы, так и для патологии [22].

Существуют несколько методик определения эффективности занятий по адаптивной физической культуре, которые широко применяются специалистами этой области.

#### 1. Шкала навыков по Чейли.

Этот метод основывается на неврологических и биомеханических аспектах развития. По системе Чейли оценивается: положение таза, положение плечевого пояса, симметрия, распределение веса тела.

2. Оценка двигательных возможностей детей, разработанная в НИИ травматологии и ортопедии и. Г.И. Турнера.

Оценка включает в себя:

- состояние двигательной и рефлекторной сфер;
- развитие мелкой моторики;
- развитие умственной деятельности;
- обследование развития речевых навыков;
- обследование возможностей зрительно-пространственного восприятия;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- морфологические данные ребенка [79].

Перечисленные методики мониторинга определяют действительный уровень развития ребенка, но являются довольно громоздкими в использовании. А.И. Репина в своей диссертационной работе «Адаптивная физическая культура как средство развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у детей с церебральным параличом» определяла динамику двигательной подготовленности и уровня сформированности навыков самообслуживания у детей с ДЦП в поздней резидуальной стадии посредством следующих показателей:

- динамометрия кистей;
- экскурсия грудной клетки;
- жизненная емкость легких;
- силовая выносливость мышц спины;
- статическая координация;
- оценка манипулятивной деятельности рук;
- оценка зрительно-моторной реакции;
- оценка способности к самообслуживанию;
- коммуникативные способности;
- организаторские способности [53].

Перечисленные показатели в большей степени отражают физическое развитие ребенка, его морфологические качества, и в меньшей – сформированность двигательных навыков.

Анализ существующих методик мониторинга детей с ДЦП показал, что есть необходимость в создании доступной для использования методики мониторинга формирования двигательных навыков у детей с ДЦП. Доступность в использовании помогает родителям применять данную методику без участия специалиста. Эта особенность, несомненно, имеет существенное значение для семей, которые проживают далеко от областных центров и не имеют возможности выехать на консультацию к специалисту.

Петер Лаутеслагер разработал тест «Основные двигательные навыки» для измерения уровня двигательного развития ребенка с синдромом Дауна. Тест состоит из 15 разделов, соответствующих 15 основным двигательным навыкам, расположенным в последовательности, отражающей возрастание уровня постурального контроля ребенка с синдромом Дауна, то есть возрастанием его способности контролировать свое тело в покое и движении, правильно и рационально управлять своим телом. Разделы теста:

1. поднимает ноги, лежа на спине;
2. поднимает руки, лежа на спине;
3. поднимает голову, лежа на спине;
4. опирается на локти, лежа на спине;
5. переворачивается с живота на спину;
6. переворачивается со спины на живот;
7. сидит;
8. передвигается по опорной поверхности;
9. ходит вдоль опоры;
10. стоит у опоры;
11. встает к опоре;
12. самостоятельно стоит;

13. садится из положения лежа;
14. самостоятельно ходит;
15. самостоятельно встает [50].

Каждый из разделов теста разбит на стадии и уровни развития навыка, то есть в рамках каждого навыка выведена последовательность двигательных изменений, четко отражающая возрастающий уровень постурального контроля.

Двигательное развитие детей с синдромом Дауна отличается от формирования двигательных навыков детей с ДЦП, но способ организации теста двигательных навыков является примером доступного мониторинга.

Основным показателем как мониторинга детей с ДЦП, так и эффективности занятий является сформированный навык у воспитанника. Предлагаемый нами мониторинг разделен на 7 групп показателей, в зависимости от того, какие мышцы задействованы в формировании и сложности выполнения движения. Помимо этого включена группа показателей наличия тонических рефлексов – одной из особенностей патологии двигательного развития детей с ДЦП, которые препятствуют формированию правильных поз ребенка и вертикализации тела.

Каждая группа состоит из двигательных действий, которые показывают сформированность различных навыков. Двигательные действия ранжируются от простого к сложному, и оцениваются в баллах от 0 до 3.

Группы показателей сформированности двигательных навыков:

1. Показатели наличия тонических рефлексов.
2. Двигательные навыки нижних конечностей.
3. Ползание.
4. Двигательные навыки верхних конечностей.
5. Положение сидя.
6. Ходьба.
7. Передвижение в пространстве.

Группа показателей «Наличие тонических рефлексов» состоит из следующих двигательных действий:

1. В положении лежа на спине поднятие и опускание головы, верхние и нижние конечности лежат вдоль туловища прямые – 1 балл.
2. В положении лежа на спине ребенок поворачивает голову в сторону, при этом захватывает игрушку, находящуюся сбоку от него, подносит к себе – 2 балла.
3. В положении лежа на животе ребенок лежит, разогнув руки и ноги, может манипулировать предметами, находящимися перед ним – 3 балла.
4. В положении лежа на спине ребенок активно поворачивает голову в сторону, за этим следует поворот туловища и конечностей (поворот на бок или на живот) – шейная выпрямительная реакция (с 4 мес.) – 3 балла.

Группа показателей «Двигательные навыки нижних конечностей»:

1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого – 0 баллов.
2. В положении лежа на спине поднимает согнутые в коленном суставе ноги вместе, обнимает руками в области коленного сустава – 1 балл.
3. В положении лежа на спине поднимает поочередно правую, левую ноги, согнутые в коленном суставе – 1 балл.
4. В положении лежа на животе поднимает поочередно ноги, согнутые в коленных суставах – 2 балла.
5. В положении лежа на спине поднимает поочередно правую, левую прямые ноги – 2 балла.
6. В положении сидя на стуле (стопы на полу, ноги согнуты в коленных суставах под углом 90 градусов), перекаты стоп с пятки на носок – 2 балла.
7. В положении стоя у опоры перекаты стоп с пятки на носок – 3 балла.
8. В положении стоя (без опоры) перекаты стоп с пятки на носок – 3 балла.

Группа показателей «Ползание»:

1. Положение лежа на животе с опорой рук на локтевые суставы – 0 баллов.

2. Переворот из положения лежа на спине в положение лежа на животе и обратно – 1 балл.
3. Сгибание/разгибание рук в локтевых суставах в положении лежа на животе – 1 балл.
4. Ползание по гимнастической скамейке с помощью одновременного сгибания/разгибания рук в локтевых суставах – 1 балл.
5. Ползание по полу с поочередным сгибанием/разгибанием рук и ног – 2 балла.
6. Из положения лежа на животе с опорой прямых рук на кисти, подъем таза вверх и назад и сгибание ног в коленных суставах (угол сгиба коленных суставов 90 градусов) – 2 балла.
7. Ходьба на коленях с опорой прямых рук кистями на пол с поочередной сменой рук и ног – 3 балла.
8. Махи прямой ногой/рукой из положения стоя на коленях с опорой кистями на пол («трехопорная» стойка) – 3 балла.

Группа показателей «Двигательные навыки верхними конечностями»:

1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого – 0 баллов.
2. Поднимает, опускает прямые руки – 0 баллов.
3. Пальцы рук согнуть в кулак и разогнуть – 1 балл.
4. Захватывает предмет (игрушка), удерживает, отпускает – 1 балл.
5. Бросает (катает), ловит мяч – 2 балла.
6. Соединяет кисти рук, ладони вместе, скрещивая пальцы – 2 балла.
7. Захватывает мелкие предметы (монеты, бусины), удерживает их, перемещает, отпускает – 3 балла.
8. Соединяет поочередно 2-5 (указательный-мизинец) пальцы каждой руки с 1 (большим) пальцем (упражнение «Колечко») – 3 балла.

