

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С  
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Дипломная работа  
студентки заочной формы обучения  
направления 39.03.02 Социальная работа  
5 курса группы 87001152  
Сайфулиной Анны Равилевны**

Научный руководитель  
канд. социол. наук, доцент  
Подпоронова Н.Н.

Рецензент  
директор ОГБУ  
«Реабилитационный центр для детей и  
подростков с ограниченными  
возможностями»  
Долгих И.Е.

**БЕЛГОРОД 2016**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	10
1.1. Реабилитация детей с детским церебральным параличом: сущность, принципы и подходы	10
1.2. Телесно-ориентированная терапия как метод реабилитации детей с детским церебральным параличом	34
2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЕТОДАМИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	52
2.1. Методы телесно-ориентированной терапии в реабилитации детей с детским церебральным параличом	52
2.2. Проблемы реабилитации детей с детским церебральным параличом (на материалах социологического исследования)	61
2.3. Рекомендации по совершенствованию реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	86
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	90
ПРИЛОЖЕНИЕ	98

## ВВЕДЕНИЕ

*Актуальность проблемы исследования.* Стремительные перемены в социально-экономической и политической жизни России, обострение многих общественных проблем заставили ученых и практических работников начать поиск новых, адекватных современной действительности механизмов социальной реабилитации личности. Особого подхода в этом плане требуют дети с ограниченными возможностями здоровья. Признание прав такого ребенка, его интересов, потребностей, оказание помощи в процессе его личностного становления являются в современных социокультурных условиях чрезвычайно важными.

*Дети с ограниченными возможностями здоровья* – это лица в возрасте до 18 лет (не достигшие совершеннолетия), имеющие отклонения от нормы в физическом или психическом развитии вследствие нарушения здоровья, характеризующиеся полной или частичной утратой способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, осуществлять трудовую деятельность.

Значительная часть детей данной категории имеет диагноз «детский церебральный паралич». Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей.

Термин *«церебральный паралич»* употребляется для характеристики группы хронических состояний, при которых поражается двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений.

ДЦП является самой распространенной причиной детской инвалидности. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе и проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями

функций других анализаторских систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

Очевидно, что дети с двигательными нарушениями вследствие ДЦП, имеющие статус инвалида, нуждаются в реабилитации, отсутствие или несвоевременное осуществление которой приводит к серьёзным, а подчас и необратимым, последствиям.

*Социальная реабилитация* – комплекс мероприятий и процесс, имеющие целью помочь инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальном взаимодействии и коммуникации, необходимый уровень социальной компетентности, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

Главной задачей реабилитации детей с ДЦП в условиях реабилитационного учреждения является развитие их потенциальных возможностей, коррекция поведения, расширение социального горизонта, привитие им трудовых и других социально значимых навыков и умений. Решение проблемы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями в современном обществе, на наш взгляд, целесообразно искать в привлечении в работе с такими детьми методов телесно-ориентированной терапии.

*Телесно-ориентированная психотерапия* – направление психотерапии, работающее с проблемами и невротами пациента через процедуры телесного контакта. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии, ее называют также «соматической психологией». Это синтетический метод «исцеления души через работу с телом», с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека.

Исследование телесных ощущений и состояний, работа с ними существенно расширяет психотерапевтическое пространство и

возможности психолога, облегчает процесс раскрытия переживаний человека. В любой момент жизни тело воплощает особенности личности, характер психологических проблем и конфликтов человека.

Дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата, ДЦП нуждаются в специальной коррекционной поддержке. Весь детский опыт, приобретаемый в процессе социализации, связан с развитием и совершенствованием произвольных движений. Развивая двигательную сферу ребенка, мы идем по естественному пути, опосредованно влияя на развитие психических свойств и процессов.

Как известно, более 80% информации в процессе общения передается невербальным способом. У ребенка «живой язык» спонтанных движений и жестов гораздо в большей степени отражает характер его коммуникации и появляется задолго до отчетливых речевых навыков. Поэтому включение телесно-ориентированных приемов в коррекционную программу существенно расширяет их возможности.

Способность ребенка контролировать телесные проявления является важным моментом его социализации и тесно связана с формированием основных черт его психики. У ребенка возникает ощущение возможности использовать свое тело как инструмент взаимодействия с окружающим миром. Он учится доверять своему телу, собственным впечатлениям, различать эмоции, усваивает приемы самоконтроля.

Включение телесно-ориентированных приемов в процессе реабилитации детей с ДЦП позволяет осуществлять раннюю диагностику и коррекцию психомоторной функции, эмоционального состояния и различных поведенческих нарушений у ребенка, а значит, и оказывать ему своевременную помощь.

*Степень научной разработанности проблемы.* Проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья активно изучают Л.И. Акатов, Т.С. Зубкова, Э.К. Наберушкина, П.Д. Павленок, Н.В. Тимошина, Е.И. Холостова.

Основные направления социализации детей с ограниченными возможностями нашли свое отражение в работах Я.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской, Э.К. Наберушкиной, Н.В. Шапкиной. Вопросам, затрагивающим специфику социальной защиты детей-инвалидов, посвящены работы В.М. Астапова, Н.Ф. Дементьевой, О.И. Лебединского, А.И. Осадчих, О.В. Павленок, Д.А. Туболева, Э.Ф. Устинова, Е.И. Холостовой, Б.Ю. Шапиро.

Основные направления социальной поддержки детей с ограниченными возможностями нашли свое отражение в работах С.А. Васина, Я.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской, Т.В. Малеевой, Э.К. Наберушкиной, Н.В. Шапкиной.

Вопросы обучения и воспитания детей с диагнозом ДЦП затрагивают в своих работах Н.В. Антонова, Р.Д. Бабенкова, М.А. Беляева, Ю.В. Василькова, М.В. Ипполитова, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, О.О. Петрова, К.А. Семенова, О.В. Тихомирова.

В настоящее время проблема социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и другие специалисты вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации.

Вопросы реабилитации инвалидов являются основой их интеграции в общество. Медицинским аспектом реабилитации детей-инвалидов занимаются И.В. Астраханцев, В.М. Богомолова, С.А. Быданов, В.Ю. Чукарев, М.В. Элыптейн, А.М. Зотова, Б.С. Мезенцев, А.В. Федоров изучают проблемы социальной реабилитации.

Важнейшим элементом социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является деятельностный подход. Значение деятельностного подхода раскрыл в своих работах А.Н. Леонтьев. Согласно его концепции, деятельность является основой, средством и решающим условием развития личности.

Различные аспекты педагогических, психологических и социальных проблем реабилитации рассматривались в работах Э.М. Александровской, В.Л. Багрицкого, С.А. Беличевой, Н.Б. Берхина, А.В. Гордеевой, В.П. Кащенко, В.В. Ковалева, И.А. Коробейникова, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, А.С. Макаренко, А.А. Смирнова и др.

Методологические основы телесно-ориентированной психотерапии в психологии были заложены В. Райхом. Исследования ученых все больше указывают на потенциал использования методов телесно-ориентированной психотерапии в работе с детьми с детским церебральным параличом (Н.А. Ветлугина, И.А. Groшенков, Т.А. Добровольская, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, М.В. Киселева, Л.Н. Комиссарова, А.И. Копытин, Л.Д. Лебедева, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева, С.Г. Рыбакова).

Таким образом, актуальность исследования и степень научной разработанности позволили нам сформулировать научный аппарат исследования.

*Объект исследования* – реабилитация детей с детским церебральным параличом.

*Предмет исследования* – реабилитация детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии.

*Цель исследования* – раскрыть особенности реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии и разработать рекомендации по ее совершенствованию.

Для реализации поставленной цели в работе предполагается решить следующие задачи:

- раскрыть теоретические основы изучения телесно-ориентированной терапии в реабилитации детей с детским церебральным параличом;
- выявить специфику реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии;
- изучить проблемы реабилитации детей с детским церебральным

параличом и разработать рекомендации по ее совершенствованию методами телесно-ориентированной терапии.

В дипломной работе применялись следующие *методы исследования*: теоретический анализ психологической, педагогической, социологической, методической литературы, анкетирование, экспертный опрос, анализ результатов социологического исследования.

*Теоретико-методологическая база исследования.* При подготовке и проведении данного исследования мы опирались на теорию единства деятельности и развития личности (Б.Г. Ананьев, А.Г. Асмолов, Л.И. Божович, В.П. Зинченко, А.Г. Ковалев, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); основные положения социальной педагогики (С.А. Беличева, М.И. Буянов, Г.М. Иващенко, Г.И. Камаева, М.М. Плоткин, А.В. Мудрик, Н.М. Платонова), современные теории развития личности, ее социализации и индивидуализации (Л.И. Божович, А.П. Марков, А.З. Свердлов, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон, Ж. Пиаже); положения о необходимости дифференцированного и индивидуализированного подхода в системе коррекционной помощи детям с нарушениями развития (Л.С. Выготский, О.А. Денисова, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, Е.А. Стребелева, У.В. Ульenkova и др.).

*Эмпирическая база исследования.* Информационной базой исследования послужили нормативные документы, регулирующие социальную работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья, труды отечественных и зарубежных ученых в области реабилитации детей с детским церебральным параличом, труды по телесно-ориентированной психотерапии; методические материалы ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями».

Эмпирическую базу исследования составляют результаты проведенного автором дипломной работы прикладного социологического исследования «Проблемы реабилитации детей с детским церебральным параличом» в ходе преддипломной практики на базе

ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями».

*Теоретико-практическая значимость.* Анализ теоретических основ изучения реабилитации детей с детским церебральным параличом позволил выявить сущность и принципы реабилитации таких детей; раскрыть специфику реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии.

Практическая значимость исследования состоит в разработке и апробации программы реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии, учитывающей индивидуально-личностные особенности несовершеннолетних; рекомендациях по совершенствованию реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Внедрение в систему деятельности реабилитационного учреждения предложений, разработанных в ходе исследования, позволит повысить уровень реабилитации детей, что послужит основой для их успешной социализации и интеграции в общество.

*Апробация результатов исследования.* Результаты исследования были обсуждены в ходе прохождения преддипломной практики в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями».

*Структура дипломной работы.* Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

## 1.1. Реабилитация детей с детским церебральным параличом: сущность, принципы и подходы

Одним из наиболее тяжёлых заболеваний, имеющих следствием детскую инвалидность, является детский церебральный паралич (ДЦП), который характеризуется комплексом нарушений (двигательные, речевые расстройства, нарушение познавательной деятельности и т.д.).

*Детский церебральный паралич (ДЦП)* – это тяжёлое заболевание, которое возникает у ребёнка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорождённости) [1, 13].

В настоящее время тенденцию к увеличению числа больных с ДЦП Л.О.Бадалян, Е.М.Мастюкова, К.А.Семёнова, Л.М.Шипицина объясняют более точной дифференциальной диагностикой в младенческом и раннем возрасте, а также интенсивной реанимацией новорождённых с признаками тяжёлой внутриутробной патологии [2].

Причины нарушений могут быть разными: это различные хронические заболевания будущей матери, а также перенесенные ею инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации, несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др. Предрасполагающими факторами могут быть недоношенность или переношенность плода.

В некоторых случаях причиной ДЦП может быть акушерский травматизм, а также затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки

плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода. Ребенок часто рождается с признаками внутричерепной травмы: оценка по шкале Апгар низкая - 2-6 баллов, при оптимальной 9-10 баллов [2].

Иногда ДЦП возникает после рождения в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

В период новорожденности у детей с ДЦП часто отмечается общее беспокойство, тремор (дрожание ручек, подбородка), повышение или, напротив, резкое снижение мышечного тонуса, иногда отмечаются увеличение размеров головы, повышение сухожильных рефлексов, отсутствие или слабость крика, нарушения сосания за счет слабости сосательного рефлекса, нередко имеют место судороги.

Уже в первые месяцы жизни проявляется отставание психомоторного развития, которое сочетается с запаздыванием в угасании безусловно рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые позотонические рефлексy. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни эти рефлексy уже не проявляются, что создает благоприятные условия для развития произвольных движений. Сохранение даже отдельных элементов этих рефлексов после 3-4 месяцев жизни является симптомом риска или признаком поражения ЦНС [3].

Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, кроме этого, у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы. Выраженная двигательная патология, нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью, может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с ДЦП.

В отечественной клинической практике используется классификация ДЦП К.А.Семёновой, в которой выделяется пять основных форм ДЦП:

спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия и атонически-астатическая форма. На практике выделяется ещё и смешанная форма ДЦП [2].

К категории детей с тяжёлыми двигательными нарушениями относят детей, не способных к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Их характерной особенностью является сочетание различных форм двигательных нарушений. У этих детей отмечаются выраженные нарушения мышечного тонуса, значительное ограничение активных, а иногда и пассивных движений в одном или нескольких суставах, контрактуры, деформации, грубые нарушения осанки и походки. Многие дети лишены возможности самостоятельного передвижения. Затруднения в реализации движений, обусловленные повышением тонуса, слабостью мышц и гиперкинезами, формируют у большинства детей двигательную инактивность.

Большинство детей также имеют парезы верхних конечностей, что ограничивает возможности их действий руками [4, с. 95]. Только 40% детей доступны движения рук. Однако активные движения у них замедлены, напряжены, фрагментарны, недостаточно дифференцированы. Движения рук и пальцев нередко осложняются различными синкинезиями.

Несформированность и нарушения манипулятивных функций препятствуют овладению навыками самообслуживания: дети не могут взять стакан или чашку, не умеют самостоятельно обращаться с ложкой или вилкой, не владеют навыками личной гигиены. Они испытывают трудности в овладении графическими навыками. Многие из них не умеют держать карандаш, рисовать, пользоваться кисточкой, лепить из пластилина, конструировать. Всё это существенно затрудняет их бытовую и социальную адаптацию.

Наряду с двигательными расстройствами у детей с тяжёлыми двигательными нарушениями отмечаются нарушения речи, в основном обусловленные нарушениями речедвигательных анализаторов. У них в связи

с ограниченной подвижностью мышц языка, губ, насильственными движениями в дыхательной и артикуляционной мускулатуре отмечаются нарушения звукопроизносительной стороны речи разной степени выраженности. Часто нарушения звукопроизношения усиливаются из-за расстройств дыхания и голосообразования. У многих детей отмечается полуоткрытый рот, усиленное слюноотделение и т.д. Часто неправильное прорезывание зубов, нарушения в строении верхней и нижней челюсти, неправильный прикус, высокое твёрдое нёбо ещё более нарушают звукопроизношение, ограничивают устную речевую практику детей, препятствуют овладению словом, пониманию его лексического и грамматического значения, выделению и обобщению его значимой части. Большинство дошкольников испытывают трудности понимания логико-грамматических конструкций, характеризующих пространственно-временные отношения, не всегда понимают слова, обозначающие действия, и т.д. В результате многие дети общаются с помощью мимики, жестов, звукоподражания, отдельными словами или пользуются короткой фразой, не всегда согласовывая слова и не в полной мере используя предлоги. Словарный запас у всех детей недостаточный [3, с. 98-106].

Эмоциональное развитие детей с церебральным параличом с первых дней жизни протекает своеобразно и со значительным опозданием. Нарушения сенсорного восприятия, речевые и двигательные трудности обуславливают сложности установления эмоционального контакта с детьми в младенческом возрасте, что, в свою очередь, тормозит у них появление положительных эмоциональных реакций. Например, улыбка у детей с ДЦП возникает лишь к 3-6 месяцам. Снижение интереса к окружающему миру и потребности в общении проявляется уже в раннем возрасте в слабости эмоциональных реакций при общении с родителями и при виде игрушки.

Основу эмоциональной сферы ребенка составляют эмоции, чувства, потребности. Эмоции (от лат. *emoveo* - потрясаю, волную) рассматриваются как психическое отражение в форме непосредственного, пристрастного

переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств и потребностей субъекта. Чувства - это устойчивые эмоциональные переживания, связанные с каким-то определенным объектом или рядом объектов, обладающие особым значением и связанные с потребностями. В отличие от собственно эмоций, связанных с конкретными ситуациями, чувства носят предметный характер, хотя предмет может быть весьма обобщенным, умопостигаемым. Чувство может реализовываться в ряде эмоций. Например, чувство любви порождает спектр эмоций: радость, печаль, сочувствие, ревность и др. От эмоциональных реакций и эмоциональных состояний чувства отличаются длительностью. Они могут сохраняться годами, а иногда и всю жизнь, например, чувство любви или ненависти. За чувством всегда стоит конкретный предмет, они предметны [6, с. 169-173].

