

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт физической культуры и спорта

(наименование института полностью)

Кафедра «Адаптивная физическая культура, спорт и туризм»

(наименование кафедры)

49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья
(адаптивная физическая культура)»

(код и наименование направления подготовки, специальности)

«Физическая реабилитация»

(направленность (профиль)/ специализация)

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: «Исследование двигательных способностей у юношей с детским
церебральным параличом при занятиях танцевальной двигательной
терапией»

Студент

О.В. Никитина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

В.В. Горелик

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой к.п.н., доцент Подлубная А.А.

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« _____ » _____ 2019 г.

Тольятти 2019

АННОТАЦИЯ

на бакалаврскую работу Никитиной Ольги Вячеславовны по теме:

«Исследование двигательных способностей у юношей с детским церебральным параличом при занятиях танцевальной двигательной терапией».

На сегодняшний день наиболее актуальна проблема детских церебральных параличей. С каждым годом возрастает социальная значимость данной проблемы, только за последние пять лет количество детей с ДЦП увеличилось в два раза. ДЦП относится к заболеваниям центральной нервной системы. Как правило детский церебральный паралич приводит не только к двигательным нарушениям, а также может являться причиной умственной отсталости, ЗРР, нарушений слуха и зрения. Ранее государство не придавало должного значения проблемам детских церебральных параличей. Детям не оказывалась необходимая медицинская помощь, потому что большинство больных оценивались как не поддающиеся восстановлению.

Танцевальная двигательная терапия (ТДТ) благоприятно влияет на успешную коррекцию эмоционального состояния при ДЦП. В основе танцевальной двигательной терапии лежит осознанное выполнение движений, что помогает лицам с ДЦП понимать и осознавать свое тело. Помимо этого, на занятиях люди общаются и учатся социализироваться в обществе.

Таким образом, в ходе танцевальной терапии для детей с двигательными нарушениями, танец используется как форма самовыражения и невербального общения с целью развития личности и системы ее отношений.

Цель исследования – исследовать влияние танцевальной двигательной терапии на развитие двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Гипотеза исследования – предполагается, что при регулярном применении упражнений танцевальной двигательной терапии на занятиях, уровень развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП будет расти.

Структура бакалаврской работы. Бакалаврская работа состоит из 41 страницы печатного текста и содержит в себе введение, три главы, заключение, список используемой литературы. Включает в себя 5 таблиц и 3 рисунка.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ	8
1.1. ДЦП этиология	8
1.2. Особенности и характеристика двигательных способностей при ДЦП...14	
1.3. Описание психоэмоциональных состояний при ДЦП.....	16
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	22
2.2. Методы исследования.....	22
2.3. Организация исследования.....	25
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	27
3.1. Внедрение ТДТ в занятия юношей с ДЦП.....	27
3.2. Результаты исследования и их обсуждения.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. На сегодняшний день наиболее актуальна проблема детских церебральных параличей. С каждым годом возрастает социальная значимость данной проблемы, только за последние пять лет количество детей с ДЦП увеличилось в два раза.

ДЦП относится к заболеваниям центральной нервной системы. Как правило детский церебральный паралич приводит не только к двигательным нарушениям, а также может являться причиной умственной отсталости, ЗРР, нарушений слуха и зрения. Особую актуальность приобретает эта проблема в связи с тем, что она затрагивает детей. Заболеваемость ДЦП составляет 1,88 случая на 1000 детей. В настоящее время более часты случаи рождения детей с ДЦП. Детский церебральный паралич считается тяжелым неврологическим заболеванием, которое характеризуется двигательными, речевыми и психическими нарушениями, отрицательно влияющими на социальную адаптацию больного и снижающими качество его жизни.

Ранее государство не придавало должного значения проблемам детских церебральных параличей. Детям не оказывалась необходимая медицинская помощь, потому что большинство больных оценивались как не поддающиеся восстановлению. Исходя из этой проблемы в стране было очень мало учреждений, в которых осуществлялось лечение и реабилитация детей с тяжелыми формами ДЦП. А раз отсутствовали специальные медицинские учреждения, значит не было спроса на специалистов в данной области. Как правило дети с тяжелыми формами ДЦП отправлялись в государственные социальные учреждения.