Группа показателей «Положение сидя»:



1. Самостоятельно упражнения не выполняет. Движения производит с поддержкой взрослого – 0 баллов.
2. Положение сидя на полу, ноги согнуты в коленных суставах скрестно перед собой, руки перед собой держатся за устойчивую опору (может быть заменено положением сидя на полу с согнутыми коленями на икроножных мышцах) – 0 баллов.
3. Положение сидя на стуле со спинкой и подлокотниками за столом, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу – 1 балл.
4. В положении сидя на стуле со спинкой за столом, производит манипуляции с предметами, расположенными на столе – 2 балла.
5. Положение сидя на стуле со спинкой без подлокотников и стола – 2 балла.
6. Положение сидя на табурете без спинки, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу – 3 балла.

Группа показателей «Ходьба»:

1. Стойка в положении стоя на коленях у опоры (руки держат устойчивую опору – лестницу, брусья) – 0 баллов.
2. Ходьба на коленях за «устойчивой» опорой (руки держатся за цилиндр, ходунки, стул, тележку и т.д.) – 1 балл.
3. Ходьба на коленях за «неустойчивой» опорой (руки держатся за фитбол) – 1 балл.
4. Положение стоя на стопах у опоры (руки держатся за устойчивую опору – лестницу, брусья) – 1 балл.
5. Ходьба с ходунками, цилиндром, с опорой рук на брусья – 2 балла.
6. Ходьба с опорой рук на фитбол, канаты – 2 балла.
7. Ходьба за одну руку («опорная» рука держится за брус) – 2 балла.
8. Положение стоя на стопах без опоры – 3 балла.
9. Самостоятельная ходьба – 3 балла.

Группа показателей «Передвижение в пространстве»:

1. Лазанье по вертикальной гимнастической лестнице – 1 балл.
2. Подъем и спуск с платформы (вперед/назад, вправо/влево), высота 15-20 см – 2 балла.
3. Ходьба правым/левым боком приставными шагами, руки держатся за брусья – 2 балла.
4. Подъем и спуск правым/левым боком по лестнице, держась руками за поручни, 10 ступеней – 2 балла.
5. Подъем и спуск по лестнице, держась одной рукой за поручень, 10 ступеней – 3 балла.
6. Езда на велосипеде (3-4хколесном) – 3 балла.
7. Ходьба на мини-лыжах – 3 балла.

На основе мониторинга составляется карта обследования двигательных навыков детей с ДЦП, которая изображена в таблице 2.

Таблица 2 – Карта обследования двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДЦП

№ п/п	Наименование группы показателей	0 баллов			1 балл			2 балла			3 балла		Итог	
1	Наличие тонических рефлексов				1			2			3	4		
2	Двигательные навыки нижних конечностей				1	2	3	4	5	6	7	8		
3	Ползание			1	2	3	4	5	6		7	8		
4	Двигательные навыки верхних конечностей			1	2	3		4	5		6	7		
5	Положение сидя			1	2			3	4		5			

6	Ходьба			1	2	3	4	5	6	7	8	9		
7	Передвижение в пространстве				1			2	3	4	5	6	7	
Итоговая сумма														

Цифры в данной таблице соответствуют порядковому номеру двигательного действия в группах показателей. Приведем пример: ребенок самостоятельно выполняет третье действие из группы «Ползание», а именно: сгибание/разгибание рук в локтевых суставах в положении лежа на животе с продвижением вперед (например, на гимнастической скамье). Действия 4-8 в данной группе не выполняет. Соответственно, количество баллов за эту группу – 1 балл. Двигательные действия, которые ребенок выполняет, выделяются в карте. После полного обследования ребенка данные суммируются. При сравнении итоговых сумм в начале педагогического эксперимента и в конце можно определить динамику формирования двигательных навыков.

## **2.2. Содержание коррекционной методики с использованием игровых физических упражнений**

Целью коррекционной методики была коррекция двигательных навыков мелкой и общей моторики у детей с ДЦП. Методика основывается на игровой деятельности.

Подвижные игры занимают ведущее место, как в физическом воспитании здорового ребенка, так и в процессе физической реабилитации больных и инвалидов, позволяя на высоком эмоциональном уровне эффективно решать лечебные и воспитательные задачи.

Подвижная игра как средство коррекции обладает целым рядом качеств, среди которых важнейшее место занимает высокая эмоциональность играющих. Эмоции в игре имеют сложный характер. Это и удовольствие от мышечной работы в игре, от чувства бодрости и энергии, от возможности дружеского общения в коллективной игре, от достижения поставленной в игре цели. Во время подвижной игры осуществляется комплексное воздействие на моторику и нервно-психическую сферу ребенка с детским церебральным параличом.

Подвижная игра относится к тем проявлениям игровой деятельности, в которых ярко выражена роль движений. Для подвижной игры характерны творческие активные двигательные действия, мотивированные ее сюжетом (темой, идеей). Эти действия частично ограничиваются правилами (общепринятыми, установленными руководителем или играющими). Они направляются на преодоление различных трудностей по пути к достижению поставленной цели (выиграть, овладеть определенными приемами) (Коротков, 1971; Страковская, 1978; Фонарев, 1969; Фонарев, Фонарева, 1981).

Преимущество подвижных игр перед строго дозированными упражнениями в том, что игра всегда связана с инициативой, фантазией, творчеством, протекает эмоционально, стимулирует двигательную активность. В игре используются естественные движения большей частью в развлекательной ненавязчивой форме (Гребешева и др., 1990).

Подвижные игры, как правило, не требуют от участников специальной подготовленности. Одни и те же подвижные игры могут проводиться в разнообразных условиях, с большим или меньшим числом участников, по различным правилам.

Правильно организованные подвижные игры оказывают благоприятное влияние на развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки. Благодаря этому большое

значение приобретают подвижные игры, вовлекающие в разнообразную, преимущественно динамическую работу, различные крупные и мелкие мышечные группы, игры, увеличивающие подвижность в суставах.

В последнее время в общем комплексе коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с детским церебральным параличом все большее внимание уделяют игровой деятельности, как элементу коррекции и социальной адаптации.

При проведении подвижных игр с дошкольниками с ДЦП главная задача состоит в содействии вертикализации тела ребенка, его подвижности, совершенствованию мелкой моторики рук. Важное условие решения этой задачи - расслабление спастически сокращенных мышц и укрепление ослабленных, растянутых мышц. Подвижные игры особенно важны и привлекательны для больных детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций, а при необходимости содействуют формированию компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки.

Последующее усложнение игры (направленное на более совершенную технику движения, подвижность нервно-мышечного аппарата, высокую степень координации и мышечного напряжения) ведет к тому, что ребенок в силу большого эмоционального напряжения делает максимальное волевое движение, а отсюда - значительно большая возможность упрочения производимого движения и перехода его в полуавтоматизированное. Подобным же влиянием обладают и игры-эстафеты.

Нередко под влиянием эмоционального фактора - стремления к успешному участию в игре - ребенок значительно более правильно производит то движение, выполнить которое или скорректировать движение, производившееся недостаточно правильно или же не в полном объеме, не удается ему во время индивидуальных занятий или в процессе других видов деятельности.

Для достижения поставленной цели нами были подобраны задания, игры, упражнения, направленные на развитие двигательных навыков.

Данные игры использовались на занятиях различными видами деятельности, а также во время прогулок и рекомендовались родителям.

Основная работа проводилась на занятиях лечебной физкультурой и в качестве физминуток на занятиях по общеразвивающим программам. При подборе упражнений, заданий учитывался возраст детей, форма заболевания степень тяжести заболевания.

На занятиях с использованием физминуток в занимательной форме отмечалось повышение положительного эмоционального настроения, интерес, активность детей при выполнении предложенных игр.

На всем протяжении занятий проводили воспитательную работу. При проведении занятий использовали основные принципы обучения: последовательность, постепенность, переход от простого к сложному, индивидуальный подход.

Родителям были рекомендованы занятия иппотерапией, так как такая методика дает хорошие результаты. Также было рекомендовано завести домашних животных, лучше собаку.

При проведении подвижных игр с детьми главная задача состояла в содействии вертикализации тела ребенка, его подвижности,

совершенствовании мелкой моторики рук. Важное условие решения этой задачи - расслабление спастически сокращенных мышц и укрепление ослабленных, растянутых мышц. Подвижные игры особенно важны и привлекательны для детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций, а при необходимости содействуют формированию компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки.