Для детей с ДЦП, имеющих интеллектуальную недостаточность характерна большая сохранность эмоциональной сферы, чем интеллектуальной. Вместе с тем у некоторых из них отмечается неразвитость эмоциональной сферы, огрубление эмоций, у других прослеживается эмоциональная возбудимость, лёгкость возникновения эмоций, быстрый переход из одного эмоционального состояния в другое. Отдельным детям характерна эмоциональная парадоксальность: ослабленный эмоциональный отклик на важные события при одновременном усилении реакции на несущественные, сопутствующие события. У ряда детей наблюдается эмоциональное безразличие, проявляющееся в душевной холодности, бессердечии.., у некоторых - малодифференцированность переживаний, неадекватность оценки эмоциональных ситуаций, слабая различаемость эмоций, имеющих оттеночный характер (вина, стыд, огорчение, обида, презрение, отвращение).

Для детей с церебральным параличом характерны нарушения формирования эмоционально-волевой сферы и поведения, которые особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

Нарушения эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости в сочетании с выраженной неустойчивостью вегетативных функций, общей гиперестезией, повышенной истощаемостью нервной системы. У детей первых лет жизни часто наблюдаются стойкие нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения, беспокойство в ночное время).

Аффективное возбуждение может возникать даже под влиянием обычных тактильных, зрительных и слуховых раздражителей, особенно усиливаясь в непривычной для ребёнка обстановке [1, с 256-258].

В дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам, причём у одних преобладают повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность, у других - робость, застенчивость, заторможенность. Чаще всего отмечаются сочетания повышенной эмоциональной лабильности с инертностью эмоциональных реакций, в некоторых случаях с элементами насильственности. Так, начав плакать или смеяться, ребёнок не может остановиться, и эмоции приобретают как бы насильственный характер. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакциями протеста и отказа, которые значительно усиливаются в новой для ребёнка обстановке, а также при утомлении. Эмоциональные расстройства доминируют среди других проявлений, вызывающих трудности адаптации, характерные для этих детей, особенно в раннем возрасте [8].

Кроме повышенной эмоциональной возбудимости могут наблюдаться состояния полного безразличия, равнодушие, безучастности. Возможны и другие эмоционально-волевые нарушения: слабость волевого усилия, несамостоятельность, повышенная внушаемость, возникновения катастрофических реакций при так называемых фрустрационных ситуациях.

Фобический синдром, или синдром страхов, характерен для многих детей с ДЦП. Повышенная впечатлительность в сочетании с эмоциональной

возбудимостью и аффективной инертностью создаёт благоприятный фон для возникновения невроза страха. Страх может возникать даже под влиянием незначительных психогенных факторов - незнакомой ситуации, кратковременной разлуки с близкими, появления новых лиц и даже новых игрушек, громких звуков и т.п. У одних детей он проявляется двигательным возбуждением, криком, у других - гиподинамией, общей расторможенностью и в обоих случаях сопровождается выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями - побледнением или покраснением кожи, учащением пульса и дыхания, иногда ознобом, повышением температуры. При возникновении страха у ребёнка усиливаются двигательные нарушения (спастичность, гиперкинезы, атаксия). Возможны психогенно обусловленные навязчивые фобии в виде страха одиночества, высоты, передвижения; в подростковом возрасте - страх болезни и смерти.

Эмоциональные нарушения с соматовегетативными расстройствами являются у детей с церебральным параличом благоприятной почвой для возникновения истероформных реакций. Такие реакции провоцируются обидой или неудовлетворёнными требованиями и желаниями ребёнка, сопровождаются бурными проявлениями - падениями на пол, криком, агрессивностью по отношению к окружающим, соматовегетативными нарушениями. При неправильном воспитании эти реакции закрепляются и приобретают условно-рефлекторный, привычный характер. Став привычными формами поведения, они могут составить основу для формирования патологического характера [8].

При детском церебральном параличе часто отмечается задержанное развитие по типу психического инфантилизма. В основе его лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер при преобладающей незрелости последней. Основным признаком инфантилизма - недоразвитие произвольной регуляции поведения и других форм произвольной деятельности (высших психических функций). В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия,

сиюминутными желаниями. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо. К дополнительным условиям развития инфантилизма относятся неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, обусловленное не только двигательной и речевой недостаточностью, но и гиперопекой. В результате у ребёнка слабо формируются мотивационная основа психической деятельности, произвольность и адекватная самооценка. Эти дети избегают интеллектуального напряжения и при малейшем утомлении отказываются от выполнения заданий. Такой ребёнок малоактивен при выполнении любых заданий, он медленно включается в выполнение и требует постоянной стимуляции для его завершения. Все мыслительные процессы у него замедлены [1].

Инфантилизм сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте, проявляясь в виде повышенного интереса к детским играм, слабости волевых усилий, недостаточной целенаправленности интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости. При осложнённых формах, наряду с основными проявлениями наблюдается повышенная психическая истощаемость, двигательная расторможенность.

Среди эмоциональных нарушений у детей и подростков с различными формами ДЦП могут быть тяжёлые неврозоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при спастической диплегии и гемипаретической форм ДЦП. Могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, в связи с ранней социальной и психической депривацией (Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. и др.).

Повреждение ещё незрелых мозговых структур существенно влияет на последующее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП.

Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычная функциональная пластичность нервной ткани ребёнка способствует развитию компенсации дефекта. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в эмоционально-личностном развитии. Многолетний опыт отечественных и зарубежных специалистов, работающих с детьми с церебральным параличом, показал, что чем раньше оказана медико-психолого-педагогическая помощь этим детям, тем она эффективнее и лучше её результаты [4].

Эмоциональная сфера характеризуется не только эмоциями и чувствами, но также тревожностью и самооценкой. При высоком уровне тревожности человек легко раздражается, расстраивается по пустякам, теряется в простых ситуациях, не уверен, боится неудач, быстро возбуждается. При завышенной или заниженной самооценке он испытывает затруднение в общении, болезненно реагирует на замечания. В специальных исследованиях установлено, что у 80% учащихся старших классов средней школы повышенный уровень тревожности и неадекватная самооценка; высок уровень тревожности и учителей.

Итак, волевая, сознательная регуляция деятельности, поведения не противостоит эмоциональной сфере психики человека. Постановка значимых целей и их успешное достижение окрашивается глубокими чувствами. Воля противостоит не вообще всем эмоциям, а тем импульсивным эмоциональным проявлениям, которые препятствуют разумному поведению человека. Для человека опасны не эмоции, а автономизация эмоциональной сферы, ее выход из-под сознательного контроля [9].

Особенности формирования личности и эмоционально-волевой сферы у детей с диагнозом ДЦП могут быть обусловлены двумя факторами:

- биологическими особенностями, связанными с характером заболевания;
- социальными условиями – воздействием на ребенка семьи и педагогов.

Иными словами, на развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны - отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Именно поэтому необходимо помнить о том, что личностные особенности детей, страдающих ДЦП, - результат тесного взаимодействия этих двух факторов. Следует заметить, что родители, при желании, могут смягчить фактор социального воздействия.

Особенности личности ребенка с аномалиями в развитии, в том числе ДЦП, связана, в первую очередь, с условиями ее формирования, которые значительно отличаются от условий развития нормального ребенка.

Исследования показали, что осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7-8 годам и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и нехваткой общения [8, с 96]. На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному:

- ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению;

- ребенок становится агрессивным, легко идет на конфликт.

Для детей с ДЦП характерны такие нарушения формирования эмоционально-волевой сферы и поведения, которые особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью. Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер при преобладающей незрелости последней. Основным признаком инфантилизма - недоразвитие произвольной регуляции поведения и других форм произвольной деятельности (высших психических функций) [10].

При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент «детскости». Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

Несмотря на перечисленные особенности поведения, эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному:

.Повышенная возбудимость. Дети этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

Аффективное возбуждение может возникать даже под влиянием обычных тактильных, зрительных и слуховых раздражителей, особенно усиливаясь в непривычной для ребенка обстановке.

Пассивность, безынициативность, излишняя застенчивость. Любая ситуация выбора ставит их в тупик. Их действиям свойственна вялость, медлительность. Такие дети с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Этот синдром, так

же как и радостное, приподнятое настроение со снижением критики (эйфория), отмечается при поражениях лобных долей мозга.

Фобический синдром, или синдром страхов, характерен для многих детей с церебральным параличом. Повышенная впечатлительность в сочетании с эмоциональной возбудимостью и аффективной инертностью создает благоприятный фон для возникновения невроза страха. Страх может возникать даже под влиянием незначительных психогенных факторов - незнакомой ситуации, кратковременной разлуки с близкими, появления новых лиц и даже новых игрушек, громких звуков и т. п. У одних детей он проявляется двигательным возбуждением, криком, у других - гиподинамией, общей заторможенностью и в обоих случаях сопровождается выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями - побледнением или покраснением кожи, гипергидрозом, учащением пульса и дыхания, иногда ознобом, повышением температуры. При возникновении страха у ребенка усиливаются саливация и двигательные нарушения (спастичность, гиперкинезы, атаксия). Возможны психогенно обусловленные навязчивые фобии в виде страха одиночества, высоты, передвижения; в подростковом возрасте - страх болезни и смерти.

Страхи, возникающие спонтанно, вне связи с какими-либо психогенными факторами, называются неврозоподобными; они обусловлены органическим поражением головного мозга. К ним относятся недифференцированные ночные страхи, появляющиеся эпизодически во время сна и сопровождающиеся криком, плачем, общим возбуждением, вегетативными расстройствами. Они характерны для детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, часто возникают на фоне гипертермии. Если страхи появляются внезапно, на фоне соматического благополучия, в определенное время ночного сна, через одинаковые промежутки времени, сопровождаются двигательными автоматизмами, их следует отличать от пароксизмов эпилептического генеза, которые также могут наблюдаться при детских церебральных параличах [10, с. 89].

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

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

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

Еще одна область, в которой родители могут столкнуться с серьезными проблемами – это волевая активность ребенка. Любая деятельность, требующая собранности, организованности и целенаправленности, вызывает у него затруднения. Психический инфантилизм, свойственный большинству детей с ДЦП, накладывает существенный отпечаток на поведение ребенка. Например, если предложенное задание потеряло для него свою привлекательность, ему очень сложно сделать над собой усилие и закончить начатую работу [10].

Дети, страдающие церебральным параличом, более часто испытывают отрицательные эмоции, такие как: страх, гнев, стыд, страдания и др., чем

дети без данного заболевания. Доминирование отрицательных эмоций над положительными приводит к частому переживанию состояний грусти, печали с частым перенапряжением всех систем организма.

А. Шишковская [Цит. по: 84] отмечает, что факторы, оказывающие влияние на волю ребенка, можно разделить на:

– внешние, к которым относятся условия и характер заболевания, отношение окружающих к больному ребенку;

– внутренние, такие, как отношение ребенка к самому себе и к собственной болезни.

Таким образом, особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы ребенка с ДЦП во многом зависят не только от специфики заболевания, но в первую очередь от отношения к ребенку окружающих: родителей, педагогов и др.

Наряду с многими другими психологическими трудностями ребенка с детским церебральным параличом основную роль в его развитии играют нарушения эмоционально-волевой и личностной сфер.

Таким образом, нарушение различных сфер личности ребенка с детским церебральным параличом позволяет говорить о необходимости его комплексной реабилитации.

По определению ВОЗ, *реабилитация* – это комбинированное и координированное применение методов в социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятиях с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения его оптимальной трудоспособности [86].

В нашей стране принято определение, сформулированное на совещании министров здравоохранения стран СЭВ: *реабилитация* – есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на

эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [15]. Такая система представляет собой совокупность взаимодействующих элементов:

1. Научные взгляды, идеи, представления.
2. Законодательная и нормативная база в области реабилитации.
3. Научные и научно-технические разработки.
4. Совокупность средств, приемов и методов реабилитации.
5. Программы реабилитации.
6. Государственная служба реабилитации, состоящая из органов управления, реабилитационных учреждений и организаций различной ведомственной подчиненности (здравоохранения, общего и профессионального образования, занятости, культуры, физической культуры и спорта, социальной защиты населения и др.).
7. Реабилитационная индустрия (предприятия, организации – разработчики и производители ТСР).
8. Общественные организации и организации, защищающие права.
9. Информационное обеспечение проблем [15].

Существует большое количество определений понятия реабилитации. Во многом это связано с развитием теоретических подходов к данному направлению. По мнению Е.И. Холостовой [72], *реабилитация* – это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Целью разнообразных реабилитационных мероприятий является интегрирование инвалидов в общество.

За рубежом, где такая деятельность имеет достаточно длительную историю, принято различать понятия абилитации и реабилитации. *Абилитация* – это комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменении условий

жизнедеятельности. В России реабилитация объединяет оба эти понятия, причем предполагается не узкомедицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы.

В настоящее время предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания является процесс социальной реабилитации. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и другие специалисты вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации.

Этому способствуют развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, реализующиеся научные положения – с другой. Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции инвалидов в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того, чтобы быть социально востребованными.

*Социальная реабилитация* – это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации, включающая комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе [97].

По мнению М.В. Фирсова, *социальная реабилитация* – это комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и т.д.), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освобожденные из мест лишения свободы и др.).

«*Социальная реабилитация* – система социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или компенсацию

ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, дееспособности, социально-психологического функционирования» [77].

Таким образом, социальная реабилитация предполагает деятельность по осуществлению определенных мер, направленных на восстановление индивида. В связи с этим целесообразно определить понятие социально-реабилитационной деятельности.

*Социально-реабилитационная деятельность* – это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ДЦП в целях подготовки последнего к продуктивной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий [2, 48].

Социально-реабилитационная деятельность, как и любой другой вид деятельности, имеет свои качественные характеристики. Важнейшей такой характеристикой является целенаправленность.

Целенаправленность социально-реабилитационной деятельности проявляется в том, что процесс социальной реабилитации строится с учетом четко очерченной цели, которая зависит от того, на какую категорию клиентов направлены реабилитационные воздействия [15]. Цель социальной реабилитации инвалидов – восстановление здоровья, трудоспособности и социального статуса инвалидов, достижение ими материальной и социальной независимости, интеграции (или реинтеграции) в обычные условия жизни общества.

Выделяют ряд специальных видов социальной реабилитации:

– *элементарная реабилитация* – объединяет меры, направленные на восстановление наиболее простых, элементарных навыков самообслуживания и передвижения. Данный термин прочно закрепился, например, в практике реабилитации инвалидов по зрению, для которых выполнение перечисленных функций имеет решающее значение для обеспечения самообслуживания;

– *бытовая реабилитация* объединяет меры, направленные преимущественно на восстановление навыков выполнения повседневной бытовой деятельности;

– *социально-психологическая реабилитация* пронизывает, в сущности, все аспекты работы, направленные на восстановление индивидуально-личностного статуса, на восстановление, развитие и формирование способностей и качеств, позволяющие ему успешно играть различные социальные роли (семейные, супружеские, родительские, общественные, политические и др.), иметь возможность быть реально включенными в разные сферы социальных отношений и жизнедеятельность. Содержательный смысл социально-психологической реабилитации заключается, прежде всего, в восстановлении оптимального функционирования психологических механизмов, обеспечивающих социальную деятельность и социальную интеграцию;

– *педагогическая реабилитация* объединяет меры коррекционного обучения и воспитания, направленные на усвоение ребенком определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему успешно функционировать в качестве полноправного члена общества. Роль педагогической реабилитации возрастает при снижении способностей к восприятию, усвоению, актуализации и передачи знаний, смысловой информации вследствие нарушения физического или психического развития;

– *семейная реабилитация* объединяет меры разного порядка (социального, педагогического, психологического и др.), направленные на восстановление обычных нормальных ролевых функций в семье, а также подготовку их к самостоятельной и независимой жизни в семье;

– *рекреационная реабилитация* – позволяет реализовать свои духовные и творческие интересы, потребности в физическом развитии и совершенствовании. Важными составляющими рекреационной реабилитации является социокультурная реабилитация, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт. Социальный тренинг и общение в ходе занятий,

связанных с отдыхом, позволяют более успешно решать задачи и в других сферах деятельности. Рекреационная реабилитация помогает освободиться от комплекса неполноценности, пробуждает интерес к жизни [7].

Конечной целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

По мнению О.С. Андреевой [3], социальная реабилитация может рассматриваться как:

- комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, на улучшение его здоровья, дееспособности;
- процесс, направленный на изменение социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам.

Как считает В.П. Вайзман [14], социальная реабилитация осуществляется в двух самостоятельных направлениях:

а) приспособление окружающей среды к потребностям инвалидов (обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, другими техническими средствами для труда, быта, обучения, досуга, физкультуры, спорта, духовно-нравственного развития иных сфер жизни и т.д.)

б) приспособление инвалида к своему дефекту, помощь в адаптации к окружающей среде, развитие навыков, обеспечивающих возможно независимое социальное функционирование.

Осуществление социальной реабилитации детей с ДЦП в значительной мере зависит от соблюдения ею основных принципов, к которым относят: адресность, непрерывность, этапность, доступность, комплексность, дифференцированность, последовательность, добровольность, гуманность, преемственность, конфиденциальность [15]. Некоторые авторы формулируют основные принципы социальной реабилитации следующим образом: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных

мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход. Рассмотрим сущность основополагающих принципов социальной реабилитации более подробно.