Проблемой детей с тяжелыми формами ДЦП начали заниматься относительно недавно, буквально десять-пятнадцать лет назад. Отношение к таким детям изменилось, потому что начали разрабатывать методы лечения, искать новые средства и методы для физической реабилитации.

Исследования показывают, что при систематическом и комплексном лечении детей с тяжелыми формами ДЦП можно восстановить или компенсировать утраченные функции.

Группа авторов Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. считает, что «инвалиды с последствиями детского церебрального паралича нуждаются в мероприятиях, направленных на укрепление опорно-двигательного аппарата и повышение уровня двигательной активности. Физическая реабилитация детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе выбора эффективных средств оздоровительной и коррекционной направленности способствует целенаправленной коррекции и формированию двигательных навыков детей-инвалидов» [21].

На занятиях для коррекции эмоциональных нарушений педагоги используют различные методы, например, психорегулирующие тренировки, игротерапию. Одной из наиболее эффективных является танцевальная двигательная терапия. Анализ зарубежных литературных источников показывает, что танцевальная двигательная терапия благоприятно влияет на успешную коррекцию эмоционального состояния при ДЦП. В основе танцевальной двигательной терапии лежит осознанное выполнение движений, что помогает лицам с ДЦП понимать и осознавать свое тело. Помимо этого, на занятиях люди общаются и учатся социализироваться в обществе.

Таким образом, в ходе танцевальной терапии для юношей с двигательными нарушениями, танец используется как форма самовыражения и невербального общения с целью развития личности и системы ее отношений.

Цель исследования – исследовать влияние танцевальной двигательной терапии на развитие двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Объект исследования – процесс развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Предмет исследования – упражнения танцевальной двигательной терапии, направленные на развитие двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Гипотеза исследования – предполагается, что при регулярном применении упражнений танцевальной двигательной терапии на занятиях, уровень развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП будет расти.

Задачи исследования

1. Оценить исходный уровень развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

2. Подобрать упражнения танцевальной двигательной терапии, направленные на развитие двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП и включить их в занятия.

3. Определить эффективность подобранных упражнений танцевальной двигательной терапии на развитие двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Глава 1. Анализ литературных источников.

1. ДЦП этиология

В настоящее время принято считать, что понятие ДЦП – это собирательный термин, потому что в него входит множество различных нарушений. Детский церебральный паралич не передается по наследству. Однако учеными в области медицины доказано, что в четырнадцати процентах случаев генетические факторы сыграли роль в развитии ДЦП. В основе любой группы заболеваний ДЦП лежат нарушения в коре головного мозга ребенка, а также в его подкорковых областях. Нередко причина заболевания кроется в стволе головного мозга [17].

Впервые в истории детскими церебральными параличами заинтересовался доктор Джон Литтл. Первые его исследования были проведены в 1830-х годах в Великобритании. Уже в 1853 году он опубликовал свои первые труды, в которых сделал заявление, что асфиксия является причиной нарушений нервной системы. При этом он имел в виду что нарушения происходят в спинном мозге, и в результате в ногах возникает спастика и плегия.

Таким образом Джон Литтл описал одну из форм детских церебральных параличей, которая носит название спастическая диплегия. Долгое время спастическую диплегию называли в честь ее первооткрывателя Джона Литтла. Но уже в 1889 году доктор Ослер написал книгу, в которой он ввел понятие церебральный паралич. В своей книге он доказал, что повреждения центральной нервной системы происходят в головном мозге, а не в спинном. Многие ученые больше ста лет считали, что полученная в результате патологических родов асфиксия является одной из главных причин ДЦП.