Последовательное усложнение игры (направленное на более совершенную технику движения, подвижность нервно-мышечного аппарата, высокую степень координации и мышечного напряжения) вело к тому, что дети в силу большого эмоционального напряжения делали максимальное волевое движение, а отсюда - значительно большая возможность упрочения производимого движения и перехода его в полуавтоматизированное. Подобным же влиянием обладают и игры-эстафеты.

Сложная взаимосвязь между стремлением к выполнению условий той или иной игры, с которым связано чувство собственного успеха, самоутверждения в коллективе и напряженностью положительных эмоциональных реакций приводило к тому, что во время индивидуальных занятий физическими упражнениями и другими формами реабилитации, дети с ДЦП работали с максимальной активностью над становлением движений.

Подобранные нами игры были направлены на коррекцию и восстановление двигательных нарушений (дискоординация движений в крупных и мелких мышечных группах, равновесие, пространственная ориентация, ограничение объема активных движений в суставах, слабость

мышечного аппарата), улучшение функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем, развитие основных физических качеств: меткости, ловкости, быстроты реакции и других.

Занятия проводились три раза в неделю. Игры подбирались с учетом степени выраженности двигательных нарушений у детей и их психологических особенностей. Перед проведением занятия детей знакомили с содержанием и правилами игр.

При организации занятий в восстановительных целях подвижные игры были классифицированы по двум показателям: 1) по степени психофизической нагрузки (незначительная, умеренная, тонизирующая и тренирующая); 2) по физическим качествам, преимущественно проявляемым в игре.

В основе выбора той или иной игры лежала главная цель, которой подчинены все ее элементы (например, отработка отведения рук, супинации предплечий и кисти, экстензия кистей, разведение пальцев).

При выборе той или иной игры при проведении занятий с детьми, учитывалась также форма заболевания церебральным параличом. Для лиц со спастической диплегией и гемипаретической формой заболевания использовались преимущественно игры типа «Запрещенное движение», «Швейная машинка», «Набрасывание колец» и т.д.

Существенным, а иногда и определяющим моментом эффективности проведения игр являлось музыкальное сопровождение. Музыка, хорошо соответствующая темпу движения, является сильнейшим условием стимуляции движения. Для лиц с церебральным параличом музыка необходима, так как одним из эффектов ее влияния является релаксация - устранение напряженности мышечного тонуса.

Нагрузку в играх регулировали различными методами:



- сокращение длительности игры;
- введение перерывов для отдыха;
- уменьшение величины игровой площадки;
- упрощение правил игры;
- сочетание в одном занятии игр различной психофизической нагрузки, например: незначительная и тренирующая психофизическая нагрузка.

Для примера приводим примерную схему проведения подвижных игр на примере 2-х отдельных занятий.

Коррекционные задачи первого занятия:

- обучение навыкам игры в баскетбол;
- тренировка разносторонней координации движений, ловкости, быстроты реакции;
- воспитание внимания.

План занятия:

1. объяснение задач занятия, правил и целей игр;
2. подвижные игры подготовительные к баскетболу – «Борьба за мяч», «Не давай мяча водящему». Играющие делятся на две команды время игры 5-7 минут;
3. подвижная игра «Умей слушать». Особое внимание уделяется лицам со спастической диплегией и гемипаретической формой заболевания время игры то же;
4. дыхательные упражнения.

Коррекционные задачи второго занятия:

- развитие пространственной ориентации, меткости, равновесия;
- укрепление мышц туловища и конечностей, а также мышечно-связочного аппарата стоп;
- формирование умения удерживать мяч в руках;

- совершенствование хватательных движений руки, развитие мелкой моторики рук.

План занятия:

1. объяснение задач занятия, правил и целей игр;
2. подвижная игра «Школа мяча» в виде гимнастических упражнений с мячом;
3. подвижная игра «Сбить городок». Играют в две команды или каждый за себя;
4. игра «Набрасывание колец».

При организации занятий с подвижными играми большое внимание уделялось соблюдению следующих правил.

- 1) Необходимо учитывать темп, в котором ведется подвижная игра. Его следует с особой тщательностью регулировать инструктору ЛФК или воспитателю. Многие движения, которые ребенок не может совершить самостоятельно или совершает их неправильно при быстром темпе исполнения, он выполняет эти движения при медленном темпе - точнее и совершеннее. Поэтому подбор скорости движений (темпа игры) для разных игр является существенно важным условием эффективности игры.
- 2) Целесообразно сочетать в одном занятии игры разной направленности (по физическим качествам и видам движений), а главное - степень сложности содержания игры и выполняемых элементов и движений.
- 3) Чистое время занятия должно быть от 20 до 25 минут; игры целесообразно заполнять паузами для отдыха и дыхательными упражнениями и на расслабление.
- 4) Выбор игр, методика их применения диктуются степенью ограничения подвижности ребенка с ДЦП, состоянием его интеллекта.
- 5) Следует принимать во внимание заинтересованность, желание детей играть в ту или иную игру.
- 6) Игра должна иметь музыкальное сопровождение.

- 7) В игре не должно быть чрезмерных мышечных напряжений и продолжительных задержек дыхания (натуживание).
- 8) Игры должны вызывать только положительные эмоции у занимающихся и оказывать благоприятное влияние на нервную систему ребенка путем оптимальных нагрузок на память и внимание.
- 9) Правила - обязательны для участников игры. Они обуславливают расположение и перемещение игроков, уточняют характер поведения, определяют способы ведения игры, приемы и условия подсчета ее результатов. При проведении игр с ведущий сам определяет и корректирует правила той или иной игры, иногда несколько упрощая правила игры.
- 10) При выраженной усталости играющий может свободно выйти из игры.
- 11) Целесообразно вводить наряду с подвижными играми эстафеты, где присутствует элемент соревнования.

#### Характеристика игр-эстафет.

Эстафета начинается с разделения команд и объяснения задания и этапов эстафеты.

I этап. Провести ногами мяч между кеглями «змейкой», которые расставлены на расстоянии 1 метр друг от друга. Обратно бегом оббежав флажок.

II этап. Пронести теннисный мяч на маленькой ракетке, между кеглями «змейкой». Обратно бегом оббежав флажок.

III этап. На расстоянии 10 метров от стартовой линии стоят пять кегль. Первые игроки из двух команд должны добежать до кегль, положить их на пол и вернуться в хвост своей команды. Вторые игроки должны добежать и поставить кегли на пол. И так все участники команд. Выигрывает команда первая завершившая эстафету.

IV этап. Собираение мячей, которые расставлены по кругу на расстоянии 2 метра друг от друга в центр этого круга. Первый игрок должен собрать мячи в центр круга. Второй игрок должен расставить мячи из центра на прежнее место. И так все участники одной команды. Подсчитывается время, за которое

вся команда пройдет этот этап. Затем другая команда проходит этот этап. Выигрывает команда, у которой наименьшее время.

V этап. «Пройди - не ошибись». Пройти по прямой линии 5 метров, ставя пятку к носку и таким же образом пройти назад.

VI этап. «Забрось мяч в корзину». На расстоянии 4 метров от стартовой линии ставится корзина. Каждому участнику дается три попытки для броска малого мяча в корзину. Подсчитывается количество очков каждой команды.

VII этап. «Набрасывание колец».

### **2.3.Ход и анализ результатов опытно-экспериментальной работы**

Экспериментальная часть исследования, представленная в данном параграфе, тесно связана с теоретическим обоснованием проблемы, изложенном нами в 1 главе диссертационной работы, и включает в себя результаты диагностики уровня формирования навыков самообслуживания и двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП на констатирующем этапе исследования, количественную и качественную интерпретацию полученных данных.