*Принцип адресности* – принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах.

Ведущий принцип устройства современного общества – *принцип равных социальных прав и возможностей индивидов*, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей [86]. В соответствии с ним инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но как субъекты своей собственной жизнедеятельности. Социальные права включают в себя не только удовлетворение элементарных потребностей, обеспечение выживания, но также и всю полноту социальных потребностей индивида. Разумеется, наличие и осознание этих потребностей лимитируется развитием способности инвалида к пониманию и оценке окружающей действительности, себя самого и своего места в социальном мире. Правда, актуализация этой возможной доступности и степень ее гарантированности в немалой степени зависят от ряда объективных и даже субъективных обстоятельств и ограничиваются объемом социально-экономических ресурсов данного общества и государства.

Все более влиятельно заявляет о себе *принцип активного участия инвалидов в организации работы служб помощи* для них, в формировании и реализации государственной социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями, изложенный в ряде международных правовых документов, в том числе, в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов [17], этот принцип в последнее время активно воплощается в практике реабилитационных служб ряда зарубежных стран в качестве программы «Shape your lift», что можно перевести как «формируй свою жизнь». В соответствии с этой программой инвалиды либо

получают средства на руки, либо получают право распоряжаться средствами, выделяемыми государственными или муниципальными органами для их реабилитации, охотно оплачивают деятельность тех служб или отделений, которые являются полезными для себя, работу тех сотрудников, со стороны которых заботливое и компетентное отношение [19].

Также из практики зарубежных социальных систем пришел к нам *принцип независимой жизни лиц с ограниченными возможностями*, который заключается в их максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению. Помощь и содействие, оказываемые инвалиду различными учреждениями и организациями, должны быть адекватными его состоянию и самочувствию, приниматься (или отвергаться) на добровольной основе, содействовать самопомощи и побуждать к ней.

К числу важнейших относится также *принцип неразрывной связи индивида с ограниченными возможностями и социальной среды*. Разумеется, среда влияет на инвалида по многим направлениям – через общие социальные связи и чувства, через ближайшую социальную сеть, через общественные настроения, предрассудки и ожидания. Даже в стационарном социальном учреждении индивиды находятся под воздействием своего социального окружения – однообразного, монотонного и бедного.

Личность инвалида формируется в конкретных социальных условиях. Однако и сами инвалиды сознательно или бессознательно формируют свое социальное окружение, в большей мере влияя на ближайшие звенья своей социальной сети, в значительно меньшей мере на общество в целом. Это находит отражение в феномене созависимости [34], в неблагоприятном эмоциональном фоне многих инвалидных семей, в сознательном или бессознательном стремлении ряда инвалидов к манипулированию теми лицами, с которыми они общаются. Разумеется, сказанное не означает, что всякое общение инвалида манипулятивно или контрпродуктивно. Социальные коммуникации каждого индивида, независимо от его

физических или психических условий, являются важнейшей частью его социальной роли. Лицам с ограниченными возможностями труднее, чем другим, строить эгалитарный тип отношений, в своих социальных связях они могут соскальзывать к ассиметричной системе взаимодействия, тем более, если инвалидность наступила в детстве.

Принцип связи индивида и социальной среды позволяет избежать сведения всех проблем лиц с физиологическими, психическими или интеллектуальными ограничениями только к медицинским вопросам. В круг изучения включаются обстоятельства проживания, воспитания, обучения, общения инвалида, возможность или невозможность удовлетворения всех присущих ему потребностей, а не только первичных, витальных.

Одним из основополагающих является *принцип изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида*, ибо для каждого индивида его семья должна являться наиболее совершенной и функциональной социализирующей и реабилитирующей средой. Что касается детей с объективными ограничениями, лиц с нарушениями функций, пожилых людей, переживающих возрастные изменения, то исследованиями статистически достоверно установлено, что только в условиях семьи они могут добиться высоких показателей в разворачивании своей жизнедеятельности, сохранении социальной и интеллектуальной адекватности, во всяком случае, по сравнению с лицами, находящимися в государственных стационарных учреждениях.

Чрезвычайно важен *принцип комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий*, поскольку отдельные несистематизированные меры могут не принести полноценного положительного результата или даже, в редких случаях, сказаться негативно. Незавершенность реабилитационной программы, отсутствие некоторых направлений сокращают возможности реализации индивидуального реабилитационного потенциала [33].

Хотя в последнее время все более подчеркивается субъектная роль индивида в его участии в реабилитационном процессе, значение деятельности негосударственных социальных благотворительных обществ, ассоциаций самопомощи лиц ограниченными возможностями, однако ведущим в наших условиях должен оставаться *принцип государственных социальных гарантий для инвалидов*. Это обусловлено, с одной стороны, провозглашением нашей страны социальным государством, которое, таким образом, принимает на себя ответственность за социальное благосостояние своих граждан.

Как отмечает А.Д. Гонеев, в процессе реабилитации на разных уровнях затронуты различные структуры, которые в той или иной мере воздействуют на особенности ребенка. Главной и основной целью всего процесса реабилитации является включение ребенка с ДЦП в жизнь социума и его социализация.

*На первом уровне реабилитации (микроуровне)* сам ребенок рассматривается как система. Воздействие идет на тело и психику ребенка. При этом появляется возможность включения компенсаторных механизмов самого организма ребенка с ДЦП. Здесь существенную помощь оказывают медицинские и психологические службы. Основная цель рассматриваемого уровня – достичь наибольшего физического оздоровления ребенка, помочь ему в осознании своей субъектности.

*Второй уровень реабилитации – мезоуровень.* На данном уровне нетипичный ребенок рассматривается в рамках социального окружения, семьи, исследуются его взаимодействия с другими детьми, сверстниками, друзьями, рассматривается влияние школы. На мезоуровне важно выявить значение для ребенка каждой из этих структур, скоординировать деятельность различных систем, чтобы они могли более плодотворно оказывать воздействие на ребенка с целью его включения, интеграции в жизнь социума.

Цель мезоуровня реабилитации – обучение и воспитание ребенка с ДЦП, развитие у него коммуникативных навыков. На мезоуровне ребенок рассматривается не как отдельный индивид с особыми нуждами, как предполагается на микроуровне, а как единая взаимосвязанная с другими членами общества система. Каждая отдельная структура, звено, система мезоуровня имеют свои ресурсные возможности. Важно выявить эти ресурсы, скоординировать их потенциал.

*Третий уровень – макроуровень.* Он предполагает рассмотрение ребенка в рамках всего социума. Сюда входит, прежде всего, социальная политика, государственные программы, учреждения, мероприятия, общественные объединения, фонды и т. д., созданные в рамках всего социума и призванные помочь индивидам с особыми нуждами на уровне государства. Основная цель макроуровня, как и всего процесса реабилитации, – это включение ребенка с ДЦП в социум, его социализация [58].

Необходимо отметить, что все три уровня реабилитации тесно связаны между собой. Деятельность на макроуровне напрямую влияет на самого ребенка, то есть на микроуровень, через государственную политику в области здравоохранения, образования, занятости и т.д. Существует и обратная связь, когда на микроуровне составляются программы помощи детям с интеллектуальной недостаточностью, которые рассматриваются на макроуровне.

Таким образом, социальная реабилитация детей с ДЦП по своему строению и целям близка педагогическому процессу и педагогической деятельности и ее можно рассматривать как их разновидность. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, – обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребенка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли. В этой связи едиными являются

и большинство понятий, используемых в равной мере как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.).

Таким образом, процесс социальной реабилитации детей с диагнозом ДЦП представляет собой многонаправленное комплексное воздействие на ребенка и его окружение с целью оптимизации жизнедеятельности и развития необходимых для полноценной адаптации и интеграции в общество социальных навыков.

## 1.2. Телесно-ориентированная терапия как метод реабилитации детей с детским церебральным параличом

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества новорожденных с ДЦП и рост числа детей с наиболее тяжёлыми проявлениями нарушений [12]. В связи с этим разработка новых методов и форм работы с детьми с ДЦП является актуальной задачей.

Психологические исследования личностного развития детей-инвалидов показали, что прямым следствием инвалидности является нарушение эмоциональной сферы ребенка. А особенности эмоциональной сферы детей-инвалидов, в свою очередь, негативно отражаются на их адаптивных возможностях: нарушаются межличностные отношения, возникают сложности в общении, сужаются контакты с окружающим социумом, затрудняется обучение и т. д.

В современных условиях сложились типичные подходы к реабилитации детей с ДЦП:

- первый – консервативное медицинское стационарное или амбулаторное лечение;
- второй – комплекс реабилитационных мероприятий, проводимых с ребенком индивидуально или в группе при медицинском патронировании;

– третий – смешанный вариант, предусматривающий лечение и реабилитационную деятельность.

В первом случае ребенок будет в полном объеме получать медицинскую помощь и минимальную двигательную нагрузку. Во втором – максимальное двигательное развитие с необходимой его возрасту педагогической программой и медицинский патронаж, который можно охарактеризовать как диагностико-профилактическое направление работы с детьми с ДЦП. Третий вариант представляет собой сочетание первых двух: такой подход должен осуществляться в медицинском или социозащитном профильном учреждении при активном участии специалистов по социальной реабилитации.

ДЦП, как правило, проявляется в разрыве между психическими и физическими проявлениями ребенка, что, в свою очередь, проявляется в отсутствии гармоничного развития тела и разума. Телесно-ориентированная терапия направлена на решение этих проблем. Это один из методов психической коррекции – «исцеления души через работу с телом». Ее важной составляющей является знакомство ребенка с телом, которое направлено на расширение сферы осознания им своих глубоких внутренних потребностей и переживаний.

Еще в античные времена, когда идеал человека не мыслился вне целостности и гармонии, существовали терапевтические направления, связанные с движением, дыханием, танцем, массажем и воздействием на человеческую душу. В прошлом столетии танец, культура тела и воспитание посредством движения испытывали влияния, которые в первую очередь ставили задачу преодоления враждебности к телу. Другие истоки современных методов лежат в сфере ритмики, музыкальной педагогики, гимнастики, дыхательного и вокального воспитания, в технике расслабления и массажа. Да и различные системы обучения актерскому искусству оказали влияние на современные методы или находят в них свое прямое продолжение (терапевтический театр, терапия, основанная на танце, музыке и т. д.).

От современных методов отпочковались такие, которые можно в большинстве случаев охарактеризовать как соматерапевтические постольку, поскольку все они восходят к разработанной Вильгельмом Райхом *вегетотерапии*, основанной на характерологическом анализе, а также ученикам Райха. Двое из них: Александер Лоуэн и Джон Перракос положили основание *биоэнергетическому анализу*. Артур Янов, создатель первичной терапии, получившей также известность под названием *плазменной терапии*, также опирается на труды и методы названных ученых. Различия между методами внутри основного направления зачастую очень незначительны, хотя в каких-то чертах эти методы дистанцируются друг от друга. Тем не менее, существуют и довольно сильные взаимовлияния, поэтому общность исходной позиции для всех методов телесно-ориентированной терапии становится очевидной: большинство методов работы с телом в большей или меньшей степени, с одной стороны – наследники психоанализа, с другой – терапевтического движения, основанного на контактах в группе.

Другие истоки терапевтической работы с телом можно обнаружить в практике дальневосточных йогов, особенно приверженцев хатха-йоги, а через ее посредство в китайской системе, тайц-зи, великом переделе, вплоть до дзен-буддизма с его различными методами медитации и массажа. Наряду с этим имеется, конечно, целый ряд эклектических методов, попыток создать некий синтез и всевозможные комбинации.

Что значит телесно-ориентированная терапия? Во многих видах психотерапии и групповой практики интерес к телу ограничивается либо получением дополнительной информации для вербальной и психической работы («Сейчас у меня болит голова. Что это значит?»), либо физическим подтверждением вербальных процессов («Так, видимо, оно и есть. У меня перестала болеть голова.»). В данном случае тело – это, так сказать, поставщик информации. Однако собственно психотерапевтические процессы как бы ожидаются психическими, например вдумчивым интересом или (само) пониманием. Эти последние могут сопровождаться затем

физическими ощущениями, допустим, чувством облегчения, которое оценивается как подтверждающий признак. Если тело «вводится в действие» именно так, оно становится чем-то вроде средства для достижения цели, то есть объективируется. Упор делается на психическое, телесное же понимается как явление, сопутствующее душевным процессам.

*Телесно-ориентированная терапия* – направление психотерапии, работающее с проблемами и неврозами пациента через процедуры телесного контакта.

Под работой *телесно ориентированной терапией* подразумевают непосредственное терапевтическое воздействие на тело, а от этого воздействия ожидают психического излечения или изменения. Здесь речь идет о прямом воздействии на тело. Психическое переживание должно испытывать влияние посредством тела. «Тело как спаситель души» или «терапия души через работу с телом» - эти слова вынесены на титульные листы книг по биоэнергетике Александра Лоуэна. «Исцелить душу через тело» - так называется введение в биодинамику у Герды Боиезен. Таким образом, воздействие на человека осуществляется посредством работы с телом, например, непосредственно с процессами дыхания или сокращения мышц, что в свою очередь влечет за собой сопутствующие психические явления. С физическим раскрепощением связывают ожидание душевной релаксации [18].

Телесная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии, ее называют также «*соматической психологией*».

*Терапия Вильгельма Райха.* Вильгельм Райх – создатель телесно-ориентированной терапии. Райх полагал, что механизмы психологической защиты и связанное с ними защитное поведение способствуют формированию «мышечного панциря» (или «брони характера»), выражающейся в противоестественном напряжении различных групп мышц, стесненном дыхании и пр. Противостоять психологическим защитным

механизмам можно путем модификации телесного состояния и воздействия на напряженную область.

Райхом были разработаны методики для уменьшения хронического напряжения в каждой группе мышц; с помощью физического воздействия он стремился высвободить подавленные эмоции. Для поощрения эмоциональной разрядки используют мышечный массаж. К пациенту прикасаются, используя щипковые и давящие движения, чтобы помочь ему сломать панцирь, двигаются вниз по телу, достигая последнего круга панциря, расположенного на уровне таза. Телесно-ориентированная терапия Райха в значительной степени базируется на его теории органной энергии. Райх рассматривал удовольствие как свободное движение энергии из сердцевины организма к периферии и во внешний мир; тревожность представляет собой отвлечение энергии от контакта с внешним миром, возвращение ее внутрь. Райх в конце концов пришел к представлению о терапии как о восстановлении свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков мышечного панциря. По его мнению, эти блоки (мышечные зажимы) служат искажению и разрушению естественного чувствования, в частности, подавлению сексуальных чувств.

*Биоэнергетика Александра Лоуэна.* Биоэнергетика Лоуэна представляет собой модификацию райхианской терапии. Понятие «энергия» имеет для телесно-ориентированной терапии особое значение. Александр Лоуэн, ученик Вильгельма Райха, изучает тело с учетом его энергетических процессов и описывает его как «биоэлектрический океан» химического и энергетического обмена. Она включает райхианскую технику дыхания, многие из традиционных приемов эмоционального раскрепощения.

Лоуэн использует также напряженные позы для энергетизации частей тела, которые были заблокированы. В этих позах увеличивается напряжение в постоянно зажатых частях тела. В конце концов, оно усиливается настолько, что человек вынужден расслабить мышцы, «распустить

мышечный панцирь». Участники групп телесно-ориентированной терапии обычно надевают легкую спортивную одежду, например шорты. В некоторых группах поощряется и полное обнажение.

Типичным упражнением является демонстрация собственного тела перед зеркалом. Затем участники группы описывают тело человека, стоящего перед ними. На основании полученных описательных характеристик руководитель и члены группы могут сделать выводы о «броне характера» каждого участника, блокировках спонтанного течения энергии, а также соотнести эти выводы с теми проблемами, которые возникают у участников группы.

Таким образом, на протяжении всех занятий не прекращаются попытки соотнесения телесного состояния с обсуждаемыми психологическими темами. Мышечное напряжение определяется с помощью фиксации напряженных поз тела и упражнений, способствующих появлению напряжения.

*Терапия Моше Фельденкрайса.* Моше Фельденкрайс постулирует, что люди действуют в соответствии со своим Я-образом, направляющим каждое действие и обусловленным тремя факторами:

- а) биологической конституцией,
- б) воспитанием в специфической социальной среде,
- в) самовоспитанием, независимым элементом социального развития.

Поскольку наследование физических признаков от нас не зависит, а воспитание в обществе навязывается, самовоспитание — это единственное, что находится в наших собственных руках. Эти три силы формируют Я-образ или индивидуальность (личность). Они также являются главными детерминантами успеха или неудачи индивидуума в обществе и межличностных отношениях. Индивидуум формирует социальную маску, которую носит в течение всей жизни для демонстрации успеха или неудачи.

Идентификация с социальной маской может привести к утрате связи с собственными физическими и, органическими побуждениями

(потребностями) и чувством удовлетворения. Органическая жизнь индивидуума и удовлетворение внутренних органических побуждений оказываются в конфликте с внешним социальным и финансовым существованием маски.