Большой вклад в исследования ДЦП внес австрийский психолог Зигмунд Фрейд. Фрейд сделал публичное заявление о том, что асфиксия является всего лишь одной из причин. Зигмунд Фрейд по своей

специализации был неврологом, и заметил, что между умственной отсталостью и детскими церебральными параличами есть связь [11].

Термин «детский церебральный паралич» ввели в 1893 году. Зигмунд Фрейд в 1897 году сделал публичное заявление, о том, что при детском церебральном параличе мозг поврежден уже в утробе матери. Еще в 1890 году Зигмунд Фрейд, основываясь на своих исследованиях, соединил все нарушения, которые спровоцированы аномальным развитием головного мозга, и ввел первую в мире классификацию ДЦП. В классификацию входит семь видов нарушений:

- гемиплегия
- церебральная диплегия
- генерализованная ригидность (её еще называют болезнью Джона Литтла)
- параплегическая ригидность
- двусторонняя гемиплегия
- генерализованная хорей
- двойной атетоз [6].

В основу все позднее предложенных классификаций вошла классификация Фрейда. Уже позднее Отфрид Фёрстер в своих исследованиях доказал, что параплегическая ригидность по своим особенностям не подходит под описание детского церебрального паралича [3].

В основу современной классификации церебральных параличей вошли научные труды следующих ученых: Т.П. Симпсон и соавторов, Д.С. Футера, М.Б. Цукера, К.А. Семеновой и соавторов [5].

Профессор Давид Соломонович Футер разделил ДЦП на следующие формы:

- спастическая диплегия
- двусторонняя гимеплегия
- моноплегия

- двойной атетоз
- мозжечковая атаксия.

Давид Соломонович все выше перечисленные формы соединил в одну большую группу «врожденные церебральные параличи и гиперкинезы». Он выделил болезнь Джона Литтла как отдельную форму, потому что он считал, что это просто родовая травма [26].

Мария Борисовна Цукер предлагает следующие формы ДЦП:

- спастическая диплегия
- спастическая гемиплегия и двойная спастическая гемиплегия
- тетраплегия
- псевдобульбарный паралич
- мозжечковая форма идентична атонически-астатическому типу диплегии [21].

Предложенная Марией Борисовной классификация схожа с классификацией Литтла. Однако в её классификации есть ошибка. Приписывать псевдобульбарный паралич к детским церебральным параличам нельзя, так как самостоятельная форма данный синдром не встречается в современном мире. А сам термин был использован ранее в описании двусторонней гемиплегии.

В России в основном пользуются классификацией врача невролога, профессора медицинских наук, Ксении Александровны Семеновой, которую она предложила в 1973 году. В свою классификацию она включила:

- спастическая диплегия
- двойная гемиплегия
- гиперкинетическая форма
- атонически-астатическая форма
- гемиплегическая форма.

В настоящее время, по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) используется следующая классификация:

1. Спастическая тетраплегия

Если двигательные расстройства выражены в наибольшей степени, то диагноз может звучать как «двусторонняя гемиплегия». Спастическая диплегия считается одной из самых осложненных форм детского церебрального паралича. Причиной развития спастической диплегии может быть аномальное развитие в отделах головного мозга. Нередко причиной данной формы ДЦП является гипоксия, к которой приводит некроз нейронов и повреждение белого вещества полушарий головного мозга во внутриутробном развитии [1].

Спастическая тетраплегия характеризуется двигательными расстройствами всех конечностей, присутствием псевдобульбарного синдрома, часто у детей сильно нарушен слух и зрение, и как правило присутствуют речевые нарушения. Как правило у детей с данной формой ДЦП присутствуют эпилептические приступы, в результате которых часто возникают судорожные приступы. У детей сильно выражена деформация конечностей, а также наблюдаются контрактуры. В большинстве случаев дети с данной формой ДЦП страдают микроцефалией, которая приводит к умственной отсталости, вплоть до идиотии [13].

Присутствие сложных двигательных расстройств делает детей с спастической тетраплегией совершенно беспомощными. Поэтому дети не способны к самообслуживанию и не могут вести какую-либо самостоятельную деятельность [16].