Концепция разработанной нашего эксперимента по формированию навыков самообслуживания – в сопряженном развитии двигательных навыков и навыков самообслуживания на основании индивидуальных условий развития и особенностях личности ребенка.

Цель эксперимента – формирование навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Основными методами работы с детьми были: методика игровых физических упражнений, метод приучения на основе разработанного нами алгоритма, беседа, наблюдение, также в качестве наглядного метода работы использовались пиктограммы для формирования навыков самообслуживания.

Методами оценки эффективности применения программы являлись: карта оценки навыков самообслуживания, мониторинг формирования

двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДЦП. В целях математической обработки результатов исследования использовался тест, определяющий значимость динамики, и линейный коэффициент корреляции, выявляющий сопряженность развития навыков самообслуживания и двигательных навыков.

Освоение навыков самообслуживания в нашем эксперименте строится на основании индивидуального подхода. Нами были подобраны принципы адаптивной физической культуры, которые составили фундамент работы:

1. Принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку – важнейший принцип, оптимизирующий решение проблем семьи на разных этапах ее развития [46].

2. Принцип конфиденциальности и профессиональной этики. Этот принцип позволяет создать между членами семьи и специалистами необходимые доверительные отношения.

3. Принцип единства диагностики и коррекции, в соответствии с которым точное выявление причины нарушений предполагает и возможность ее максимально успешного исправления [68].

4. Принцип дифференциации и индивидуализации. Сущность индивидуализации педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его развития.

5. Принцип компенсаторной направленности коррекционных воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования «обходных путей». Таким образом, смысл этого принципа состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов и методических приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и

системах за счет активации сохранных функций, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию [44].

6. Принцип учета возрастных особенностей. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Этот процесс является закономерным для всех детей, отличие состоит в том, что у ребенка с ДЦП периоды ускорения (сенситивные периоды) наступают в среднем на 2-3 года позднее, согласно данным И.Ю. Горской и Т.В. Синельниковой [79]. Л.С. Выготский предлагал ориентироваться на «зону ближайшего развития», как на зону потенциальных возможностей ребенка, в отличие от «зоны актуального развития» [22].

7. Принцип адекватности педагогических воздействий означает реализацию одной из важнейших закономерностей учебно-педагогического процесса: решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям ребенка и его родителей [41, 69].

8. Принцип оптимальности педагогических воздействий предполагает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов [39]. В качестве стимулов выступают физические упражнения, различные по характеру, направленности, координационной сложности, а также физическая нагрузка, которая должна соответствовать оптимальным реакциям организма.

9. Принцип вариативности педагогических воздействий в адаптивной физической культуре определяет бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильные, слуховые), речь (подвижные

игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т.п.) [26, 27, 43, 70].

10. Принцип приоритетной роли микросоциума состоит в единстве коррекционной работы с ребенком и его окружением, прежде всего, с родителями. Л.М. Шипицына и И.И. Мамайчук в своих работах описывали необходимость такой организации микросоциума, которая могла бы максимально стимулировать его развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на физическое и психическое состояние ребенка [81].

Результаты мониторинга формирования двигательных навыков до применения программы представлены на рисунке 1. На диаграмме видно, что в группе имеются дети с различной степенью сформированности двигательных навыков.



Рисунок 1 - Результаты мониторинга формирования двигательных навыков детей на констатирующем этапе педагогического эксперимента (баллы)

Обследование детей с помощью карты навыков самообслуживания показало следующие результаты: один ребенок не имеет сформированных навыков, 5 детей имеют низкий уровень овладения навыками, 4 ребенка –

средний (рис. 2). Из диаграммы видно, что ни один ребенок в возрасте 5-7 лет не имеет полностью сформированных базовых навыков самообслуживания.



Рисунок 2 - Результаты карты оценки навыков самообслуживания детей на констатирующем этапе педагогического эксперимента (баллы)

Анализ результатов показал, что наибольшие трудности вызывают самостоятельный прием пищи и навыки одевания. В беседах родители подтвердили, что для ускорения процесса, они часто не дают возможности ребенку самостоятельно одеваться или кушать. Тем не менее, родители признают, что погоня за качеством и скоростью конечного результата пагубно сказывается на самостоятельности детей.

На основе результатов, полученных в ходе констатирующего этапа эксперимента нами был составлен алгоритм формирования навыков самообслуживания, а также двигательных навыков. Алгоритм представлен следующими этапами:

1. диагностика (карта оценки навыков самообслуживания, мониторинг формирования двигательных навыков);
2. разработка пошаговых инструкций и пиктограмм на основе анализа условий проживания семьи;



3. этап начального разучивания навыка с ребенком по инструкциям (в триаде: «специалист-ребенок-родитель»: проводит специалист, родитель наблюдает);
4. этапы углубленного разучивания и закрепления навыка (в диаде: «родитель-ребенок»: проводит родитель);
5. итоговая диагностика (карта оценки навыков самообслуживания, мониторинг формирования двигательных навыков);
6. разработка новых инструкций.

На этапах начального разучивания навыка с ребенком и углубленного разучивания и закрепления навыка возможно внесение коррективов в содержание инструкций.

Параллельно с использованием инструкций и пиктограмм по формированию навыков самообслуживания продолжался процесс физической реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП. Развитие навыков самообслуживания предполагает определенную свободу движений и наличие оптимального тонуса мышц в тех звеньях опорно-двигательного аппарата, которые участвуют в данном действии (Таблица 3).

Следовательно, для обучения гигиеническому навыку «Мытье рук», необходимо применение физических упражнений, направленных на:

- развитие мелкой моторики (посредством механотерапии рук);
- развитие мышц нижних конечностей, спины (формирование вертикализации для поддержания равновесия);
- формирование навыка ходьбы на коленях и ходьбы за одну руку с сопровождающим (для осуществления передвижения).

Таблица 3 – Сопряженное развитие навыков самообслуживания и двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДЦП

--	--	--

№ п/п	Наименование навыка самообслуживания	Направленность физических упражнений
<b>Прием пищи</b>		
1	Подносит кружку ко рту, пьет	Формирование навыков поддержания равновесия в положении сидя, развитие мелкой моторики, нормализация тонуса мышц верхних конечностей, снижение влияния гиперкинезов
2	Подносит пряник, печенье, хлеб ко рту, откусывает	
3	Кушает ложкой	
4	Кушает вилкой	
<b>Гигиена</b>		
5	Моет руки с мылом, вытирает полотенцем	Развитие мелкой моторики, мышц нижних конечностей и спины, вертикализация тела, формирование навыков передвижения в пространстве
6	Пользуется горшком	
7	Пользуется унитазом	
<b>Одевание</b>		
8	Надевает/снимает обувь	Формирование навыков поддержания равновесия в положении сидя, развитие мелкой моторики, согласованности действий верхних и
9	Снимает и надевает некоторые элементы одежды	
10	Надевает и снимает все элементы одежды и обуви самостоятельно	

		нижних конечностей, развитие координации движений, гибкости мышц верхних и нижних конечностей, нормализации мышечного тонуса
--	--	--

Согласно имеющимся классификациям упражнений, применялись следующие виды:

1. Физические упражнения для всех звеньев опорно-двигательного аппарата.
2. Пассивные, активно-пассивные и активные физические упражнения. Например, при выраженных контрактурах в лучезапястных суставах: изначально круговые движения проводит специалист, далее переходят в активно-пассивную стадию, когда ребенок включается непосредственно в процесс выполнения действия, и завершается активной стадией, на которой пациент самостоятельно может совершать круговые движения в данном суставе.
3. Упражнения с использованием снарядов: футбол, лестница, скамья, притч, цилиндр, брусья и др.
4. По признаку и характеру выполнения: дыхательные, направленные на развитие координации движений, вертикализации тела.

Применение идеомоторных упражнений применялось опосредованно. Это связано со сложностью применения данного средства в процессе реабилитации детей дошкольного возраста и с нарушениями познавательной сферы.