С точки зрения Фельденкрайса, это – эквивалент эмоционального расстройства. Суть системы Фельденкрайса состоит в формировании лучших телесных привычек, в восстановлении естественной грации и свободы движений, в утверждении образа Я, в расширении самосознания и развитии способностей человека. Фельденкрайс утверждает, что деформированные паттерны мышечных движений приобретают застойный характер, становятся привычками, действующими вне сознания. Упражнения применяются для снижения избыточного напряжения при простых действиях, например при стоянии, и для высвобождения мышц с целью использования их по назначению. Для облегчения осознания мышечных усилий и плавности движений внимание пациента акцентируется на поиске лучшего положения, соответствующего его врожденной физической структуре.

*Метод Ф. Матиаса Александра.* Акцент на исследовании привычных поз и осанки, а также на возможности их улучшения.

Австрийский актер Фредерик Матиас Александер после ряда лет профессиональной деятельности потерял голос, что явилось для него подлинной жизненной трагедией. Девять лет он посвятил тщательному самонаблюдению перед трехстворчатым зеркалом.

Наблюдая за своими речевыми действиями, Александер обратил внимание на привычку запрокидывать голову назад, всасывая воздух и фактически сжимая голосовые связки, и попытался избавиться от неправильных движений и заменить их более подходящими. В результате он создал метод обучения интегрированным движениям, основанный на уравнивании головы и позвоночника; начал обучать других своему методу и благодаря своей настойчивости смог вернуться на сцену.

Метод Александера направлен на использование привычных телесных поз и их совершенствование. Александер полагал, что предпосылкой свободных и естественных движений, что бы мы ни делали, является наибольшее возможное растяжение позвоночника. Это не означает насильственного вытягивания позвоночника, имеется в виду естественное вытягивание вверх.

Уроки техники Александера предполагают постепенное тонкое руководство в овладении более эффективным и удовлетворительным использованием тела. Как правило, терапия начинается с легкого надавливания на голову, при этом мышцы задней части шеи удлиняются. Пациент делает головой легкое движение вверх, голова как бы приподнимается, и таким образом создаются новые соотношения между весом головы и тонусом мышц". Далее продолжают легкие манипуляции в движении, в положении сидя, при вставании.

В результате возникает сенсорное переживание «кинестетической легкости», при котором человек внезапно чувствует себя невесомым и расслабленным. Кроме упражнений подобного типа, метод Александера включает также коррекцию психологических установок и устранение нежелательных физических привычек. Этот метод особенно популярен среди артистов, танцоров и т. п. Он также эффективно используется для лечения некоторых увечий и хронических заболеваний.

*Терапия Иды Рольф (рольфинг).* Метод структурной интеграции, называемый рольфингом по имени ее основательницы Иды Рольф. В этом методе уделяется большое внимание физическому контакту.

Ида Рольф защитила докторскую диссертацию по биохимии и физиологии в 1920 г. и двенадцать лет проработала ассистентом в биохимической лаборатории Рокфеллеровского института. Более сорока лет она посвятила совершенствованию системы структурной интеграции и обучению этой системе.

В основе метода Рольф лежат представления о том, что хорошо функционирующее тело с минимумом затрат энергии остается прямым и вертикальным, несмотря на влияние силы тяготения. Под влиянием стресса это положение искажается, а наиболее сильные изменения происходят в фасциях и соединительных оболочках, покрывающих мышцы. Цель структурной интеграции – привести тело к лучшему мышечному равновесию, ближе к оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку.

Терапия состоит из глубокого массажа с помощью пальцев и локтей. Этот массаж может быть очень сильным и болезненным. Чем больше напряжение мышц, тем сильнее боль и тем более необходимы упражнения. Процедура рольфинга включает 10 основных занятий, в ходе которых тело массируется в определенной последовательности.

Работа над определенными участками тела нередко высвобождает старые воспоминания и способствует глубоким эмоциональным разрядам. Вместе с тем целью рольфинга является преимущественно физическая интеграция, психологические аспекты процесса не становятся предметом специального внимания. В то же время многие из тех, кто сочетал рольфинг с той или иной формой психотерапии, отмечали, что рольфинг помогает освободить психологические блоки, способствуя продвижению в других областях.

*Система «Чувственное сознание».* Систему в Европе развивали Эльза Гиндлер и Хайнрих Якоба, в США - их ученики Шарлотта Селвер и Чарльз Брукс. Чувственное сознание - это процесс познания возвращения в соприкосновение с нашими телами и чувствами, со способностями, которыми мы располагали, будучи детьми, но утратили по мере взросления.

Родители реагируют на детей с позиций собственных предпочтений, вместо того чтобы разобраться, как способствовать реальному развитию ребенка. Детей учат, какие вещи и какие действия «хороши» для них, как долго им нужно спать и что они должны есть, вместо того чтобы

предоставить им судить об этом по своему собственному опыту. «Хороший» ребенок учится приходить, когда мама зовет, прерывать свой естественный ритм, сокращать пребывание на воздухе для удобства родителей и учителей. После таких многочисленных нарушений внутренне присущее ребенку чувство ритма запутывается, также как и внутреннее чувство ценности собственного опыта.

Другая проблема детского опыта – совершение усилий. Как много родителей, которые хотят, чтобы их ребенок сел, встал, пошел, заговорил как можно раньше! Они не хотят дожидаться естественного процесса развертывания способностей. Детей учат, что недостаточно дать вещам происходить самим по себе; их учат «стараться».

Работа чувственного сознания фокусируется на непосредственном восприятии, умении отличать собственные ощущения и чувства от социально привитых образов, которые столь часто извращают опыт.

Это требует развития чувства внутреннего мира и покоя, основанного на «недеянии». Многие упражнения в системе чувственного сознания основаны на фундаментальных положениях — лежании, сидении, стоянии, ходьбе. Эти упражнения, по мнению авторов методики, предоставляют естественную возможность открыть свое отношение к окружающему, развить сознательную осведомленность о том, что мы делаем. Большинство упражнений имеют медитативную ориентацию. Селвер и Брукс указывают, что по мере постепенного развития внутреннего покоя ненужные напряжения и ненужная деятельность уменьшаются, восприимчивость к внутренним и внешним процессам усиливается; происходят и другие изменения во всей личности.

*БиоЭнергоСистемоТерапия (БЭСТ-массаж) (основатель – Е.И. Зувев).*

Бэст – биологическая энергия в системе терапии – это комплексная система воздействия различными методами на структуру человеческого организма, в основе которой лежит принцип функционального единства тела и психики человека. Работа целителя по этому методу носит системный

(двупланый) характер. С одной стороны ликвидируя патологический процесс в организме, целитель непосредственно воздействует на физическое тело пациента, его энергетику, с другой стороны – работает на ментальном уровне. Это позволяет согласованно использовать приемы и методы физического, биоэнергетического и психологического воздействия для достижения более быстрого и полного целительного эффекта.

В основе метода лежит контактное устранение нарушений, вызванных особенностями памяти тела (клеточной памяти). Очень часто с нами происходят вроде бы незначительные события, которые коренным образом меняют всю жизнь (о чем, часто, мы даже не подозреваем).

Со временем можно забыть о них, но наше тело помнит и «встраивает» нас в события, которых мы сознательно не желаем, стараемся избежать - но они повторяются. Мы считаем их роковыми для себя или для близких - а это та самая телесно-душевная связь, незаметно установившаяся, растущая, крепнущая и нередко подчиняющая нас себе.

Во время процедуры человек находится в особом состоянии сознания, когда появляется возможность увидеть, телесно ощутить, пережить заново и переосмыслить целые периоды жизни. В этом состоянии тело, обретающее единство с психикой, помогает нам осуществить тот самый выбор – и показателем этого будет устранение телесного или душевного недуга.

Также, помимо всего вышесказанного:

Бэст – снижает психоэмоциональную напряженность, снимает депрессивные состояния, улучшает настроение.

Бэст – активизирует защитные силы организма, улучшает работу органов сердечнососудистой системы, опорно-двигательного аппарата.

Бэст – нормализует работу эндокринной и гормональной системы.

Рассмотрим сущность телесно-ориентированной терапии как метода реабилитации детей с ДЦП.

Движения нашего организма направлены на активное овладение окружающим пространством, он настроен не пассивно приспособливаться к

условиям среды, а активно развиваться. Иначе говоря, процесс жизни есть не простое «уравновешивание с внешней средой», а активное освоение этой среды. В процессе освоения окружающей среды организм проходит ряд этапов - уровней построения движения – каждый из которых характеризуется индивидуальным набором возможностей взаимодействия с окружающей средой. Нарушение хотя бы на одном из уровней построения движения ведет к нарушению освоения организмом окружающего пространства.

Итак, телесно-ориентированная терапия опирается на заложенную природой систему построения движений. Данный вид терапии позволяет, в первую очередь, выявить, нарушено ли у ребенка взаимодействие организма со средой и определить способы восстановления активности этих уровней.

Специально организованная среда в сенсорной комнате, наполненная разнообразными стимулами, позволяет улучшить и развить не только сенсомоторные навыки ребенка с детским церебральным параличом, но существенно стабилизировать психоэмоциональное состояние, создать условия для стимуляции речевой активности, сформировать более позитивную самооценку, существенно улучшить качество жизни.

Особенно важным моментом является возможность объединять детей в группы, проводить групповые занятия. Во время занятий в группе реализуется склонность детей к подражанию, а элементы соревнования, присутствующие на занятиях, подталкивают ребенка на освоение новых двигательных навыков, требующих значительных активных волевых усилий. Особенно ярко проявляются эти способности при построении занятия в форме игры, стимулирующей двигательную активность, наиболее адекватную для детей дошкольного и школьного возраста [15].

Как известно, развивающийся мозг обладает большими компенсаторными возможностями. В его структурно-функциональном созревании среди прочих факторов подтверждается ведущая роль эндогенного механизма – двигательной афферентации. Этим, прежде всего, определяется необходимость постоянного использования в комплексе

восстановительных мероприятий при детском церебральном параличе психофизических упражнений, техник телесно-ориентированной психокоррекции, как патогенетически обоснованного метода коррекционно-развивающей и лечебно-оздоровительной работы с акцентом на активное участие самого ребенка в процессе реабилитации.

При условии установления отношений, основанных на эмпатии, сотрудничестве между специалистом и ребенком, появляется возможность развивать его осознанное отношение к процессу реабилитации и интерес к достижению положительных результатов. Тогда волевые усилия ребенка могут быть направлены на коррекцию двигательных дефектов с помощью различных средств [56].

Двигательные нарушения, гиподинамия и скованность детей с ДЦП нередко создают ложное впечатление наличия у них выраженной задержки психического развития. Однако при наблюдении и общении выявляются интеллектуальная сохранность и дифференцированность эмоций, отмечаются глубокие личностные реакции - обидчивость, переживание своего дефекта, а в процессе психокоррекционной работы отмечается положительная динамика в психоэмоциональном развитии [14].

Под влиянием психофизических упражнений в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга. В процессе работы с телом нормализуются позы и положение конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков [17].

Применение телесно-ориентированных методов имеет целью повлиять на характер сенсорных коррекций. Особая роль придается движению как психокоррекционному фактору. При этом психофизические упражнения являются тем неспецифическим раздражителем, который оказывает влияние

на психические и физиологические механизмы, участвовавшие в развитии и проявлении заболевания. Поэтому работа с телом помогает проработке травматичного психоэмоционального опыта ребенка. Сошлемся на слова Л. Бурбо (2001): «Тело - лучший друг и советчик». Все необходимые ресурсы имеются у ребенка в любой момент времени. Однако нужны определенные способы, чтобы их пробудить и научить его осознанно их использовать.

Понятие *психологической «схемы тела»* было введено П. Шильдером для описания системы представлений человека о физической стороне собственного «Я», о своем теле – своеобразной телесно-психологической «карте». Нейрофизиологически со схемой тела связаны в первую очередь соответствующие первичные или проекционные зоны коры мозга (первичная сенсомоторная зона – прецентральная извилина лобной доли, первичная соматосенсорная область – постцентральная извилина теменной доли), а также вторичные, ассоциативные зоны, выполняющие интегративные функции (нижняя теменная извилина – зона двумерно-пространственной кожной чувствительности и нижняя теменная извилина – область первичной мозговой схемы тела). В современном представлении схема тела создается на основе функционального объединения различных отделов мозга, отвечающих как за сенсорно-дискриминационные процессы (перечисленные выше), так и за когнитивно-оценочные и мотивационно-эмоциональные процессы [34].

Каждый человек двигается, чувствует, думает и говорит по-своему, то есть способом, соответствующим автопортрету, который он продолжает рисовать в течение всей жизни. Чтобы изменить свой образ действия, он должен изменить свой автопортрет, который носит в себе. Часто наши представления о себе, выражающиеся и в нашей «схеме тела» бывают искаженными или неполными. Сущностью метода Фельденкрайца является пробуждение в себе способности находить собственные способы двигаться, расширение своего набора движений с помощью экспериментального перебора разных вариантов. Таким образом, заметно улучшается телесная

чувствительность, а «схема тела» может быть существенно уточнена и расширена. Нервная система и опорно-двигательный аппарат тесно связаны друг с другом. Любая активизация нервной системы сопровождается изменением состояния мышц, а в мозг, в свою очередь, постоянно поступает информация о каждом изменении положения тела, суставов, о мышечных напряжениях и т.п. Такая взаимосвязь систем позволяет, с одной стороны, по мышечным напряжениям распознавать внутреннее состояние нервной системы, а, с другой - через мышцы и суставы - влиять на нервную систему. Мышечные напряжения есть внешняя, видимая картина состояния нервной системы. Каждая мысль и каждое чувство находят свое выражение в движении. Сильные эмоции, например, ярость и страх вызывают заметные изменения в мышцах тела.

Изменения внешние ведут к изменениям внутренним. Далее мы приведем выводы, которые делает М. Фельденкрайц, и на основании которых строится работа по телесно-ориентированной психокоррекции с детьми с двигательной патологией:

- всякая мышечная деятельность есть движение;
- нервная система занимается преимущественно движениями;
- движения отражают состояние нервной системы;
- качество движения легче всего определить извне;
- движения приносят большой опыт;
- ощущения, чувства и мысли базируются на движениях;
- движение - основа самоосознания.

Таким образом, Фельденкрайц [47] считал движение наиболее эффективным средством достижения кардинальных изменений в человеческой жизни вообще.

Язык тела – язык универсальный для всех людей, в том числе и с тяжелыми нарушениями в двигательной сфере. Вполне вероятно, что непроизвольные, неосознанные движения ребенка с ДЦП, являются последствием реакции отделов мозга, нервной системы и тела на пережитую

в период родов (89% родителей детей с ДЦП указывают родовую травму) или в младенчестве психоэмоциональную или физическую травму. Работа с неосознанными, рефлекторными (спастика, гиперкинез) движениями и перевод их в осознаваемые, управляемые помогает гармонизировать взаимодействие мозга и тела. Как считает Роберт Мастерс, «мы не умеем связывать воедино движения, ощущения, мышление и чувства, и не знаем, каким образом взаимодействие ума и тела обуславливает то, каковы мы и какими возможностями обладаем в действительности».

Непроизвольные движения (гиперкинезы и спастическую) ребенка с ДЦП наводят на мысль, что когда-то эти движения были ему для чего-то нужны! «Каждый процесс стремится к завершению», - утверждает Арнольд Минделл. Движение - это процесс. Поэтому каждое движение стремится к завершению. Помочь ребенку поработать с этими, вполне естественными для него движениями, прочувствовать и завершить процесс когда-то начавшийся, но не завершённый, перевести неосознанные движения в осознаваемые, регулируемые, управляемые - вот та задача, которую мы ставим на своих занятиях в сенсорной комнате при работе с телом [18].

Такая работа продуктивна всегда, она ведет на первом этапе к улучшению двигательной сферы ребенка: снижению спастичности мышц, уменьшению гиперкинезов, при ригидности мышц - к повышению тонуса мышц, развитию произвольности в движениях. Также, и, на наш взгляд, это очень важный фактор, изменяется отношение ребенка к себе, по-новому оцениваются собственные возможности, ребенок начинает экспериментировать и двигаться не так, как раньше. В процессе работы с телом решаются и другие проблемы: улучшается поведение, появляется мотивация к деятельности, к сотрудничеству, существенно улучшается эмоциональное состояние. Ситуация успешности и приобретение нового телесного опыта помогает открывать ресурсы, ранее не используемые самим ребенком.

Таким образом, использование телесно-ориентированной терапии как метода реабилитации детей с детским церебральным параличом, на наш взгляд, является тем важным звеном в коррекционно-развивающей работе, которое позволяет оптимизировать весь процесс коррекции и развития таких детей и сделать его более успешным и продуктивным.