2. Спастическая диплегия.

Данная форма ДЦП является наиболее распространенной, более семидесяти пяти процентов случаев всех спастических форм. Раньше спастическая диплегия носила название «болезнь Литтла».

Спастическая диплегия поражает как правило мышцы нижних конечностей, причем сразу две стороны, тем самым значительно нарушает двигательные способности. У детей при данной форме ДЦП присутствуют

контрактуры и нарушения в позвоночнике. Спастической диплегией, как правило страдают сильно недоношенные дети. У детей такой формы ДЦП наблюдается тетрапарез и мышечная спастика в нижних конечностях. У детей часто диагностируется ЗПР и ЗРР, присутствует псевдобульбарный синдром. При спастической форме ДЦП нередким является нарушение зрения, атрофия зрительных нервов [2].

Данная форма ДЦП поражает двигательные возможности в наименьшей степени. Дети с данной формой ДЦП могут самостоятельно передвигаться, имеют навыки самообслуживания, способны осуществлять не сложную трудовую деятельность, при условии сохранного интеллекта [10].

3. Гемиплегическая форма

Главной особенностью данной формы ДЦП является наличие спастического гемипареза. Верхние конечности в большинстве случаев страдают больше чем нижние. Причины развития данной формы зависят от ребенка, если он родился недоношенным, то в большинстве случаев основной причиной является перивентрикулярный геморрагический инфаркт (односторонний). А у детей, рожденных в обозначенный срок причиной может послужить церебральная аномалия или ишемический инфаркт. Иногда причиной ДЦП служит внутримозговое кровоотечение в полушариях головного мозга [22].

Дети, страдающие гемиплегической формой ДЦП в силу своих особенностей в значительной мере, отстают от развития здоровых детей, к примеру все возрастные навыки они осваивают с задержкой в два года. Дети нередко страдают эпилептическими приступами. При гемиплегической форме тридцать процентов детей имеют диагноз олигофрения, а у пятидесяти процентов диагностируется ЗПР, однако с ней можно бороться, если начать своевременное лечение. ЗРР страдают примерно тридцать процентов детей [3].

4. Дискинетическая форма, в специальной литературе можно встретить как гиперкинетическая форма.

Данная форма детского церебрального паралича развивается чаще всего из-за гемолитической болезни, которая поражает эритроциты и способствует развитию «желтухи». «Также причиной является status marmoratus базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония, дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы» [15]

У детей с данной формой ДЦП чаще всего интеллект развивается в норме, иногда присутствуют нарушения речи. Дети с дискинетической формой ДЦП вполне успешно заканчивают школы, поступают в колледжи, нередко и в высшие учебные заведения, успешно адаптируются в обществе [4].

5. Атаксическая форма, в специальной медицинской литературе можно встретить термин атонически-астатическая форма.

Данная форма ДЦП характеризуется низким мышечным тонусом и присутствием атаксии. Присутствуют нарушения в области мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути, а также псевдобульбарный синдром.

Нарушения умственного развития при данной форме ДЦП наблюдаются примерно у более семидесяти процентов детей. Чаще всего дети страдают дебильностью, очень маленький процент имбецильностью. Как и в любой форме ДЦП у детей, страдающих атаксической формой наблюдаются двигательные нарушения [12].

6. Смешанные формы

Веселов А.В. пишет: «Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга, пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой, вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической, при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы, форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии, при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных» [6].

1.2. Особенности и характеристика двигательных способностей при ДЦП

При заболевании детским церебральным параличом нарушается формирование функций движения. Все зависит от формы ДЦП, при некоторых формах дети не способны самостоятельно удерживать голову, не могут сидеть без поддержки, манипулятивная деятельность вообще не развита. Также исходя из формы ДЦП темпы развития двигательных функций индивидуальны, к примеру дети со спастической формой ДЦП могут начать ходить уже к трем годам, когда дети с дискинетической формой начнут ходить только к восьми годам. Чем позже дети начинают ходить, тем сложнее будет проходить развитие психических функций [6].