Рассмотрим разработанные инструкции к выполнению алгоритма формирования навыков самообслуживания.

#### Инструкция №1. Мытье рук

1. Включи свет
2. Открой дверь
3. Зайди в ванную, подойди к раковине.
4. Держась руками за раковину, встань сначала на одну ногу, потом на другую. На раковине не виси. Встаньте за ней, но так, чтобы она «не лежала» на вас
5. Включи воду
6. Смочи руки
7. Попроси мыло Дайте каплю мыла на руку М.
8. Потри руки с мылом со всех сторон – «белые рукавички»
9. Смой мыло с рук со всех сторон
10. Помой рукой лицо: губы, нос, подбородок, щеки. Показываете в зеркале  
рукой как надо мыть
11. Все? – Выключи воду
12. Попроси полотенце Дайте полотенце. Вытирите руки и лицо.
13. Дай руку. Держи ее сильно.
14. Выходи из ванной за одну руку.
15. Выключи свет
16. Закрой дверь

#### Инструкция №2. Подъем по лестнице

1. Правая и левая руки держатся за колонны
2. Правая нога, левая нога
3. Правая рука, левая рука (левая перехватывается за следующую)
4. Правая нога, левая нога
5. Правая рука, левая рука
6. Когда дошли до конца руками Правая рука перехватывается за колонну,  
левая рука опускается вниз на пол.

7. Правая рука на пол С. страховать, но не держать.
8. Встань на колени Стойте позади его.
9. Сядь. Повернись ко мне.

#### Инструкция №3. Спуск по лестнице

1. Спусти ноги вниз. Держись руками за ступеньку.
2. Ноги
3. Сядь
4. Руки повторяют последовательность 2,3,4, пока С. не будет сидеть на последней ступеньке, ноги на полу.
5. Колени согни.
6. Руки поставь вперед.
7. Встань на колени.

#### Инструкция №4. Сесть за стол

1. Отодвинь стул
2. Подойди к столу
3. Держась за стол, поставь одну ногу, затем вторую. Встань. Стоите за Д., но не держите его.
4. Иди боком до стула.
5. Посмотри на стул.
6. Сядь на стул.
7. Пододвинь стол к себе

#### Инструкция №5. Выйти из-за стола

1. Отодвинь стол.
2. Повернись на стуле.
3. Опустит руки на пол.
4. Встань на колени.
5. Пододвинь стул к столу.

#### Инструкция №6. Туалет

Перед унитазом стоит подставка. Поручень опущен. На унитазе детское сидение.

1. Встань лицом к унитазу.
2. Руками держись за поручни.
3. Поднимись на ступеньку.
4. Левую руку переложи на другой поручень Покажите на правый поручень.
5. Повернись.
6. Правую руку переложи на другой поручень Покажите на левый Поручень.
7. Встань спиной к унитазу.
8. Опустите одежду.
9. Садись.
10. Не страхуйте ее. М. сидит сама. Она может не держаться за поручни, положить руки на колени, например. Но не держите ее ни за руку, ни за ногу.
11. Держись руками за поручни, ноги стоят на ступеньке. Придерживаете своей ногой ступеньку, чтобы она «не уехала» вперед.
12. Маня, вставай.
13. Одеваете одежду.
14. Правую руку переложи на другой поручень Покажите на правый поручень.
15. Повернись.
16. Левую руку переложи на другой поручень. Покажите на левый поручень.
17. Встань лицом к унитазу.
18. Одной рукой держись за поручень. Смой воду. Помогите нажать – М. пока не хватает сил.
19. Держись руками за поручни, спускайся со ступени назад.
20. Левую руку переложи на другой поручень Покажите на правый поручень.
21. Держись руками за раковину.
22. Иди мыть руки.

В результате формирующего этапа эксперимента, на котором реализовалась коррекционная методика с использованием игровых упражнений и алгоритм формирования навыков самообслуживания у дошкольников с ДЦП выявилась положительная динамика по показателям формирования двигательных навыков у всех детей. Наибольший прирост показателей был выявлен по показателям: ходьба и передвижение в пространстве (рисунок 4). Это свидетельствует о расширении степени свободы у детей дошкольного возраста с ДЦП и, соответственно, об увеличении степени самостоятельности.

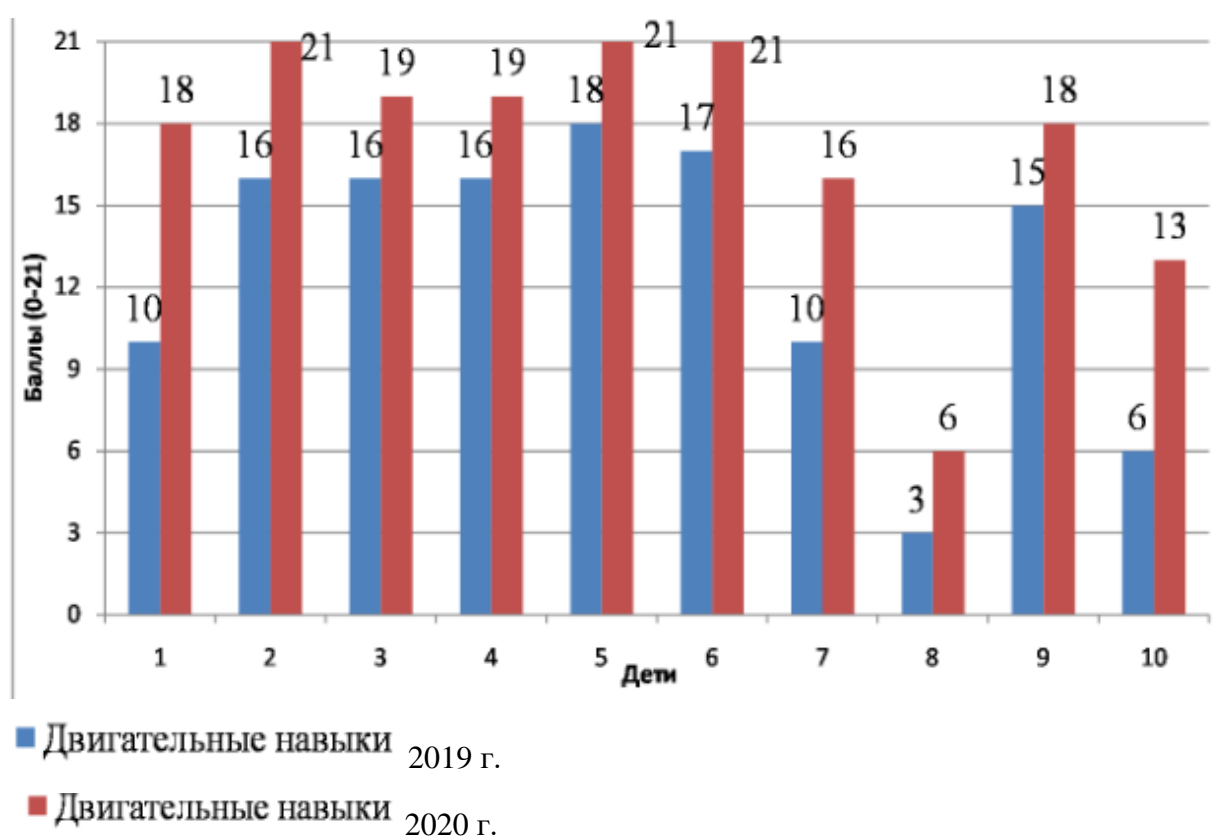


Рисунок 4 - Результаты детей по формированию двигательных навыков до и после участия в исследовании

По рисунку 4 видно, что положительная динамика присутствует как у детей с тяжелой степенью двигательно-координационных нарушений (пример, 8 и 10 исследуемые), так и с легкой (пример, 5 исследуемый).

В ходе формирующего эксперимента навыки самообслуживания также претерпели положительные изменения. В результате комплексной работы с семьями 30% детей полностью освоили основные навыки самообслуживания. Интересным оказался опыт опроса родителей о навыках, которыми владеют их дети. Опрос показал, что большинство родителей склонны к завышению «зоны актуального развития» ребенка, принимая желаемое за действительное.