Очень важным на занятиях является присутствие родителя. Ведь нужно не только ребенка научить двигаться и относиться к себе по-новому, но и родителю показать, что умеет делать ребенок, научить воспринимать его по-новому. Родители учатся правильно взаимодействовать с ребенком, обучаются работе с телом и продолжают эту работу дома. Всегда приятно наблюдать, как стеснительность мам и пап проходит, они радуются достижениям своего дитя, начинают гордиться им [19].

Работа с детьми с тяжелыми формами детского церебрального паралича имеет ряд особенностей. Чаще всего, эти дети не могут говорить, и специалист не может получить ответ ни на один свой вопрос. Но язык тела красноречивее любого другого языка. Если специалист выстраивает работу правильно, идя от потребностей именно этого ребенка, то ребенок сотрудничает с удовольствием: играет в игры с ногами, руками и пр.

При любой работе с телом основой является дифференциация человеком ощущений напряжения и расслабления всего тела, его частей или какой-то группы мышц. Но как объяснить ребенку, что такое напряжение и расслабление, если его тело находится в постоянном напряжении и расслабляется только в период ночного сна, причем он не знает, как это происходит, так как этот процесс им не осознается? Как научить его осознавать то, что происходит в его теле, руке, ноге? Как научить контролировать произвольные движения?

Дифференцированный подход в коррекционно-развивающей работе - это, прежде всего, работа с тем потенциалом, который имеет каждый конкретный ребенок, учитывая его особенности и его возможности. Это очень важно – идти от ребенка, его движений, его потребностей. Поэтому

работу с телом мы начинаем с изучения возможностей тела каждого конкретного ребенка. Прежде всего, для любого специалиста интерес представляет наличие произвольных движений. Но у детей с тяжелыми формами ДЦП произвольность в движениях практически отсутствует или сильно затруднена. Работа с телом в таких случаях начинается с непроизвольного движения - гиперкинеза или сильной спастики. Проще говоря, работаем с тем, что есть, превращая весь процесс работы с телом в забавную игру [20].

## 2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЕТОДАМИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

### 2.1. Методы телесно-ориентированной терапии в реабилитации детей с детским церебральным параличом

Коррекционно-реабилитационная работа с детьми с ДЦП может быть достаточно продуктивной, если на занятиях большое внимание уделяется работе с телом, с использованием техник телесно-ориентированной терапии.

Психофизическая реабилитация детей с ДЦП имеет свои особенности, так как со временем у детей формируются патологические стереотипы поз и движений. Темпы получения положительной динамики в результате физкультурно-оздоровительной работы резко замедлены, что отрицательно сказывается на дальнейшем развитии их познавательной деятельности и ограничивает возможности их социальной адаптации.

Процесс перестройки патологических поз и движений у детей с ДЦП, как правило, происходит длительно и трудно, поскольку старая, закрепленная патологическая «схема тела» для них является удобной и привычной, а всякая попытка нормализовать порочное положение вызывает ощущение дискомфорта и нового непривычного действия.

Специалисты, работающие с телом (учителя ЛФК, специалисты по адаптивной физкультуре, психологи, использующие в своей работе телесно-ориентированные методы и пр.) при этом сталкиваются с отрицательными эмоциями ребенка, его нежеланием принимать активное и даже пассивное участие в перестройке закрепленного патологического стереотипа.

Как известно, развивающийся мозг обладает большими компенсаторными возможностями. В его структурно-функциональном созревании среди прочих факторов подтверждается ведущая роль

эндогенного механизма – двигательной афферентации. Этим, прежде всего, определяется необходимость постоянного использования в комплексе восстановительных мероприятий при детском церебральном параличе психофизических упражнений, техник телесно-ориентированной психокоррекции, как патогенетически обоснованного метода коррекционно-развивающей и лечебно-оздоровительной работы с акцентом на активное участие самого ребенка в процессе реабилитации.

При условии установления отношений, основанных на эмпатии, сотрудничестве между специалистом и ребенком, появляется возможность развивать его осознанное отношение к процессу реабилитации и интерес к достижению положительных результатов. Тогда волевые усилия ребенка могут быть направлены на коррекцию двигательных дефектов с помощью различных средств.

Двигательные нарушения, гиподинамия и скованность детей с ДЦП нередко создают ложное впечатление наличия у них выраженной задержки психического развития. Однако при наблюдении и общении выявляются интеллектуальная сохранность и дифференцированность эмоций, отмечаются глубокие личностные реакции – обидчивость, переживание своего дефекта, а в процессе психокоррекционной работы отмечается положительная динамика в психоэмоциональном развитии.

Под влиянием психофизических упражнений в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга. В процессе работы с телом нормализуются позы и положение конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков.

Применение телесно-ориентированных методов имеет целью повлиять на характер сенсорных коррекций. Особая роль придается движению как

психокоррекционному фактору. При этом психофизические упражнения являются тем неспецифическим раздражителем, который оказывает влияние на психические и физиологические механизмы, участвовавшие в развитии и проявлении заболевания. Поэтому работа с телом помогает проработке травматичного психоэмоционального опыта ребенка.

Тело – лучший друг и советчик. Все необходимые ресурсы имеются у ребенка в любой момент времени. Однако нужны определенные способы, чтобы их пробудить и научить его осознанно их использовать.

Выделяют пять групп методов телесно ориентированной терапии.

*1 группа - «Чувствовать и расслабляться».* Все три методики направлены на восстановление внутреннего равновесия, позволяют почувствовать себя лучше в собственном теле, научиться контролировать душевные порывы и, самое главное, – справляться со стрессом. Их нельзя назвать методами терапии, скорее, они способствуют развитию и личностному росту.

*Самовнушение (аутотренинг).* Его создатель, французский фармацевт Эмиль Куэ, в течение долгого времени наблюдая за клиентами своей аптеки, пришел к выводу, что больной, который остается безучастным к тому, что с ним происходит, поправляется гораздо медленнее. Тогда он предложил клиентам, принимая лекарства, произносить простую фразу: «С каждым днем мне становится все легче». Эффект от лечения был поразителен – больные переставали чувствовать боль, хотя на самом деле принимали таблетки глюкозы. Так фармацевт смог доказать реальную силу самовнушения: человека исцеляет уверенность в том, что он обязательно поправится. Что не отменяет, конечно, самого лечения. Повторять позитивную установку нужно в сновидном состоянии сознания (между явью и сном – вечером, засыпая, или утром, пробуждаясь) – в это время наше бессознательное наиболее восприимчиво к информации.

*Релаксация.* Метод, ставший основой для всех последующих техник релаксации, был разработан в 20-е годы XX века американским физиологом Эдмундом Якобсоном и получил название «прогрессирующая релаксация». Основным принципом методики – снижение мышечного напряжения. Для этого необходимо поочередно напрягать и расслаблять различные группы мышц. К примеру, пациент плотно сжимает кулаки и некоторое время удерживает их в напряжении. Тренируемая мышца утомляется и после ослабления напряжения становится еще более расслабленной, чем до начала упражнения. Так же прорабатываются остальные группы мышц.

*Медитативные психотехники.* Суть медитации заключается в том, чтобы временно приостановить интеллектуальную деятельность и сконцентрироваться на восприятии органов чувств. Зрение, слух, осязание, обоняние и вкус являются ключами для медитативной практики. Многие уверены, что это какое-то невероятно сложное занятие, требующее знаний, особой подготовки, специального места и времени. На самом деле медитация вовсе не является занятием для избранных. Любые простые действия – к примеру, смаковать шоколад, вслушиваться в пение птиц, поглаживать гладкий камень, – если осуществлять их не спеша и осознанно, могут превратиться в настоящую медитацию, стать одним из способов релаксации, восстановления сил, гармонизации души и тела. Главное, делать это регулярно, утром или вечером, примерно в одно и то же время.

*2 группа методов – «Дышать, петь и слушать».* Дыхание, пение и музыка всегда использовались в терапевтических целях. Гармонизация души и тела рассматривалась как способ постижения духовной истины. Всем известны дыхательные упражнения в йоге, особый тембр в исполнении индуистских и буддистских мантр, дурманящая музыка шаманов... Не так давно специалисты стали заново открывать для себя (и для нас) эти методики.

*Ребефинг.* Название происходит от английского rebirthing – «рождение заново». Американский психотерапевт Леонард Опп разработал эту методику в начале 1970-х годов, заложив в основу технику «связного» дыхания – когда между вдохом и выдохом нет паузы. Задача: полностью расслабить тело, чтобы сначала восстановить негативные переживания (в частности те, которые испытало тело во время рождения), а затем освободиться от них. Метод позволяет вскрыть и устранить очаги подавленных переживаний, освободить энергию, получить заряд активности, радости и наслаждения.

*Холотропное дыхание.* Один из создателей трансперсональной психологии, американский психиатр Станислав Гроф разработал методику, сочетающую интенсивное дыхание, приводящее к гипервентиляции легких, специально подобранные упражнения и музыку. Метод помогает снять биоэнергетические и эмоциональные блоки. Как правило, его практикуют на групповых занятиях, где участники объединяются в пары и по очереди выступают в роли дышащего и «наблюдателя». Во время сессии они рисуют мандалы, в которых выражают свои переживания. А затем в небольших группах рассказывают о своем опыте погружения в бессознательное. В мире к методике относятся с настороженностью. В России ее практикуют лишь несколько сертифицированных специалистов.

*Хакоми-метод.* Создатель хакоми-терапии – телесноориентированный терапевт Рон Курц специалист по распознаванию психологического состояния по строению, позам и движениям тела. Его методику называют откликом Запада на духовную мудрость Востока: хакоми-метод во многом созвучен буддизму и даосизму с их мягкостью, состраданием и следованием природе вещей. Для проработки проблем терапевты работают с тремя состояниями: осознанностью, сильными эмоциями и детской непосредственностью.

*Музыкотерапия.* В западной культуре лечебная сила музыки была признана в середине XX века. Сегодня музыка – часть лечения детского аутизма, депрессии и многих психических заболеваний. В ходе сеансов музыкотерапии уделяется внимание не только слуху, но и физическим ощущениям, дыханию, движениям. Наш организм и сам подобен оркестру: если ритмы внешней жизни агрессивны, его работа нарушается, если же соответствуют нашим биоритмам, мы ощущаем гармонию. С этим связан успокаивающий эффект мелодий для релаксации: интенсивность работы мозга замедляется настолько, что мы можем погрузиться в глубокий сон.

*Голос.* Большой успех имеют тренинги ораторского мастерства, искусство управления голосом, пение. Работа с голосом помогает расслабиться или, наоборот, взбодриться. Она позволяет постичь глубины собственного «Я», вступить в диалог с окружающими.

*Метод Томатиса.* В 1960-е годы отоларинголог Альфред Томатис выяснил: прослушивание высокочастотных звуков – 5000–8000 Гц – активизирует мозговую деятельность и улучшает память. Вибрации словно питают наш мозг, а вместе с ним и тело, возникает ощущение защищенности, цельности и благополучия. Метод Томатиса эффективен при нарушениях концентрации внимания, расстройствах речи, а также при депрессиях у взрослых.

*3 группа методов – «Понимать тело».* Наше тело помнит: в нем «записывается» все, что с нами происходит. Работая с телом, мы можем справиться с последствиями душевных травм из далекого или недавнего прошлого.

*Вегетотерапия Вильгельма Райха.* Психоаналитик Вильгельм Райх первым обратил внимание на то, что вытесненная эмоция влечет за собой мышечный зажим. Хронические напряжения Райх называл «мышечным панцирем» или «панцирем характера», поскольку они также отображают психику человека. После этого открытия он отошел от психоанализа и

создал вегетотерапию, основанную на свободной циркуляции жизненной (вегетативной) энергии.

*Интегративная кинесиология.* Как и другие методы телесноориентированной психотерапии, кинесиология работает с запечатленными в нашем теле переживаниями. Метод направлен в первую очередь на работу с последствиями психологической травмы. Специальные упражнения «убирают» автоматическую реакцию, которая мешает осознавать ситуацию и действовать адекватно. Пациент учится прислушиваться к телесным ощущениям, осознавать импульсивные реакции и отличать их от подлинных чувств.

*Танатотерапия.* В 1980-е годы этот метод был создан психотерапевтом Владимиром Баскаковым. Танатотерапия рассматривает смерть (танатос) как состояние полного расслабления и покоя. Во время занятий создаются особые условия для глубокого расслабления. Работа с телом помогает справиться с четырьмя видами проблем: избытком контроля (в телесной проекции это голова), нарушением контактов (область груди и рук), сексуальными трудностями (область паха), проблемой устойчивости (ноги и ступни).

*Бодинамический анализ.* Датский психотерапевт Лизбет Марчер разработала этот метод в 70-е годы XX века. Пациентам рекомендуются специальные упражнения для расслабления, а тем, кто слишком расслаблен, – наоборот, способы привести мышцы в тонус.

*4 группа методов – «Двигаться».* Многие методы оздоровления души, известные с древности, можно назвать «глобальной гимнастикой». Современные техники работы над осанкой и движениями, помогая снять телесное напряжение, способны устранять и эмоциональные блоки.

*Метод Фельденкрайза.* Двигательная практика физика и врача Моше Фельденкрайза (Moshe Feldenkrais), созданная им в 1930-е годы, позволяет достичь приятного самоощущения через овладение собственным телом. Пациенту не показывают конкретные движения, а лишь убирают те,

которые ему не подходят. Главная цель методики – двигаться с комфортом.

*Танцевально-двигательная терапия.* Танец – это коммуникация, которая осуществляется на трех уровнях: танец с самим собой, с другими людьми и миром. Задача терапевта – создать безопасное пространство, в котором, анализируя отношения на примере движений с танцетерапевтом или партнерами, человек учится взаимодействовать с другими и с самим собой. Также у него появляется возможность понять причину симптомов, болей, телесного дискомфорта или ограничений в движениях. Кроме того, в процессе танца в организме согласовываются все внутренние ритмы и снимается напряжение.

*Биосинтез Боаделлы.* В 1970-х годах телесноориентированный психотерапевт Дэвид Боаделла начал разрабатывать технику, которая снимает напряжение в теле с помощью специальных упражнений и массажа, позволяет по-новому почувствовать собственное тело, иначе оценить себя и окружающий мир. В терминах биоэнергетики чувствовать себя хорошо – значит быть свободным, без мышечных зажимов.

*Танец Мандала.* Женская практика, с помощью которой достигается гармония между телом и эмоциями. Во время танца идет работа с энергиями, перестройка и трансформация тела в соответствии с природными силами женщины.

5 группа методов – *«Прикасаюсь, массирую»*. Христианская культура никогда не одобряла физические контакты. Более того, были времена, когда она накладывала строжайший запрет на любые прикосновения, трактуя их как акт агрессии. Отрицание тела усугубила теория Фрейда, которая в любой мысли и любом поступке видела сексуальный подтекст. Прошло немало времени, прежде чем человечество признало лечебный эффект прикосновений и массажа. Сегодня они, в разных формах, стали частью терапевтического лечения.

*Рольфинг.* Этот метод разработан Идой Рольф, доктором биохимии, в 50-х годах XX века. Рольфинг снимает мышечное напряжение путем глубокой проработки мышц, а именно – сильными и зачастую болезненными растяжками соединительной ткани и фасций тела, которые связывают скелет человека и его мышечную систему. По мнению автора методики, для сохранения здоровья человек должен обращать внимание на свою походку, осанку, манеру садиться... Цель – достичь телесного баланса, поскольку сбалансированное тело лучше приспосабливается к стрессу, который часто становится причиной болезней души и тела. На основе рольфинга были разработаны и другие методики: фасциотерапия Дэни Бойса и краниальная остеопатия Пьера Хэммонда.

*Психоорганический анализ.* Вдохновившись работами Вильгельма Райха, норвежский психолог Герда Бойсен сформулировала принципы нового метода. В его основе заложена констатация, что массаж усиливает эффект от проводимой терапии. Впоследствии ее сын Поль Бойсен внес в технику матери элементы психоанализа. Сегодня этот метод сочетает консультацию терапевта и клиента «лицом к лицу» с массажем.

*Калифорнийский массаж.* Техника создана для полного расслабления мышц. Плавность и непрерывность (с обволакивающим эффектом) прекрасно воздействуют на напряженные мышцы. Массаж проводят под специально подобранную музыку, а все приемы – растирание, поглаживания и надавливания – выполняются в такт с мелодией.

*Гаптономия.* Иными словами – «наука об эмоциональной привязанности». Этот метод был разработан голландским ученым Франсом Вельдманом. Помогает будущим родителям установить контакт с ребенком, пока он находится в утробе. Общение устанавливается посредством голоса и наложением рук на живот. Ребенок чувствует эти прикосновения и отвечает на них. Этот же метод применяется для

налаживания отношений между детьми и родителями и также для сопровождения человека на терминальной стадии болезни.

*Метод Александра.* Свой метод Матиас Александер разработал в 1920-е. Его принцип – скорректировать осанку и выработанную годами манеру двигаться. Метод прост: обращать внимание на то, как мы управляем своим телом в обычной жизни, как мы стоим, садимся, ложимся... И учиться делать это правильно.