Нарушения мышечного тонуса.

Чтобы правильно осуществлять движение, необходимо чтобы в мышцах был нормальный тонус. Мышечный тонус обусловлен правильной работой нервной системы, а у больных с ДЦП в следствие спастичности или ригидности происходит нарушение ее нормального функционирования.

Повышение мышечного тонуса называется спастичность. При спастичности мышцы сильно напряжены. При любом двигательном усилии тонус начинает нарастать, особенно если ребенок принимает вертикальное положение тела.

Максимальное повышение мышечного тонуса называется ригидностью. При ригидности напрягаются мышцы антагонисты, в результате чего плавность движения нарушается [18].

Низкий мышечный тонус называется гипотонией. При гипотонии мышцы у человека дряблые, вялые и слабые. Гипотония наступает в следствие неправильной работы мозжечка. У больных с явно выраженной гипотонией наблюдается нарушенная статика движений, кривая походка.

При дистонии мышечный тонус постоянно изменяется, т.е. при выполнении двигательного акта тонус может резко увеличиться, и больной не сможет доделать движение.

Наличие насильственных движений.

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Непроизвольные и насильственные движения, которыми страдают при тяжелых формах ДЦП, называются гиперкинезы. Гиперкинезы возникают при повышенном мышечном тонусе и при волнении. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей [3].

Гиперкинезы делятся на несколько видов:

1. Хореический гиперкинез.

Данный вид гиперкинеза характеризуется неосознанными, неконтролируемыми движениями, которые возникают самопроизвольно. Гиперкинез данного вида чаще всего возникает в мышцах головы, плеч, лицевой мускулатуры.

2. Атетоидный гиперкинез

Данный вид гиперкинеза характеризуется медленными, вычурными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев. Гиперкинез данного вида чаще всего возникает в мышцах пальцев рук. Атетоидный гиперкинез часто приводит к развитию контрактур, так как надолго фиксирует неправильное положение конечности [30].

Положение, при котором отдельная часть туловища начинает дрожать, к примеру руки, называется тремор. Чаще всего тремор возникает при какой-либо усердной работе, которая требует длительного удержания позы, к примеру письмо. Тремор характерен для поражения мозжечковой системы.

Нарушения равновесия и координации движений.

Атаксией по-другому называются нарушения равновесия и координации движений. Атаксия проявляется в неустойчивости при выполнении двигательного движения. К примеру, больной не может ровно удерживать положение тела при сидении или стоянии. При ходьбе он пошатывается, ноги при этом часто широко расставлены. При треморе не может взять и перенести предмет на заданное место, нарушена манипулятивная деятельность [8].

Синкинезии.

Неконтролируемые, активные движения называются синкинезиями. Синкинезии развиваются на фоне нарушений возбуждения. В результате чего отключается контроль со стороны ЦНС. Существует два вида синкинезий. Первая это имитационные синкинезии, когда пациент хочет взять предмет здоровой рукой, а тянется пораженной, или при сгибании здоровой руки начинает сгибаться пораженная. Второй тип это координационные синкинезии, когда пациент не способен выполнить конкретное движение, например, он не может разогнуть пальцы, но способен разогнуть руку целиком [27].

Все описанные выше нарушения не только затрудняют формирование статических и локомоторных функций у больных с церебральным параличом, но и существенно влияют на развитие познавательной деятельности и речи.

1.3. Описание психоэмоциональных состояний при ДЦП

Личность больных с ДЦП формируется как под воздействием его болезни, так и под воздействием отношения к нему окружающих, в частности семьи. Как правило, ДЦП у больных сопровождается психическим инфантилизмом. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности пациента. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга, связанных с волевой деятельностью [5].