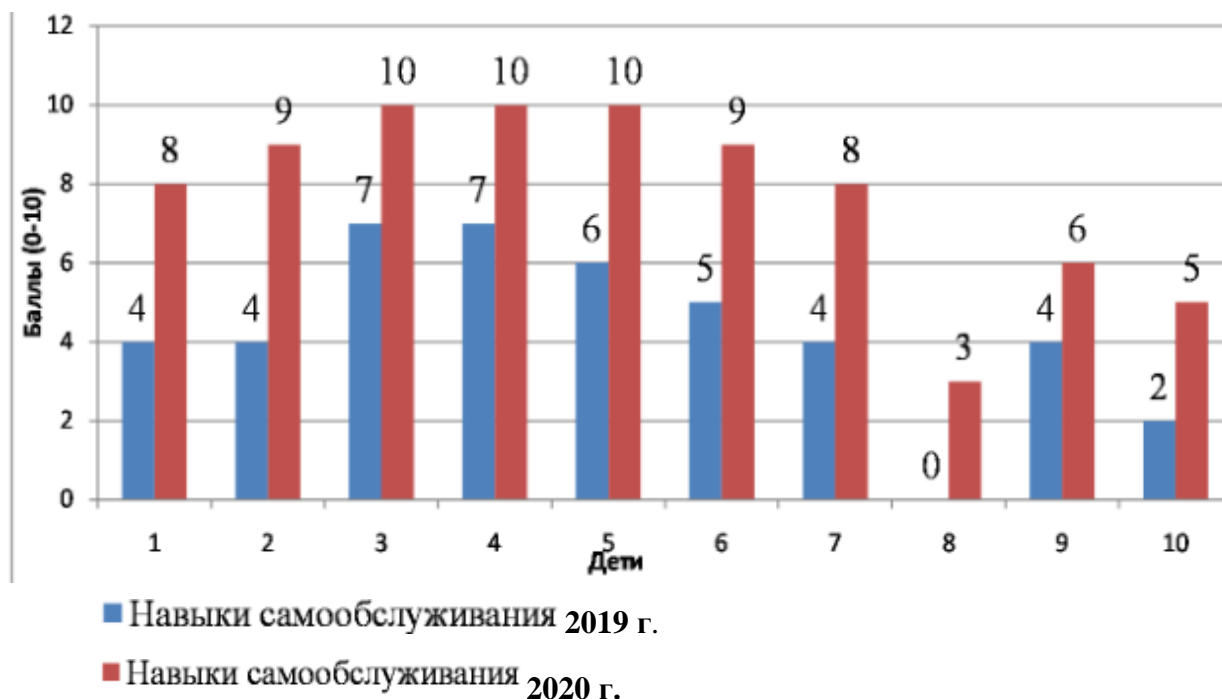


Рисунок 5 - Результаты детей по формированию навыков самообслуживания до и после участия в исследовании

Результаты исследования подверглись обработке методами математической статистики, посредством Microsoft Excel. Ттест показал, что результаты достоверны и значимы (таблица 4).

Таблица 4 – Значение исследуемых показателей до и после применения программы

Наименование	Среднее значение до участия в эксперименте	Среднее значение после участия	Ттест



		В эксперименте	
Двигательные навыки	12,7±3,68	17,2±3,33	0,00001869*
Навыки самообслуживания	4,3±1,55	7,8±1,71	0,00000019*

Статистически значимая достоверность при  $P < 0,01^*$

Основной идеей применения формирующего эксперимента было сопряженное формирование навыков самообслуживания и двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП. Из рисунка 6 видно, что динамика результатов двигательных навыков и навыков самообслуживания находятся в тесной взаимосвязи друг с другом, это подтверждено линейным коэффициентом корреляции и отражено на графике.

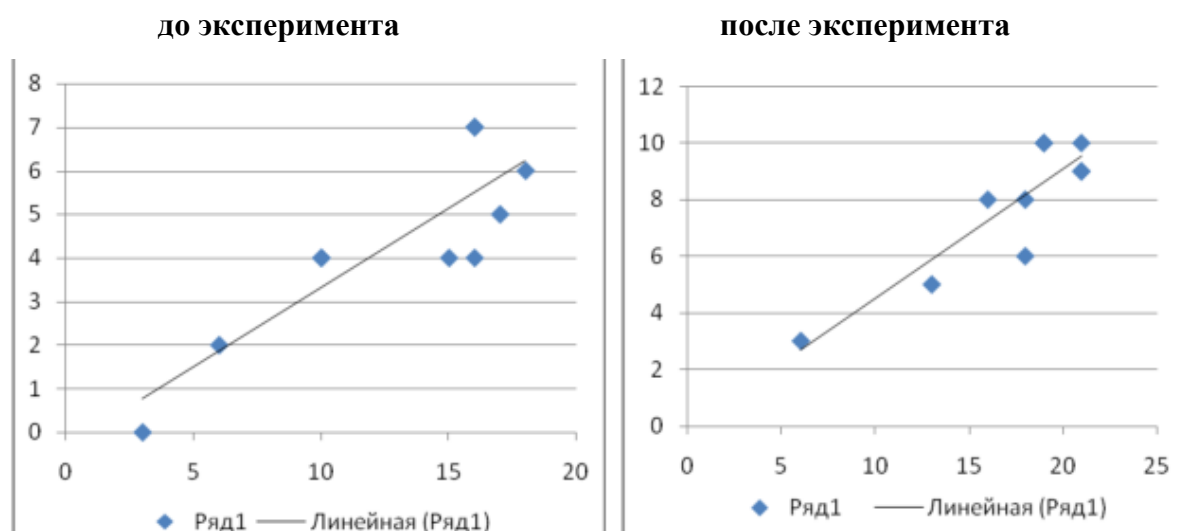


Рисунок 6 - Взаимосвязь формирования навыков самообслуживания и двигательных навыков

Проведенное исследование показало, что формирование навыков самообслуживания и двигательных навыков – это два взаимных процесса. Исследование показало, что применение их в комплексе существенно улучшает физическое развитие ребенка дошкольного возраста с выраженными нарушениями психомоторного развития и создать благоприятные условия для его социальной адаптации. Таким образом, наша гипотеза нашла свое подтверждение.

## **ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ**

Формирование навыков самообслуживания, несомненно, является одним из главных аспектов абилитации детей дошкольного возраста с ДЦП. Двигательные нарушения, полученные в результате органического поражения головного мозга не позволяют детям с ДЦП освоить базовые навыки самообслуживания, а значит, процесс социальной адаптации усугубляется.

Полученные данные в результате формирующего эксперимента позволяют сделать следующие выводы.

1. Анализ психофизических нарушений, а также методик абилитации детей с ДЦП выявил, что процесс абилитации должен носить комплексный характер ввиду сложного состава патологических изменений.

2. Экспериментальная работа по формированию навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с ДЦП включает:

- диагностику формирования двигательных навыков и навыков самообслуживания;
- консультации родителей по вопросам формирования навыков;
- тренировочную деятельность по формированию навыков;
- использование алгоритма формирования навыков самообслуживания;
- применение коррекционной методики на основе игровых физических упражнений;
- информационную поддержку семей с детьми с ДЦП.

3. Применение мониторинга формирования двигательных навыков, а также карты оценивания навыков самообслуживания выявило эффективность применения экспериментальной методики и алгоритма у всех детей, участвовавших в формирующем эксперименте.

4. Достоверность сопряженного развития двигательных навыков и навыков самообслуживания была подтверждена при обработке результатов методами математической статистики.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Анализ специальной литературы по проблеме формирования навыков самообслуживания у детей с ДЦП, показал, что детский церебральный паралич характеризуется сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и сенсомоторной чувствительности.