## 2.2. Проблемы реабилитации детей с детским церебральным параличом (на материалах социологического исследования)

Детский церебральный паралич, как уже отмечалось, за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных.

Поэтому насущной задачей является проведение социологических исследований по данной проблематике, по вопросам социальной поддержки детей с ДЦП со стороны государства, а также по вопросам организации социальной реабилитации детей с ДЦП и их семей, так как на сегодняшний день заметно отставание системы сбора и обработки информации о подобных проблемах от тех задач, которые стоят перед современным обществом.

Данное исследование проведено на базе ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья» Белгородской области, полученные результаты являются валидными и могут быть рекомендованы для учета в органах и учреждениях по работе с детьми рассматриваемой категории.

ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья» Белгородской области действует в области с 2003 года, рассчитан на 100 мест.

Центр является областным государственным учреждением, осуществляющим медико-социальную реабилитацию детей и подростков в возрасте от 1 года до 18 лет с двигательными нарушениями неврологического и ортопедо-травматологического профиля.

Ежегодно более 700 детей-инвалидов с нарушениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата проходят реабилитацию на базе центра, у 87% детей отмечается положительная динамика в состоянии здоровья, личностного и познавательного развития.

Основной целью деятельности Центра является оказание детям и подросткам с ограниченными возможностями квалифицированной медико-социальной, социально-педагогической и психологической помощи, обеспечение их социальной реабилитации и адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

Специалистами Центра осуществляются различные направления социальной помощи и поддержки, такие как психологическое консультирование не только детей с ограничениями возможностей здоровья, но и их родителей; психологическое обследование личности каждого ребенка, поступившего в центр; психологическая помощь ребенку и его семье, направленная на преодоление трудной жизненной ситуации; психологические тренинги, целью которых является повышение самооценки ребенка, развитие навыков коммуникации, психосаморегуляции; сенсорные релаксации в сенсорной комнате.

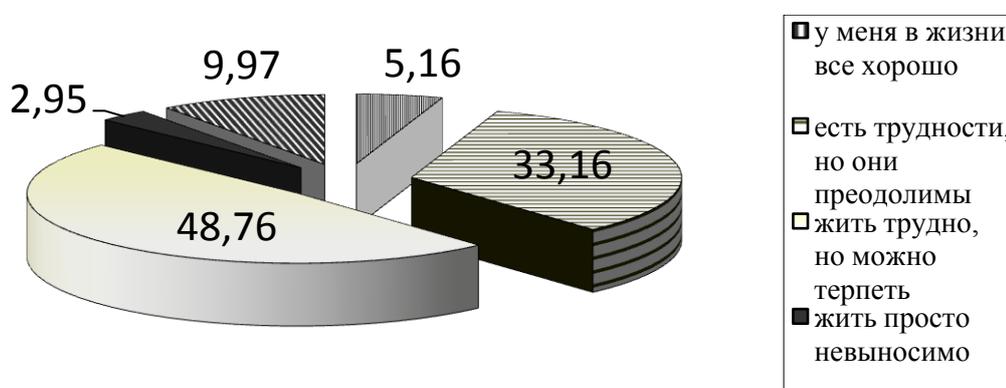
*Цель проведенного исследования* состоит в изучении общественного мнения по вопросам социальной реабилитации детей с ДЦП и перспектив использования методов телесно-ориентированной терапии в работе с такими детьми.

В качестве респондентов выступили родители детей с ДЦП в возрасте от 23 лет – 36 человек, а также эксперты (специалисты по социальной работе, психологи) – 21 человек.

На основе результатов анкетного опроса родителей детей с церебральным параличом (Приложение 2), а также экспертного опроса (Приложение 3), можно сделать вывод о том, что семьи, воспитывающие детей с ДЦП, имеют ряд проблем, большинство респондентов отмечает наличие трудностей в той социальной ситуации, которая сложилась на сегодняшний день, что говорит о необходимости совершенствования деятельности социальных служб и органов образования в отношении данной категории детей и их семей (Диаграмма 1).

Диаграмма 1.

Как бы Вы оценили свою жизненную ситуацию и жизненную ситуацию вашего ребенка?

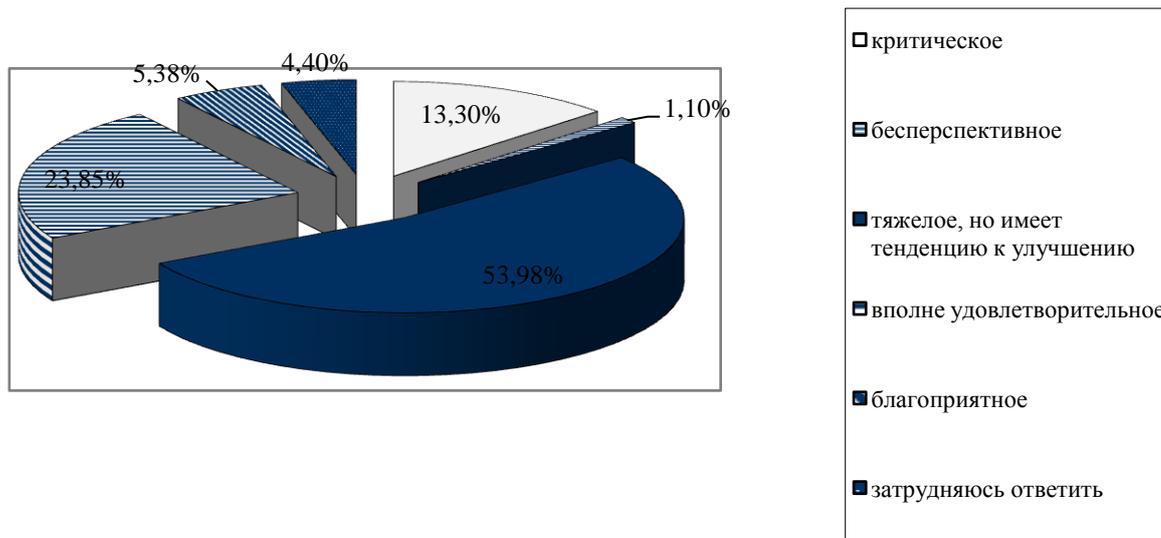


Так, всего 5,16% опрошенных оценивает свою жизненную ситуацию как хорошую, 33,16% респондентов отмечают наличие трудностей, но считают их преодолимыми. Большинство, а именно 48,76%, оценивает свою ситуацию как трудную, но терпимую. Однозначно пессимистический взгляд на свою жизнь типичен для 2,95% опрошенных родителей.

Фактически, полученные данные показатели совпадают с показателями, полученными в ходе опроса экспертов. Среди них большинство (53,98%) оценивает положение белгородских семей с детьми с диагнозом ДЦП как тяжелое, но имеющее тенденцию к улучшению (Диаграмма 2).

Диagramма 2.

Как бы Вы оценили общее положение детей с ДЦП в Белгородской области?



Доля респондентов, отмечающих критическое положение семей с детьми с ДЦП в Белгородской области, как среди экспертов, так и среди родителей, незначительна (1,1% среди экспертов, 2,95% среди родителей), что дает основание говорить о наличии сравнительно благоприятных условий для жизни и развития детей с ДЦП.

Таблица 1.

Если Вы не в полной мере удовлетворены жизнью, то какие проблемы Вы считаете наиболее актуальными?

Не хватает денег	41,66%
Проблемы со здоровьем	67,17%
Сложности в получении медицинской помощи	17,69%
Недоступно качественная педагогическая и психологическая поддержка	4,79%
Отсутствие безбарьерной среды для ребенка	4,09%
Сложности в получении образования ребенком	38,04%
Сложности в организации досуга ребенка и его общения со сверстниками	8,88%
Отсутствие перспектив в жизни ребенка	34,58%
Затрудняюсь ответить	3,32%
Не ответили	0,42%

Родителей беспокоит ряд проблем, с которыми сталкиваются дети с ДЦП и их семьи. Среди наиболее значимых из этих проблем необходимо отметить: проблемы со здоровьем (67,17%), нехватку денег (41,66%), сложности в получении образования ребенком (38,04%), отсутствие перспектив в жизни ребенка (34,58%). Также актуальны на данный момент проблемы доступности медицинской помощи, проблемы создания безбарьерной среды, проблемы организации и проведения досуга (Таблица 1).

Проводя социологическое исследование, мы выявили основные проблемы, которые чаще всего возникают у детей с ограниченными возможностями: психологический барьер в общении, особенно со сверстниками (одноклассниками), трудности адаптации, отсутствие близости и взаимопонимания с родителями, заниженная самооценка и неадекватная оценка своих возможностей, депрессивные состояния, тревожность, замкнутость, агрессивность, конфликтность, проблемы с поведением, проблемы успеваемости, социальная пассивность.

Распределение ответов можно проследить в приведенной ниже таблицы:

Таблица 2.

Проблемы, присущие детям с ограниченными возможностями

	дети	специалисты
трудности в общении	89,3%	87,5%
замкнутость	34,6%	21%
заниженная самооценка и неадекватная оценка своих возможностей	33,3%	37,5%
эмоционально-напряженная атмосфера в семье	17%	28%
неуспеваемость школьников в учебе	11%	26,3%
плохая адаптация детей к среде сверстников	8,3%	12,5%
агрессивность, конфликтность	16,7%	26,3%
тревожность	27,8	26,3%
поведенческие проблемы	8,3%	10%
социальная пассивность	7%	16,3%

Дети с ограниченными возможностями отмечают затруднения в общении со сверстниками. 15% ребят на вопрос «Испытываешь ли ты затруднения в общении со сверстниками?», ответили «да» и 46% ответили «скорее да, чем нет». Это свидетельствует о необходимости социально-психологической помощи таким детям и коррекции межличностных взаимоотношений.

Из-за специфики заболевания, как правило, дети с ограниченными возможностями чаще всего общаются с родителями (59%), поскольку в большинстве случаев, как уже было отмечено ранее, такие дети обучаются на дому.

Как правило, конфликты в общении у детей с ограниченными возможностями возникают редко (16,7% ответов детей и 26,3% - экспертов). В силу заниженной самооценки им больше свойственно проявление обиды, нежели открытый конфликт.

Кроме предыдущего вопроса, детям задавался вопрос «Выделите наиболее значимые для Вас проблемы», который выявил, что наиболее значимыми проблемами у таких детей являются: проблемы общения (91,7%), эмоциональные проблемы (58,3%), и заниженная самооценка (41,7%), а вот поведенческие проблемы и проблема успеваемости волнует всего по 8,3% респондентов.

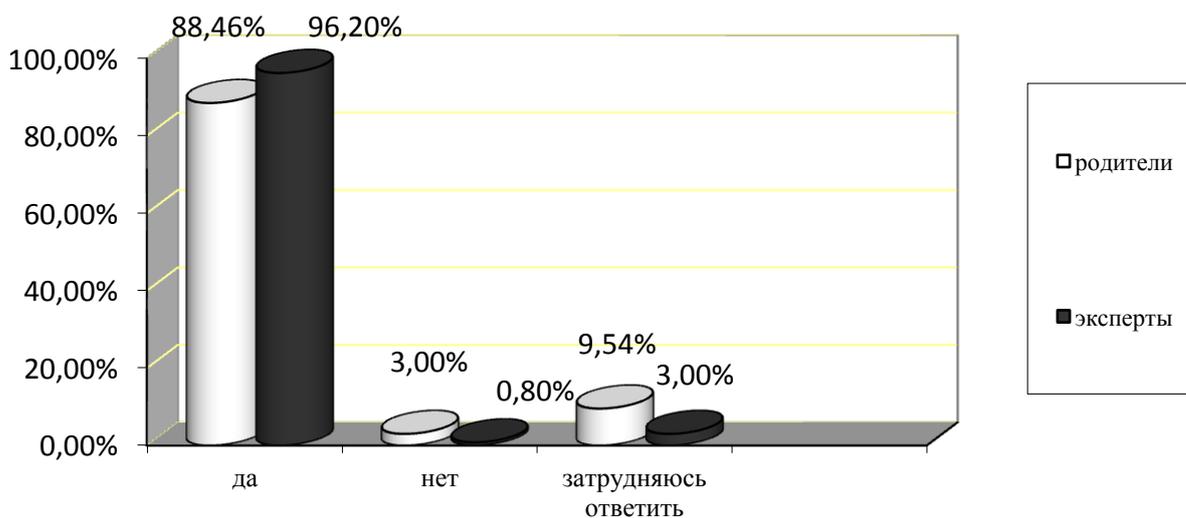
Таким образом, коммуникативная и эмоциональная составляющие занимают одну из главенствующих позиций, определяющих социально-психологическую работу с детьми с ограниченными возможностями.

Таким образом, наличие у ребенка инвалидности вызывает реальные трудности при адаптации к жизненным реалиям как субъективного, так и объективного характера. Детям-инвалидам затруднен доступ к образованию, общению, передвижению, отдыху, проведению досуга, организации свободного времени и др.

Подавляющая часть респондентов считает, что дети с ДЦП нуждаются в социальном сопровождении, причем эксперты считают таких детей более уязвимой категорией, чем сами родители (96,20% и 88,46% соответственно).

Диаграмма 3.

Как Вы считаете, нуждаются ли семьи с детьми данной категории в сопровождении?



Семьи данной социальной группы критически оценивают общество, в котором они живут, и большинство социальных институтов. Значительная часть опрошенных не доверяет институтам власти, в том числе и муниципальной, и социальным службам, однако, высоким остается уровень доверия общественным организациям и объединениям, в случае, когда семья активно участвует в проводимых ими мероприятиях (73,87%).

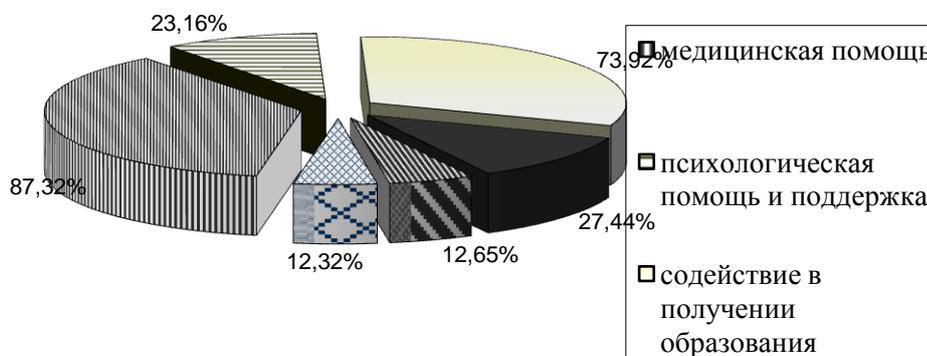
При этом родители детей с ДЦП склонны рассматривать власть как составляющую, которая должна заботиться о нем и ему подобных, хотя не считают действующие на данный момент времени организацию социального сопровождения недостаточно эффективной (негативную оценку дают лишь 13,65% опрошенных).

К наиболее важным направлениям социальной реабилитации детей с ДЦП родители относят медицинскую помощь (87,32%), содействие в получении образования (73,92%), также отмечают значимость творческого

развития (27,44%) и расширение социальных связей ребенка с ДЦП (12,65%), что отмечено на диаграмме 4.

Диаграмма 4.

Какие направления реабилитации детей с ДЦП Вы считаете наиболее важными?



Эксперты, отмечая необходимость реабилитационных мероприятий с детьми с ДЦП, отмечают в качестве ведущих направлений развития разработку системы мер, направленных на обеспечение эффективного медицинского обслуживания, а также отмечают необходимость расширения используемых в процессе реабилитации методов и технологий и услуг для детей с ДЦП (Таблица 3).

Таблица 3.

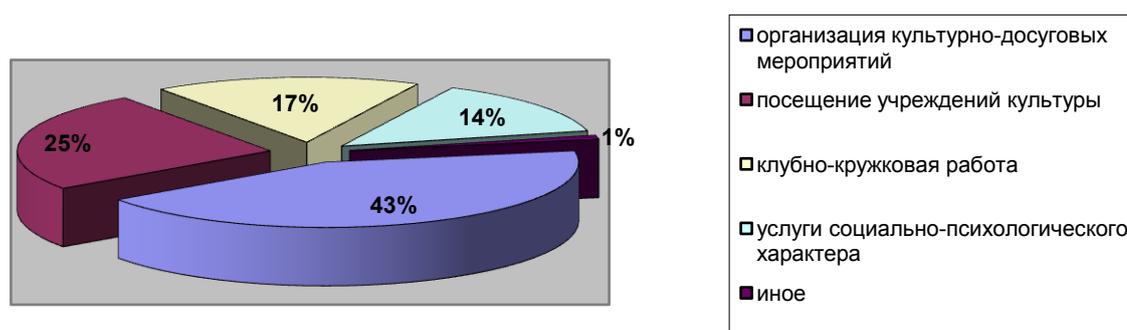
В чем Вы видите главные задачи социальной реабилитации детей с ДЦП в Белгородской области?