Интеллект пациента может соответствовать возрастным нормам. В целом в основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер при преобладающей незрелости последней. Больные с ДЦП в своём поведении руководствуются эмоцией удовольствия, такие больные чаще всего эгоцентричны. Их привлекают игры, они легко поддаются внушению и не способны к волевым усилиям над собой. Это все также сопровождается двигательной расторможенностью, эмоциональной нестабильностью, быстрой утомляемостью. Поэтому так важно знать характерные особенности эмоционально-волевой сферы больных с ДЦП, чтобы сформировать правильную тактику поведения и воспитания. Формирование личности тесно связано с формированием эмоционально-волевой сферы [1].

Астахов В.А считает, что «Аффекты – это сильные и относительно кратковременные эмоциональные переживания, сопровождаемые видимыми изменениями в поведении человека, который их испытывает. Собственно, эмоции представляют собой длительное состояние, сопровождая тот или иной поведенческий акт, даже не всегда осознаются. Эмоции – это

непосредственное отражение, переживание сложившихся отношений. Все эмоциональные проявления характеризуются направленностью положительной или отрицательной. Положительные эмоции такие как удовольствие, радость, счастье и т.д. возникают при удовлетворении потребностей, желаний, успешном достижении цели деятельности. Отрицательная эмоция к примеру, страх, гнев, испуг и т.п. дезорганизует деятельность, которая приводит к ее возникновению, но организует действия, направленные на уменьшение или устранение вредных воздействий. Возникает эмоциональная напряженность» [12].

Термин «воля» отражает ту сторону психической жизни, которая выражается в способности человека действовать в направлении сознательно поставленной цели, преодолевая при этом различные препятствия. Другими словами, воля – это власть над собой, управление своими действиями, сознательное регулирование своего поведения. «Человеку с развитой волей присущи целеустремленность, преодоление внешних и внутренних препятствий, преодоление мышечного и нервного напряжения, самообладание, инициатива. Первичные волевые проявления отмечаются в раннем детстве, когда ребенок стремится достигнуть цели: достать игрушку, делая при этом усилия, преодолевая препятствия. Одно из первых проявлений воли – произвольные движения, развитие которых зависит, в частности, от степени осознанности и целостности сенсомоторного образа» - пишет в своих исследованиях Осокин В.В. [20].

Развитие эмоционально-волевой сферы зависит от ряда условий.

1. В результате общения больных со сверстниками происходит формирование эмоций и чувств. Задержка эмоционального развития происходит в результате длительной депривации.

2. Если в семье нет общения с больным, то возникают проблемы в формировании эмоциональной сферы.

3. Во время игры больные испытывают эмоции, что в свою очередь благоприятно влияет на формирование эмоциональной сферы.

4. Так как юноши с ДЦП не могут контролировать свои эмоции, то их нельзя критиковать во время критической ситуации.

К психотравмирующим факторам, которые влияют на эмоциональный фон юношей с ДЦП относятся:

- недружелюбное отношение сверстников, когда человек выступает в роли «мишени для насмешек»

- социальная депривация

- эмоциональная депривация в семье, мама уделяет мало внимания или отец ушел из семьи

- психическая травматизация, связано с тем, что в результате операционных вмешательств юноши уверены в своем выздоровлении, но вместо этого им предстоит длительное лечение и выработка нового двигательного стереотипа.

- трудности в обучении в последствии параличей, гиперкинезов

- сенсорная депривация, в результате утраты зрения или слуха [15].

В результате вышеперечисленных обстоятельств эмоционально-волевая сфера у детей с ДЦП характеризуется следующими особенностями:

- Чрезмерная возбудимость. Как правило большинство юношей с ДЦП много суеются и беспокоятся, склонны проявлять агрессию. У них часто изменяется настроение, сейчас юноша весел, через десять минут начинает проявлять агрессию. Обычно такое поведение возникает при возникновении непредвиденной ситуации или при непривычной обстановке.

- Пассивность, безынициативность, застенчивость. Юношам с ДЦП свойственна вялость и медлительность. При любой сложной ситуации им необходимо много времени, чтобы адаптироваться и привыкнуть к новым условиям.