В РФ придерживаются классификации ДЦП К.А. Семеновой, которая выделила следующие формы: спастическая диплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, гимепаретическая форма и двойная гемиплегия. Тем не менее, в настоящее время, в литературе встречается понятие смешанной формы ДЦП.

Наиболее распространенными авторскими методами реабилитации детей с ДЦП являются:

- метод нейроразвивающей терапии (Карел и Берта Бобат);
- метод рефлекс-локомоций (Вацлав Войта);
- метод кондуктивной педагогики (Андраше Пете);
- метод динамической проприоцептивной коррекции (К.А. Семенова).

Родители детей с ДЦП находятся в психотравмирующей ситуации. По этой причине в семьях часто присутствует гиперопека, в результате которой снижается степень самостоятельности детей, а, следовательно, не формируются навыки самообслуживания.

Опытно-экспериментальная работа осуществлялась нами на базе коммунального государственного учреждения (КГУ) «Кабинет психолого-педагогической коррекции города Костанай» Управления образования акимата Костанайской области (Р. Казахстан). В исследовании участвовали 10 детей дошкольного возраста с различными формами ДЦП (спастическая диплегия, спастический тетрапарез, атонически-астатическая форма). В процессе опытно-экспериментальной работы участвовали дети с ДЦП от 5 до 7 лет. Уровень интеллектуального развития детей в данном исследовании считался незначимым.

Экспериментальная работа по формированию навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с ДЦП включала:

- диагностику формирования двигательных навыков и навыков самообслуживания;
- консультации родителей по вопросам формирования навыков;

- тренировочную деятельность по формированию навыков;
- использование алгоритма формирования навыков самообслуживания;
- применение коррекционной методики на основе игровых физических упражнений;
- информационную поддержку семей с детьми с ДЦП.

Применение мониторинга формирования двигательных навыков, а также карты оценивания навыков самообслуживания выявило эффективность применения экспериментальной методики и алгоритма у всех детей, участвовавших в формирующем эксперименте.

Достоверность сопряженного развития двигательных навыков и навыков самообслуживания была подтверждена при обработке результатов методами математической статистики.

Таким образом, цель нашего исследования - теоретически обосновать и экспериментально проверить возможность формирования у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом навыков самообслуживания на занятиях лечебно-физической культурой – достигнута. Задачи решены. Гипотеза нашла свое подтверждение.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамович–Лихтман Р.Я. Об особенности нервно-психического развития детей / Р.Я. Абрамович-Лихтман // Тезисы докладов научно-практической конференции по вопросам учебно-воспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - 1999. - С. 23-26.

2. Аверьянов А.Н. Системное познание мира: Методологические проблемы / А.Н. Аверьянов. - М.: Политиздат, 1989. - 263 с.
3. Айвазян Е.Б. Проблемы особой семьи / Е.Б. Айвазян, А.В. Павлова, Г.Ю. Одиноква // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2012. - №2. - С. 61-67.
4. Айвазян Е.Б. Проблемы особой семьи (продолжение) / Е.Б. Айвазян, А.В. Павлова, Г.Ю. Одиноква // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2011. - №3. - С. 72-80.
5. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Л.И. Акатов. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2013. - 368 с.
6. Акимова Г.Е. Словарь-справочник для равнодушных родителей / Г.Е. Акимова. - СПб.: «ВЕСЬ», 2001. - 352 с.
7. Акош К. Помощь детям с церебральным параличом. Кондуктивная педагогика / К. Акош, М. Акош. - М.: Изд-во «Улисс», 1999. - 196 с.
8. Антонов И.П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы / И.П. Антонов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корскова. - 2000. - № 4. - С.481 – 487.
9. Арнаутова Е.П. Общение с родителями: зачем? как? / Е.П. Арнаутова, В.М. Иванова. - М., 1997. - 59 с.
10. Арсенова Л.А. Зависимость психического развития детей с особыми потребностями от семейных отношений / Л.А. Арсенова // Коррекционная педагогика: теория и практика. - 2014. - №5. - С.71-73.
11. Артишевская, Н.И. Терапия с основами реабилитации / Н.И. Артишевская., А.Н. Стожаров, Н.Н. Силивончик, Т.В. Мохорт. - Минск: Высш. шк., 1999. - 378 с.

- 12.Бадалян Л.О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка. Методологические аспекты науки о мозге / Л.О. Бадалян. - М., 1990. - 267 с.
- 13.Бадалян Л.О. Детская неврология. / Л.О. Бадалян. - М.: Медпресс. - 2009. - 607 с.
- 14.Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи. / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. - М.: Издательство «Здоровья», 1998. - 330 с.
- 15.Белая Н.А. Справочник по лечебной физкультуре / Н.А. Белая, И.П. Лебедева. - М.: Медицина, 1987. - 232 с.
- 16.Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. / А.Н. Белова Антидор. - 2011. - 368 с.
- 17.Брейтман М.Я. О клинической картине детского головного-мозгового паралича. / М.Я. Брейтман. - СПб, 2001. - 156 с.
- 18.Бронников В.А. Способ лечения спастических форм детских церебральных параличей. Патент РФ 2171666 от 2001.08.10. Кл. МКИ: А 61 Н 33/00.
- 19.Бронников В.А. Детский церебральный паралич / В.А. Бронников, А.В. Одинцова, Н.А. Абрамова, А.А. Наумов, О.К. Малышева. - Пермь: Здравствуй. - 2005. - 256 с.
- 20.Вихрук Т.И. Основы тератологии и наследственной патологии: / Т.И. Вихрук, В.А. Лисовский, Е.Б. Сологуб. - М., 2004. - 208 с.
- 21.Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. - М.: Педагогика, 1998. - 175 с.
- 22.Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Том 5. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. - М., 1983. - 369 с.
- 23.Гадирова Н.Г. Реабилитация детей с ограниченными возможностями физического здоровья в социокультурной среде Германии: Автореферат дис. канд. пед. наук / Н.Г. Гадирова. - Москва, 2005. - 22 с.

24. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л.А. Данилова. - Л., 1997. - 136 с.
25. Дружинин В.Н. Психология семьи / В.Н. Дружинин. 3-е издание. - СПб.: Питер, 2009. - 176с.
26. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи / С.П. Евсеев. - СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта. СПб., 1999. - 325 с.
27. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. - М., 2006. - 240 с.
28. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л.А. Нисневич. 3-е издание. - СПб.: Детство-пресс, 2007. - 128 с.
29. Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом / М.В. Ипполитова // Специальная школа. - 2002. - № 3. - С. 15-18.
30. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. / Э.С. Калижнюк. - Киев, 1997. - 138 с.
31. Каппелле Б. Лица с физическими аномалиями / Б. Каппелле, М. Фарричелли // Основы ортопедагогтики. Lonven, Yarrant, 2002. - №3. - с 101-174.
32. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. - М: Медицина, 1998. - 288 с.
33. Козьявкин В.И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Научно-практическое издание. / В.И. Козьявкин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов. - Львов: НВФ «Украинские технологии», 2003. - 144 с.
34. Коменский Я.А. Избранные педагогические произведения / Под ред. А.И. Пискунова. 2 т. М., 1982. - 226 с.



35. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. - М.: Политиздат, 1975. - 304 с.
36. Лесгафт П.Ф. Собрание педагогических сочинений. Т.3: Семейное воспитание ребенка и его значение. / П.Ф. Лесгафт. - М.: Физкультура и спорт, 1989. - с.438.
37. Маджуга А.Г. Здоровье созидание как ведущая стратегия образовательной политики России в третьем тысячелетии / И.И. Маджуга // Здоровье и образование в XXI веке, выпуск №1-4, том 15, 2013. - С. 300-308.
38. Мамайчук И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом / И.И. Мамайчук // Дефектология, 1984, №3. С. 36-39.
39. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. - СПб.: Речь, 2005. - 220 с.
40. Мастюкова Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопедов / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. - М.: «Просвещение», 1989.- 192 с.
41. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. - М.: Просвещение, 1997. - 95 с.
42. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е.М. Мастюкова. - М.: Просвещение, 1998. - 159 с.
43. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры / Л.П. Матвеев. - М.: Физкультура и спорт, 1996. - 542 с.
44. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. - М.: Наука, 1996. - 281 с.

45. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: Дисс... канд. пед. наук / Г.А. Мишина. - М., 1999. - 163 с.
46. Морозова Е.И. Дошкольное воспитание детей с ограниченными возможностями / Е.И. Морозова // Дефектология. - 2001. - № 3. С.10 -12.
47. Набойченко Е.С. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е.С. Набойченко, С.И. Блохина. - Екатеринбург: Бонум, 2009. - 132 с.
48. Новоторцева Н.В. Словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии: учебное пособие / Сост. Н.В. Новоторцева. - Ярославль: «Академия развития», 2013. - 144 с.
49. Подласый И.П. Педагогика: 100 вопросов – 100 ответов: учеб. пособие для ВУЗов. / И.П. Подласый - М.: ВЛАДОС-пресс, 2010. - 365 с.
50. Поле Е.В. Двигательное развитие ребенка с синдромом Дауна. Пособие для специалистов / Е.В. Поле, П.Л. Жиянова, Т.Н. Нечаева. - М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», ПРОБЕЛ-2000, 2011. - 80 с.
51. Попов С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов ВУЗов / С.Н. Попов. - Ростов-на-Дону.: «Феникс», 2009. - 608 с.
52. Потапчук А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук, И. П. Машаду. - СПб: 2007. - 228 с.
53. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. N 1155 г. Москва «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
54. Репина А.И. Адаптивная физическая культура как средство развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у

- детей с церебральным параличом : диссертация ... кандидата педагогических наук / А.И. Репина. - Екатеринбург, 2014. – 147 с.
- 55.Савченко Т.А. Взаимодействие семьи и школы по Я.А. Каменскому / Текст // Научно-теоретический журнал Российской академии образования Педагогика №5. 2015. - С. 90-93.
- 56.Сагдуллаев А.А. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии / А.А. Сагдуллаев // Дефектология. - 2002. - № 4. С. 75-79.
- 57.Семаго М.М. Консультирование семей, имеющих детей с аномалиями развития / М.М. Семаго // Психотерапия в дефектологии. №6. - М., 1999. - С.123-127.
- 58.Семаго М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства / М.М. Семаго. - М., 1996. - 53 с.
- 59.Семенов И.В. Вопросы этиопатогенеза детского церебрального паралича / И.В. Семенов. - М.: Медицина, 2013. - 557 с.
- 60.Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом / К.А. Семенова, Н.М. Махмудова. - Ташкент: Медицина, 1997. - 487 с.
- 61.Семенова К.А. Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом: Метод. Реком. / К.А. Семенова, Э.И. Танюхина, В.П. Шестаков, Е.М. Старобина, Т.А. Нилова, А.А. Дыскин. М.: НВТ БИМК-Д, 2012. - 439 с.
- 62.Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова. М.Я. Смуглин. М.: Медицина, 1999. - 185 с.
- 63.Симонова Н.В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с детским церебральным параличом / Н.В. Симонова // Дефектология, 1981. №4 С. 16- 17.

- 64.Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие / И.А. Смирнова. - СПб: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2010. - 160 с.
- 65.Соловьева С.В. Некоторые вопросы взаимодействия специалистов образовательного учреждения с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья / С.В. Соловьева // Семья и будущее России: материалы междунар. науч.-практ. конф. - Екатеринбург: Уральский гуманитарный институт, 2011. - С. 190-192.
- 66.Соловьева С.В. Системный подход к изучению семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / С.В. Соловьева // Семья и будущее России: материалы междунар. науч.-практ. конф. Екатеринбург: Уральский гуманитарный институт, 2009. - С. 160-163.
- 67.Спиваковская А.С. Как быть родителями / А.С. Спиваковская. - М.: Педагогика, 1998. - 160 с.
- 68.Стребелева Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева // Дефектология. 2009. - №1 С.3-10.
- 69.Стребелева Е.А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева // Дефектология. 2000. - № 2. С. 50-58.
- 70.Стребелева Е.А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: методическое пособие для педагогов / Е.А. Стребелева, Ю.Ю. Белякова, М.В. Браткова и др.: Ин-т коррекционной педагогики РАО. Изд. 2-е. - М.: Экзамен, 2004. - 127 с.
- 71.Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева. М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2009. - 192 с.

- 72.Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / В.В. Ткачева. - М.: Книголюб, 2011. - 144 с.
- 73.Топоркова Н. А. Мониторинг формирования двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП / Н.А. Топоркова // Адаптивная физическая культура. 2012. - № 3(51). - С. 24-25.
- 74.Устинова Е.В. Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их отношений с родителями / Е.В. Устинова // Дефектология. 2008. - №1. С. 52-56.
- 75.Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ»
- 76.Финк А. Кондуктивная педагогика А. Петте: Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. / А. Финк. - М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 136 с.
- 77.Целевич Т.И. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с тяжелыми формами церебрального паралича на этапе его подготовки к школьному обучению : диссертация ... кандидата педагогических наук / Т.И. Целевич. - Омск, 2009. - 214 с.
- 78.Шамарин Т.Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т.Г. Шамарин, Г.И. Белова. - Элиста: АПП «Джангар». 2011. - 168 с.
- 79.Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Л.В. Шапкова. - М.: Советский спорт, 2007. - 464 с.
- 80.Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта / Л.М. Шипицина. - СПб.: Дидактика Плюс, 2009. - 496 с.
- 81.Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - СПб: Изд-во «Дидактика Плюс», 2003. - 272 с.

82. Шипицына Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 2004. - 368с.
83. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - СПб.: Питер, 2001. - 656 с.
84. Электронный ресурс – «Независимая газета» от 05.06.2013. «Рост детской инвалидности угрожает экономике» – [http://www.ng.ru/economics/2013-06-05/1\\_kids.html](http://www.ng.ru/economics/2013-06-05/1_kids.html)
85. Юртайкин В.В. Семья и ребенок «с особыми нуждами» / В.В. Юртайкин // Школа здоровья. - 2001. - № 1. - С.36-45.
86. Ялпаева Н.В. Социально-психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями / Н.В. Ялпаева. - М.: Просвещение, 2003. - 480 с.
87. Bobath В. Control of Posture and Movement in the Treatment of Cerebral Palsy. / Text // Physiotherapy. 1953. V. 39. Ni 5. P. 99-104.
88. Bobath К. The normal postural reflex mechanism and its deviation in children with cerebral palsy. / Text // Physiotherapy. 1971. V. 57. 11. P. 515-525.
89. Finnie N.R. Handling the young cerebral palsied Child at Homo. / N.R. Finnie. London, Medical Books, 1987. 487 p.
90. Little W.V. On the influence of abnormal parturition difficult labour, prematurity and physical condition of the child, especially in relation to deformities / Text // Transaction of the the obstetrical society of London. 1862. Vol. VIII. p.560-575.
91. Nelson L. Antecedents of cerebral palsy. Multivariate analysis. / L. Nelson, J.H. Ellenberg. N.Eng. J. Med., 1986, 315 p.
92. Saran M. Assessment of intellectual functioning across the lifespan in severe Cerebral palsy developmental medicine and child neurology / M. Saran. 1986, 328 p.

93. Schuchardt E. Why me?: Learning to live in crises. / E. Schuchardt. World Council of Churches, 2005. 172 p.
94. Sieglinde, M. Teaching motor skills to children with cerebral palsy and similar movement disorders : a guide for parents and professionals / Martin Sieglinde – The USA : Woodbine House, Inc., 2006. 255 p.
95. Stanley F., Alberman E. The epidemiology of the Cerebral palsies. Clinics and development. / F. Stanley, E. Alberman. Medicine series. Philadelphia, PA, Lippincott, 1984. 87 p.