В разработке системы мер, направленных на обеспечение эффективного медицинского обслуживания детей с ДЦП.	61,66%
В расширении используемых в процессе реабилитации методов и технологий и услуг для детей с ДЦП.	57,17%
В обеспечении отдыха и оздоровления, здорового образа жизни детей с ДЦП.	37,69%
В решении психологических проблем детей с ДЦП и их семей.	24,79%
В координации деятельности субъектов помощи детям с ДЦП	19,09%
Затрудняюсь ответить	0%
Не ответили	0%

Как уже было отмечено выше, специалисты Центра оказывают семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, ряд услуг. Помимо непосредственно медицинских мероприятий, направленных на поддержание и стабилизацию физического состояния детей, наиболее востребованными среди детей и их родителей являются услуги социально-педагогической направленности: организация культурно-досуговых мероприятий – 33%, посещение культурных учреждений – 20%, клубно-кружковая работа – 14%. Специалисты отделения тоже отметили большую значимость для таких семей мероприятий социально-педагогической направленности (Диаграмма 5).

Диаграмма 5.

Наиболее востребованные детьми с ограниченными возможностями и их семьями услуги Центра (помимо медицинских)



Мы выяснили, какие услуги предоставляют специалисты отделения психолого-педагогической реабилитации Центра (Таблица 4).

Таблица 4.

Услуги, предоставляемые Центром

кружковая работа	34%
культурно-досуговые мероприятия	27%
социально-психологические тренинги общения	17,3%
индивидуальные занятия	58%
посещение культурных учреждений	12,8%
трудотерапия	66,7%
обучение навыкам самообслуживания	61%
другое	4,2%

Мы выяснили, какие виды помощи оказываются детям в Центре. Наибольшее количество опрошенных отметили наличие медицинской помощи и психологической (68,7% и 55,4% соответственно). На помощь в

развитии творческих способностей указали 36% опрошенных, хорошую организацию досуга – 18%, помощь в успеваемости получают 8% опрошенных (Таблица 5).

Таблица 5.

## Помощь, оказываемая специалистами Центра

психологическую помощь и поддержку	55,4%
медицинскую помощь	68,7%
обучение компьютерной грамотности	5,2%
развитие творческих способностей	36%
организация досуга	18%
помогают повысить успеваемость	8%
другое	2%

В социологическом опросе большое внимание уделялось вопросу о том, какие виды психолого-педагогической помощи необходимы ребенку с ограниченными возможностями. В первую очередь, необходима *помощь в решении коммуникативных проблем*, в ней нуждаются 81,7% опрошенных, в повышении самооценки – 25%, в снижении тревожности и снижении агрессивности, конфликтности – по 10,3% респондентов. Многие дети не дали ответа о нуждаемости в педагогической помощи. Это говорит скорее о недостаточной мотивированности на учебу, чем об отсутствии реальных проблем с ней.

По данным нашего исследования, *основной проблемой* в работе специалистов отделения психолого-педагогической реабилитации является материальная проблема (78%), психологическая (63%), проблема финансирования (25%), слабое взаимодействие с другими службами, занимающимися проблемой детства, недостаточность разработанности нормативно-правовой базы, а также проблема недостаточной информированности населения об услугах, предоставляемых Центром (по 12%). Заметим, что проблем в организации психолого-педагогической реабилитации детей специалисты не отмечают.

По мнению специалистов-экспертов, *основными направлениями социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями*, наиболее полно реализуемых в области, являются социально-медицинская

реабилитация (75%), социально-психологическая реабилитация (52%), социально-педагогическая и социально-трудовая (по 24%).

Кроме данного вопроса, нами специалистами был задан вопрос: «Какие меры необходимы для улучшения деятельности по комплексной реабилитации детей с ДЦП в условиях реабилитационного центра?». Это: увеличение времени пребывания детей в центре для более полной реализации ИПР – 34%; совершенствование программ ИПР – 31%, разнообразие средств, методов и технологий реабилитации – 26%; внедрение новых психолого-педагогических технологий – 24%; создание единой психолого-педагогической программы по работе с такими детьми – 13%; совершенствование психологического консультирования – 9%; совершенствование психолого-педагогической диагностики – 4%.

К мероприятиям, которые могут способствовать совершенствованию социокультурной реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями, эксперты отнесли следующие (Таблица 6):

Таблица 6.

Способы решения проблем комплексной реабилитации детей с ДЦП (% от количества ответивших на вопрос)

разработка федеральных, региональных целевых программ	53%
совершенствование материально-технической базы реабилитационных учреждений	37%
повышение уровня квалификации и профессионализма специалистов реабилитационных учреждений	17%
постоянное комплексное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями	34%
развитие всех направлений реабилитации, разработка и внедрение новых методов, технологий	72%
разработка индивидуальных программ реабилитации воспитанников	64%
организация межведомственного взаимодействия с учреждениями социальной защиты, образования, культуры для осуществления комплексной (в том числе, социокультурной) реабилитации воспитанников	43%

Результаты проведенного исследования говорят о существующей необходимости совершенствования системы реабилитации, разнообразия используемых методов и технологий реабилитации.

Таким образом, реабилитация детей с ДЦП в условиях Центра требует гибкого, часто нетрадиционного подхода к выбору организационных форм реабилитации, которые наиболее полно отвечали бы индивидуальным возможностям и потребностям конкретного ребенка. Вместе с тем, практика показывает, что совместные занятия детей с ограниченными возможностями, хотя и с различной степенью выраженности ограничения, возможно организовать так, что оно будет способствовать развитию и благотворно влиять на становление личности каждого ребенка. Непременным условием успеха такой работы является готовность самих специалистов выйти за рамки жесткой дифференциации и их стремление к творческому поиску в процессе обучения детей с ограниченными возможностями.

Основные формы работы специалистов отделения психолого-педагогической реабилитации (диагностическая, коррекционная, методическая и практическая работа с детьми и родителями) направлены на предупреждение и преодоление различных нарушений психической деятельности, речевых нарушений, снижающих уровень социально-бытовой адаптации ребенка и оказывающих существенное влияние на становление его личности, уровень его интеграции в игровую и познавательную деятельность здоровых сверстников, и, в конечном итоге, на возможность будущей интеграции в общество.

### 2.3. Рекомендации по совершенствованию реабилитации детей с детским церебральным параличом методами телесно-ориентированной терапии в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

Анализ проблем социальной реабилитации детей с детским церебральным параличом в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» показал, что существует

необходимость расширять спектр используемых методов и технологий реабилитации детей с ДЦП.

Телесно-ориентированная терапия детей с ДЦП, на наш взгляд, является тем важным звеном в реабилитации, которое позволяет оптимизировать весь процесс коррекции и развития таких детей и сделать его более успешным и продуктивным.

Работа с детьми с ДЦП имеет ряд особенностей. Часто у этих детей проблемы с речью, и специалист не может получить обратной связи. Но язык тела красноречивее любого другого языка. Если специалист выстраивает работу правильно, идя от потребностей именно этого ребенка, то ребенок сотрудничает с удовольствием: играет в игры с ногами, руками и пр.

При любой работе с телом основой является дифференциация человеком ощущений напряжения и расслабления всего тела, его частей или какой-то группы мышц. Но как объяснить ребенку, что такое напряжение и расслабление, если его тело находится в постоянном напряжении и расслабляется только в период ночного сна, причем он не знает, как это происходит, так как этот процесс им не осознается? Как научить его осознавать то, что происходит в его теле, руке, ноге? Как научить контролировать произвольные движения?

Дифференцированный подход в реабилитации методами ТАТ – это, прежде всего, работа с тем потенциалом, который имеет каждый конкретный ребенок, учитывая его особенности и его возможности. Это очень важно – идти от ребенка, его движений, его потребностей. Поэтому работу с телом необходимо начинать с изучения возможностей тела каждого конкретного ребенка.

В качестве рекомендаций мы предлагаем методику телесно-ориентированной терапии в реабилитации с детьми с детским церебральным параличом.

Прежде всего, для любого специалиста интерес представляет наличие произвольных движений. Но у детей с ДЦП произвольность в движениях

затруднена. Работа с телом в таких случаях начинается с непроизвольного движения – гиперкинеза или сильной спастики. Проще говоря, работаем с тем, что есть, превращая весь процесс работы с телом в забавную игру.

Рассмотрим методы ТАТ, которые можно использовать в работе с детьми с ДЦП.

*Игры с телом.*

*Игры с руками.* Например, специалист протягивает руку к ребенку со словами: «Давай поздороваемся». Но рука ребенка уходит в сторону или назад. Поэтому работу начинаем именно с этого движения. Инструкция помогает ребенку сосредоточиться на движении и своих ощущениях, и осознать их. «Твоя рука хочет поиграть. Давай с ней поиграем. Рука ушла вверх, она напряженная, жесткая, сильная, вот и удержи ее там и усиль это движение. Я буду считать до 3 (5). На счет три (пять) ты сделаешь очень большое усилие, чтобы ее удержать в этом положении и усилить движение. А теперь расслабь ее и дай отдохнуть. Теперь она мягкая, расслабленная, тяжелая». Счет необходим при выполнении упражнения, так как он обозначает начало и завершение процесса напряжения, и переход к следующему этапу – расслаблению. Специалист прикасается к руке, но не выполняет упражнение за ребенка. Этот жест может обозначать «Я с тобой» и помогает ребенку сконцентрироваться на тех процессах, которые происходят в этой руке.

Гиперкинез – это непроизвольное движение, связанное с повышением мышечного тонуса, то есть напряжением. Напряжение не может продолжаться постоянно, да еще при его усилении. Поэтому после окончания упражнения (на счет 3, 5) рука расслабляется. Ребенок получает первый опыт произвольного напряжения и последующего расслабления, которые им осознаются. Упражнение повторяется еще 2 раза. Для лучшего расслабления руки, осторожно ее потряхиваем. Для этого аккуратно придерживаем локоть ребенка левой рукой, а правой, удерживая за пальцы, легко потряхиваем. Приподнимать руку (ногу) нужно не более чем на 7-10 см от поверхности, на

которой лежит ребенок. Но самое важное на всех этапах работы с телом - это активное участие самого ребенка, его включенность в процесс, осознание им того, что происходит с его рукой, ногой, телом и пр. Это очень важно. Далее, идем по часовой стрелке. Переходим к левой руке. «А чего хочет эта рука?». Начинаем с движения, которое предлагает ребенок. Повторяем все процедуры: упражнение на напряжение и потряхивание для левой руки.

Следующее упражнение направлено на закрепление дифференциации ребенком ощущений напряжения и расслабления.

*«Ручка-столлик».* Ребенок лежит на татами. Помогаем ему вытянуть правую руку вверх и разжать пальцы (если на первых занятиях пальцы не разжимаются, работаем с кулаком). Специалист кладет свою ладонь на ладонь (кулак) ребенка, при этом фиксируя локоть. Немного придавливая ладошку (кулачок), мы искусственно создаем напряжение в руке. Считаем до 5. Затем осторожно стряхиваем руку, и оставляем в покое. Комментируем то, что происходит: «Сначала рука была жесткая, напряженная, а теперь мягкая, тяжелая, расслабленная, она поработала, а теперь отдыхает». Упражнение делаем 3 раза. То же делаем с левой рукой.

*Игры с ногами.* Первое упражнение мы выполняем, ориентируясь на потребности тела конкретного ребенка. Все как с руками. Каждое движение выполняем на 3-5 счетов, по 3 раза. После каждого упражнения на напряжение, осторожно стряхиваем ноги. Для этого правой рукой придерживаем ногу ребенка под коленной чашечкой, а правой держим за пальцы ноги. Приподнимаем ногу на 7-10 см над поверхностью татами и осторожно потряхиваем.

Следующее упражнение поможет закрепить опыт ребенка различать напряжение и расслабление.

*«Крепкие ножки».* Специалист стоит на коленях у ног ребенка. По возможности выпрямляем и приподнимаем ноги ребенка, одной рукой придерживаем колени, чтобы ноги не сгибались, другой - придерживаем стопу и упираемся животом в ноги. По счету начинаем наклоняться вперед,

используя ноги ребенка как опору, искусственно создавая напряжение. Удерживаем напряжение до 5. Теперь, помогая ребенку снять напряжение, потряхиваем ноги (см. выше).

*Игры с шеей и головой.* Мягко подводим руки под шею ребенка, так что его голова лежит в сложенных лодочкой руках, осторожно потягиваем шею на себя. «Сейчас я покачаю твою голову». Движения медленные, осторожные делаем 3-5 раз.

«А теперь поиграем с головой и шеей. Я поворачиваю твою голову направо, а ты ее немного удержи в этом положении». Мягко поворачиваем голову ребенка вправо, осторожно фиксируем, положив руку на щеку, ближе к уху, и считаем до 3-х (5). «Теперь голова лежит прямо и, я ее снова покачаю». Специалист мягко покачивает голову ребенка. «А теперь поворачиваем голову налево. А ты ее удержи, пока я буду считать до 3-х (5)». И снова мягкие покачивания. Повороты головы делаем по 3 раза в каждую сторону.

Аналогично выполняем наклоны головы вперед и назад. Главное, чтобы ребенок удерживал заданное положение до окончания счета. Специалист чуть-чуть придерживает, немного помогает удержать, задает движение, но все это на первых этапах работы, когда ребенок только входит в процесс работы с телом.

*Игры с туловищем.* Осторожно берем ребенка за талию и, чуть-чуть приподнимая вверх, покачиваем. Сейчас ребенок пассивен, он чувствует, как освобождается от напряжения его позвоночник. Упражнение делаем 3-5 раз.

*Упражнение «Растяжка»* помогает снять мышечные зажимы, гармонизировать внутреннюю энергию ребенка.

«*Вертикальная растяжка*». Начинаем с правой стороны тела ребенка. Специалист осторожно придерживает правую руку в области запястья и правую ногу в области лодыжки и по счету начинает легко тянуть руку вверх, а ногу вниз. Считаем до 3-х. На счет 3 движение прекращается. Очень важно просто обозначить движение, ребенок выполняет его сам. Делаем

упражнение 3 раза. Затем специалист переходит к левой стороне тела ребенка. Растяжка повторяется 3 раза с левой стороны.

*«Диагональная растяжка»*. Выполняется так же, как «вертикальная растяжка», только правая рука потягивается с левой ногой, а левая рука с правой ногой. Выполняется также по 3 раза. Закончить растяжку нужно потряхиванием рук и ног. Очень хорошо, если на занятии присутствует родитель или другой специалист, тогда проводится потряхивание одновременно рук и ног. Один специалист потряхивает руки, другой - ноги ребенка. Если работает один специалист, то потряхиваем сначала руки ребенка, потом – ноги.

Результаты работы с телом можно почувствовать и оценить сразу: изменяется тонус мышц, они становятся менее напряженными, более расслабленными. Но самое важное, что такая работа воспринимается детьми очень позитивно, дети играют с большим удовольствием, сотрудничают со специалистом, другими детьми и родителями.

Очень часто в процессе работы с телом ребенка с ДЦП возникают вибрации, мышечная дрожь в руках, ногах. А. Лоуэн особое значение в процессе терапии уделял вызыванию у пациента непроизвольных мышечных сокращений (мышечная дрожь, тремор, вибрации). Поэтому этого не нужно бояться. Нужно привлечь внимание ребенка к этому процессу и дать процессу завершиться, не пытаясь его прервать: «Твоя ножка танцует. Почувствуй этот танец, дай ей его закончить». Так, по мнению Лоуэна, восстанавливается движение энергии в мышцах. И это свидетельствует о позитивных изменениях в теле ребенка.

Такая работа с телом помогает ребенку развивать кинестетическую чувствительность, то есть способность воспринимать и анализировать движения собственного тела, расширять диапазон движений, осознавать и контролировать потребности тела. Работа с телом приводит к развитию двигательных возможностей, улучшению координации движений,

уменьшению гиперкинезов и спастики, улучшению дыхания и психоэмоционального состояния ребенка.

*Дыхательные упражнения.* После работы с телом с использованием психофизических упражнений, можно переходить к двигательным упражнениям. Это могут быть упражнения из йоги и психодинамические медитации. Мы приводим еще несколько упражнений, придуманных нами в процессе занятий с детьми с тяжелой двигательной патологией.

Игровые двигательные упражнения.

Упражнение «Леопард на охоте» рекомендуется проводить после упражнения «Добрые и злые кошки».

«Леопард на охоте».

Цель: развитие двигательных навыков, координации движений, получение нового двигательного опыта, формирование позитивного отношения к себе в ситуации успеха.

Содержание:

Исходное положение: дети сидят на пятках с упором на колени вокруг мягкого модуля. «Жил-был леопард. Он был смелый и ловкий и очень любил охотиться. Но, сначала он сидел в засаде, чтобы его никто не заметил и ждал добычу (дети группируются: опускают голову к коленям, лицом в тыльную сторону ладоней, поза расслабленная, свободная). А потом, подкрадывался и прыгал (дети приподнимаются на руках и, помогая ногами, падают на мягкий модуль)». На последующих занятиях инструкция короткая: «Леопард спрятался, притаился (группировка). Теперь подкрадывается (несколько движений руками, похожих на движения кота, который точит коготки). И прыгает (прыжок на мягкий модуль). Повторяем 3 раза.