3. Состояние беспокойства и чувство напряжения. Кроме возрастных страхов дети с ДЦП испытывают невротические страхи, которые формируются под влиянием неразрешимых переживаний. Свой вклад в эти переживания вносит и двигательная недостаточность, и наличие травмирующего опыта, и тревожность родителей в отношении с ребенком [7].

Негативное влияние на развитие эмоциональной сферы накладывает воспитание по типу гиперопеки, когда все внимание перенесено на заболевание. При таком типе воспитания вокруг юноши слишком много внимания, ему практически не дают самостоятельно сделать лишний шаг, в результате чего юноши быстро привыкают к такому отношению и становятся чрезмерно пассивными и капризными. Как правило юноша становится безынициативным, и всю жизнь находится на иждивении у родителей [20].

По уровню волевого развития юноши с ЮЦП делятся:

1 группа – эмоционально-волевой тонус снижен. Юноши не контролируют свое поведение, не хотят заниматься, часть безынициативны. Юноши привыкают к своей роли «больного» и начинают вести иждивенческий образ жизни [22].

2 группа - эмоционально-волевой тонус повышен. У юношей высокая самооценка и много амбиций. Они усердно борются с заболеванием, стараются быть независимыми от окружающих, занимаются самовоспитанием.

3 группа - эмоционально-волевой тонус средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия и многих других обстоятельств дети эпизодически проявляют достаточную волевою активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, с лечебной перспективой [22].

Таким образом особенности 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. Семьи детей с ДЦП имеют особый внутрисемейный психологический микроклимат. Не всегда психологическая обстановка в семье способствует нормальному воспитанию ребенка. Преобладающим типом воспитания в таких семьях является гиперопека. Эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. Дети могут быть как легковозбудимыми, так и полностью пассивными. ДЦП у детей часто сопровождается расстройством сна, повышенной впечатлительностью с преобладанием негативных эмоций, повышенной утомляемостью, слабой волевой активностью» [22].

Глава 2. Методы и организация исследования

2.1 Методы исследования

Для решения поставленных нами задач мы применили следующие методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Педагогический эксперимент.
4. Тестирование координационных способностей.
5. Метод математической обработки.

Анализ литературных источников: осуществлялся на протяжении всего исследования. Было проанализировано 30 литературных источников. В освещаемой научно-методической литературе мы рассмотрели причины возникновения ДЦП, его формы, двигательные нарушения. Теоретически изучили влияние средств танцевальной двигательной терапии на развитие двигательных способностей.

Педагогическое наблюдение: осуществлялось на первом этапе эксперимента за реабилитационным процессом юношей с детским церебральным параличом в ГБУ СО СОЦ "Преодоление", г. Тольятти. Наблюдение проводилось с целью определения двигательных функций юношей и их зависимости от вспомогательных средств передвижения.

Педагогический эксперимент: проводился с юношами имеющими ДЦП, при этом у всех интеллект был сохранен. Мы отобрали 14 юношей в возрасте от 18-21 года с диагнозом ДЦП. Юноши были разделены на две группы, контрольная и экспериментальная. Эксперимент включал в себя: тестирование двигательных способностей и проведение занятий с применением подобранных упражнений танцевальной двигательной терапии.

Тестирование

Тестирование двигательных способностей проходило по следующим показателям:

Тест 1. Ходьба на руках («Гачка»). И.П. - стойка на руках, ноги в руках инструктора. Ходьба на руках вперед. Результат измеряется в секундах.

Тест 2. Вис на руках. И.П.- испытуемый висит на горизонтальной лестнице, держась руками. Измеряется в секундах до полного отпускания рук.

Тест 3. Бросок мяча вперед. При проведении данного теста испытуемый бросает мяч как можно дальше от себя, измеряется в метрах.

Тест 4. Удержание мяча. И.П.- сидя, руки вытянуты вперед. Тест позволяет определить , сколько времени испытуемый может провести в положении сидя, держа мяч перед собой на вытянутых руках. Измеряется в секундах.