Оборудование: большой мягкий модуль «Остров».

«Складной нож» (Из йоги).

Цель: развитие координации движений, растяжка позвоночника,

Содержание: Исходное положение: лежа на правом боку – поза зародыша. Затем «нож раскрылся»: по инструкции дети одновременно

вытягивают руки вверх, а ноги вниз, удерживаясь на боку. Упражнение выполняется медленно, под спокойную музыку. Теперь «нож» складывается. Медленно, чуть-чуть расслабленно дети подтягивают руки к груди, а ноги - к животу. «Нож» сложился. Выполняем упражнение 3 раза на правом боку. Затем дети перекатываются на левый бок и повторяют упражнение еще 3 раза.

Дети с тяжелой двигательной патологией на первых этапах работы нуждаются в помощи родителей или специалиста.

Оборудование: спортивные татами для каждого ребенка.

«Колбаска».

Цель: гармонизация энергетического потенциала тела, развитие координации движений, приобретение нового двигательного опыта, работа со страхом перед необычными движениями.

Содержание: Исходное положение: лежа на спине. Специалист осторожно фиксирует руками лодыжки и начинает мягко задавать повороты тела ребенка вправо и влево. Сначала очень медленно, затем быстрее.

Оборудование: спортивные татами для каждого ребенка.

Упражнения на сенсорном мяче.

Попытки адаптировать для детей с тяжелой двигательной патологией энергетические упражнения А. Лоуэна «Арка Лоуэна» и «Дуга Лоуэна» привела нас к импровизации с использованием сенсорного мяча.

Цель: гармонизация внутренней энергии ребенка, снятие мышечных зажимов, растяжка позвоночника.

Содержание: Кладем ребенка лицом вниз на сенсорный мяч. Подводим руки под живот и мягко покачиваем. Это поможет ему расслабить спину. Затем 3-5 мягких, скользящих движений рукой по позвоночнику сверху вниз, комментируем: «Спинка расслабляется, тело как будто растекается по мячу». Теперь мягкими, скользящими движениями ведем по рукам от плеч к кончикам пальцев рук: «Ручки расслабились и повисли», тоже с ногами - ведем от бедра к стопе: «Ножки расслабились и повисли». «Все тело

расслабленное, как будто растеклось по шару». Далее можно покачать мяч вперед и назад. Переворачиваем ребенка, теперь он лежит на мяче лицом вверх. Повторяем процедуру. Заканчиваем покачиванием на мяче. Через несколько занятий можно закончить катанием на мяче, когда вы придерживаете ноги ребенка, а он пытается руками достать до пола, если это принесет ему удовольствие.

Оборудование: большой сенсорный мяч.

«Башня»

Цель: развитие концентрации внимания, активизация двигательного потенциала, улучшение самооценки и самоотношения, формирование мотивации к деятельности.

Содержание: Из мягких модулей строится высокая башня: модули ставятся друг на друга. Если дети могут, они помогают строить, если нет - строят специалист и родители. Башня строится для каждого ребенка. Задача ребенка - разрушить башню. Все присутствующие подбадривают его и поддерживают.

Оборудование: мягкие модули «Камешки».

«Освободись!»

Цель: повышение энергетического потенциала ребенка, преодоление страхов и фобий, формирование позитивной самооценки и самоотношения.

Содержание: Ребенок лежит на ковре или спортивных татами. Специалист объясняет: «Сейчас мы тебя закроем подушками. Я буду считать до 3-х, а потом скажу: «Освободись!». И по команде ты постарайся раскидать все подушки побыстрее. Чем быстрее, тем лучше!».

Оборудование: мягкие модули «Трапеция» 6 штук.

«Тоннель»

Цель: повышение энергетического потенциала, улучшение психофизического и эмоционального состояния и дыхания, улучшение самооценки и самоотношения, формирование мотивации к деятельности.

Содержание: Мягкий модуль «Перекасти-поле» кладем горизонтально перед ребенком, даем инструкцию: «Перед тобой тоннель, тебе нужно пролезть через этот тоннель, а я (мама) буду ждать с другой стороны». Помогаем ребенку, если это необходимо, залезть внутрь и переходим к другому концу трубы. В этот момент эмоциональная поддержка и сопереживание необходимы ребенку.

Оборудование: мягкий модуль-труба «Перекасти-поле».

Предостережение!

Это очень сложное в психологическом плане упражнение для детей, которые получили травму при рождении, боятся замкнутого пространства. Поэтому при выполнении его ребенком, особенно в первый раз, специалист должен соблюдать максимальную осторожность и следить за эмоциями детей. При проявлении ребенком тревоги, нужно помочь ему быстро выбраться из трубы, похвалить, сказать, что это было непросто, но он справился. Преодолеть свой страх – непростая задача. Как правило, при правильном сопровождении уже на втором занятии ребенок в большей мере сам справляется с этим заданием.

«Запуск ракеты».

Цель: повышение самооценки, преодоление страхов, фобий, формирование мотивации к деятельности.

Содержание: Из мягких модулей «Камешки» строим лестницу. Самый высокий модуль – космодром, откуда ракета (ребенок) будет запускаться в космос. Космос – мягкий модуль «Остров», который размещается за космодромом. Для того, чтобы отправить ракету в космос – сбросить ребенка на модуль, нужно, чтобы он поднялся по лестнице и приготовился к запуску. Конечно, дети не могут идти по ступенькам самостоятельно, им помогают специалист и родители. Но они очень стараются идти ножками, настраиваются на полет и на счет 3 падают на мягкий модуль. Это упражнение вызывает бурю положительных эмоций, восторг от ранее не испытанного ребенком ощущения полета и приземления.

Оборудование: мягкий модуль «Остров», мягкие модули «Камешки».

Завершается каждое занятие 5 минутной релаксацией при выключенном свете с использованием специального оборудования для «Сенсорной комнаты»: светильник «Световолокно», тактильно-световая пузырьковая колонна, проектор «Меркурий». Включается приятная медленная музыка. Каждый ребенок находит свое место для отдыха.

Специфической особенностью организации коррекционно-реабилитационной работы с детьми с детским церебральным параличом заключается воздействие на тело не просто механически, а в ходе дружеского общения или игры, на «кураже».

В связи с этим, инновацией в коррекционно-реабилитационной работе может стать система игр и упражнений по телесно-ориентированной терапии согласно лексическим темам, с целью чувственного познания мира. Поскольку основная рекомендация для родителей по коррекции двигательной сферы – это погружение ребёнка в ритм – мы предлагаем сопровождать игры короткими стихами. Даже собственная речь педагогов должна быть ритмизована!

Примеры упражнений по уровням (учитывая уровни построения движений, описанных Н.А. Бернштейном).

*Уровень А* – чувство себя, глубокая чувствительность, тонус.

Самый мощный уровень! Чтобы активизировать данный уровень, необходимо использовать приём включения родителей в развивающее занятие, с целью состраивания тонического объединения родитель-ребёнок, педагог-ребёнок на основе которого строится психологическое понятие – доверие.

Это так называемые «Похлопушки», «обжималки» с целью развития глубокой чувствительности: «В объятьях мишки», «Тесто», «Борьба», «Червячок» используем мягкие, большие игрушки по теме и т.д. – мама или педагог несильно, но крепко разнообразными способами зажимает ребенка и удерживает - задача ребенка выбраться из захвата.

С целью формирования опоры (стопы, колени, таз) – «Ботинки», «Поедем бабушка в деревню жить», «Качели», «По кочками» т.д.

Проигрывание страхов у малышей «Коза рогатая», «Кусачий лягушонок», «Жаба цап», «светло-темно» и т.д.

Отталкивания «Стенка на стеку», Протяжки, закручивания, всевозможные раскачивания «Шалтай-болтай», «Кораблик», «Сон», "Мышеловки", «холсты», «Пройди по ёжикам» и др. с целью стимуляции вестибулярного аппарата, построение оси тела (если нет оси по вертикали идёт мощное нарушение психики).

*Уровень В* – развивает чувство себя в движении, выходят двигательные автоматизмы.

Данный уровень весь погружён в движение, невозможность двигаться вызывает страх. Для того, чтобы активизировать данный уровень, применяем игры, направленные на стимуляцию двигательных автоматизмов. Примерами таких упражнений могут служить игры типа "куча-мала", "тяги-толкай", «паровозик», «Ванька-встанька», «Кузнецы» и т.д. При хорошем общении на данном уровне формируется привязанность к близкому человеку, который удовлетворяет жизненные потребности. Ребёнок прижимается к родителям всем телом, даже щекой, поворот головы к маме и т.д., использует боковой взгляд в общении, движение в стае. Малыш хочет и ждёт общения! Игры «Лошадка» (на спине или на плечах взрослого), «Путешествие на паровозике», «стая птиц», догонялки.

*Уровень С* – уровень пространства: себя в пространстве и движение в пространстве.

Игры и упражнения этого уровня направлены на освоение окружающего пространства. Это и прятки, догонялки, преодоление полосы препятствий из мягких модулей, игры на развитие сенсорной чувствительности. На уровне С зрение и слух ориентируют ребёнка в пространстве, следят за целью и активно исследуют. Для того, чтобы активизировать данный уровень, используем игры на развитие сенсорной

чувствительности «волшебный мешочек» (в непрозрачный мешочек складывают различные по фактуре, размеру, величине предметы и просят ребенка на ощупь определить, что лежит в мешке. Игру начинают с одного явного признака, потом постепенно усложняют. Например: «звучащие коробочки» (в коробочки насыпают различные крупы, песок, и т. д. и ребенку по звуку найти коробочки с одинаковым содержимым). Активно используем на занятиях «Ароматерапию», «Песочную терапию».

К этому уровню относятся все спортивные игры на развитие координации и моторики движений – «Парашют».

Очень важным для эмоционального развития ребенка является проведение игр вызывающих так называемый "смешной страх" - когда пугаем ребенка, но не по-настоящему, понарошку, - ребенок улавливает интонации игры и веселиться. Используем ритмизованные игры - «Поехали за орехами», «Дарики-дарики», «Паучок» и т.д. Эти игры важны ещё и тем, что тренируют ребенка в преодолении пугающих ситуаций.

При хорошем общении на данном уровне формируется привязанность и будет проявляться к объектам пространства: кошке, зайчику. При этом важно помнить, что ребёнок, сталкиваясь с чем-то новым, считывает эмоции, реакцию мамы и так же начинает относиться к объекту или предмету!!! Мимика становится осознанной. Общение на уровне С – это содействие, совнимание в пространстве, мы в Центре реализуем его через: совместное чаепитие, общий танец (неотъемлемая часть занятий), игру на музыкальных инструментах, общие простые игры и т.д.

*Уровень D* – уровень представлений (подумали, представили, сделали), слова-фразы.

Для того, чтобы активизировать данный уровень, используем игры и упражнения на выполнение необходимой последовательности действий для достижения результата, опору на схему, карту. Используем игры разработанные М. Монтессори: разнообразные шнуровки, вкладыши, игры с водой «игротерапия» и песком «песочная терапия» и так далее - сюда же

можно отнести кубики Никитина «Сложи узор» и «Уникуб», задания направленные на развитие мелкой моторики: рисование дорожек, штриховки, обводка контура.

К этому уровню относятся и сюжетно-ролевые игры, направленные на освоение социальных ролей: игра в дочки-матери, в доктора, в магазин и т. д. (используем разработанные Г.Н. Лавровой конспекты игр-занятий).

*Уровень Е* – уровень интеллекта, развёрнутая фраза.

Игры и упражнения на этом уровне направлены непосредственно на развитие наглядно-образного и логического мышления, в эмоциональной сфере - появление психодрамы, как выражения своих чувств и переживаний. При хорошем общении на данном уровне формируется привязанность к более абстрактным понятиям: семье, культуре, людям ... На уровне интеллекта происходит осознание себя частицей мира... Развивается оценка себя и своего поведения. Совесть. Для того, чтобы активизировать данный уровень, используем игры «Правила хорошего поведения», «как избежать неприятностей», «Что такое хорошо и что такое плохо» и т.д.

*Ожидаемые результаты* применения методики с использованием телесно-ориентированной терапии в реабилитации детей с ДЦП:

- уменьшение проявления гиперактивности у детей с СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), что особенно ярко проявляется в формировании целевых движений и улучшении характеристик внимания: устойчивости, распределения, переключения, концентрации, объёма.

- уменьшение аутистических проявлений: появление взгляда глаза в глаза, социальной улыбки, смеха, любопытства; уменьшение самоагрессии, специфических страхов и стереотипов; появление речи, стимуляция новых позитивных способов поведения и устранения поведенческих аномалий;

- улучшение познавательных способностей у детей группы ЗПР;

- развитие активной речи у детей с ЗПР, алалией.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение психологических трудностей и особенностей детей с ДЦП стало очень актуальной задачей в настоящее время, так как в психолого-педагогической коррекции занимают значительное место в общем комплексе реабилитационных мероприятий. Постоянно идёт поиск новых подходов, методов и технологий реабилитации.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторских систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

Характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательной активности, особенно подвергается поражению мышечная сфера – происходит нарушение координации движений. В зависимости от степени и расположения участков поражения мозга, могут иметь место одна или несколько форм мышечной патологии - напряженность мышц или спастика; непроизвольные движения; нарушение походки и степени мобильности. Так же могут встречаться следующие патологические явления – аномальность ощущения и восприятия; снижение зрения, слуха и ухудшение речи; эпилепсия; задержка психического развития. Другие проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни и трудности с обучением.

Очевидно, что дети с тяжелыми двигательными нарушениями, вследствие ДЦП, имеющие статус инвалида, нуждаются в особой заботе, общество обязано предоставить им условия не только для лечения, но и для

успешной социальной адаптации, полноценного развития, обучения, получения образования.

Главной задачей реабилитации детей с ДЦП в условиях реабилитационного учреждения является развитие их потенциальных возможностей, коррекция поведения, расширение социального горизонта, привитие им трудовых и других социально значимых навыков и умений. Решение проблемы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями в современном обществе, на наш взгляд, целесообразно искать в привлечении в работе с такими детьми методов телесно-ориентированной терапии.

*Телесно-ориентированная психотерапия* – направление психотерапии, работающее с проблемами и невротами пациента через процедуры телесного контакта. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии, ее называют также «соматической психологией». Это синтетический метод «исцеления души через работу с телом», с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека.

Исследование телесных ощущений и состояний, работа с ними существенно расширяет психотерапевтическое пространство и возможности психолога, облегчает процесс раскрытия переживаний человека. В любой момент жизни тело воплощает особенности личности, характер психологических проблем и конфликтов человека.

Анализ проблем социальной реабилитации детей с детским церебральным параличом в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» показал, что существует необходимость расширять спектр используемых методов и технологий реабилитации детей с ДЦП.

Телесно-ориентированная терапия детей с ДЦП, на наш взгляд, является тем важным звеном в реабилитации, которое позволяет

оптимизировать весь процесс коррекции и развития таких детей и сделать его более успешным и продуктивным.

Работа с детьми с ДЦП имеет ряд особенностей. Часто у этих детей проблемы с речью, и специалист не может получить обратной связи. Но язык тела красноречивее любого другого языка. Если специалист выстраивает работу правильно, идя от потребностей именно этого ребенка, то ребенок сотрудничает с удовольствием: играет в игры с ногами, руками и пр.

При любой работе с телом основой является дифференциация человеком ощущений напряжения и расслабления всего тела, его частей или какой-то группы мышц. Но как объяснить ребенку, что такое напряжение и расслабление, если его тело находится в постоянном напряжении и расслабляется только в период ночного сна, причем он не знает, как это происходит, так как этот процесс им не осознается? Как научить его осознавать то, что происходит в его теле, руке, ноге? Как научить контролировать произвольные движения?

Дифференцированный подход в реабилитации методами ТАТ – это, прежде всего, работа с тем потенциалом, который имеет каждый конкретный ребенок, учитывая его особенности и его возможности. Это очень важно – идти от ребенка, его движений, его потребностей. Поэтому работу с телом необходимо начинать с изучения возможностей тела каждого конкретного ребенка.

В качестве рекомендаций мы предложили методику телесно-ориентированной терапии в реабилитации с детьми с детским церебральным параличом.

Ожидаемые результаты применения методики с использованием телесно-ориентированной терапии в реабилитации детей с ДЦП:

– уменьшение проявления гиперактивности у детей с СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), что особенно ярко проявляется в формировании целевых движений и улучшении характеристик внимания: устойчивости, распределения, переключения, концентрации, объёма.

- уменьшение аутистических проявлений: появление взгляда глаза в глаза, социальной улыбки, смеха, любопытства; уменьшение самоагрессии, специфических страхов и стереотипов; появление речи, стимуляция новых позитивных способов поведения и устранения поведенческих аномалий;
- улучшение познавательных способностей у детей группы ЗПР;
- развитие активной речи у детей с ЗПР, алалией.