Тест 5. Поворот на живот. И.П.- лежа на спине. Тест позволяет определить , за какое время испытуемый может совершить поворот на живот из положения лежа на спине, измеряется в секундах.

Тест 6. Удержание ног.И.П.-Лежа на спине, поднять ноги вверх до угла 90 градусов.Стараться как можно дольше удерживать положение. Результат фиксируется в секундах.

Тестирование психоэмоционального состояния.

При применении теста Люшера используется набор цветов.

Сама процедура тестирования состоит в упорядочивания цветов испытуемым по степени их субъективной приятности. Тестирование проводится при естественном освещении, однако недопустимо воздействие на таблицу цветов прямого солнечного света. Инструкция предусматривает просьбу отвлечься от ассоциаций, связанных с модой, традициями, общепринятыми вкусами и постараться выбирать цвета только исходя из своего личного отношения.

Основное значение цветов

Все цвета делятся на 2 категории: основные цвета (№№ 1,2,3,4) и дополнительные (№№ 5,6,7,8) Каждому цвету присвоен свой номер

1. (синий) – спокойствие, удовлетворенность, нежность, привязанность
2. (зеленый) – настойчивость, самоуверенность, упрямство
3. (красный, терракотовый) – сила воли, активность, агрессивность, наступательность, властность, сексуальность
4. (желтый) – активность, стремление к общению, любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие
5. (фиолетовый, лилово-фиолетовый) – тревожность
6. (коричневый) – стресс
7. (черный) – страх
8. (серый) – огорчение

Значение позиций

Позиции цветов принято обозначать символами:

«+ +» (1 и 2 место), «х х» (3 и 4), «= =» (5 и 6), «- -» (7 и 8).

Вегетативный коэффициент

В качестве показателя эмоционального состояния был использован вегетативный коэффициент (ВК) Шипоша, как показатель нервно-психической истощенности. ВК устанавливает тенденции на расходование и приобретение энергии. ВК высчитывается по следующей формуле:

$$ВК = \frac{18 - \text{/место 3-го цвета/} - \text{/место 4-го цвета/}}{18 - \text{/место 1-го цвета/} - \text{/место 2-го цвета/}}$$

Интерпретация показателей:

- ниже 0,6 – истощенность, хроническое переутомление;
- от 0,6 до 0,8 – установка на оптимизацию расходования сил. Умеренная потребность в восстановлении и отдыхе; успешная деятельность в привычных условиях.
- От 0,9 до 1,6 – оптимум мобилизации физической и умственной активности. Установка на активное действие. В стрессе быстро ориентируется и принимает решения. Действует целесообразно и успешно.

Метод математической статистики.

1) Вначале вычислим среднюю арифметическую величину X по формуле (1):

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} \quad (1)$$

где \sum символ суммы, x - значение отдельного измерения, n - число значений.

2) Далее определили величину \hat{O} - среднее квадратичное отклонение по формуле (2):

$$\hat{O} = X_{\max} - X_{\min} \quad (2)$$

где X_{\max} - наибольшей показатель, X_{\min} - наименьшей показатель, K - табличный коэффициент.

3) Далее вычисляем стандартную ошибку среднего арифметического значения(x) по формуле (3):

$$\bar{m} = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{N}} \quad (3)$$

определить достоверное различие, находим параметрический t -критерий Стьюдента по формуле (4):

$$t = \frac{M_1 - M_2}{m_1^2 + m_2^2} \quad (4)$$

Полученное значение t оценивалось по таблице t - распределение Стьюдента для оценки статической достоверности различий в группах.

2.2 Организация исследования

Исследовательская работа проводилась на базе ГБУ СО СОЦ "Преодоление", г. Тольятти.

Исследование проводилось в три этапа:

На **первом этапе** (сентябрь-октябрь 2018 г.) в анализируемой научно-методической литературе мы рассмотрели причины возникновения ДЦП, его

формы, двигательные нарушения. Теоретически изучили влияние средств танцевальной двигательной терапии на развитие двигательных способностей.

На **втором этапе** (ноябрь 2018 г. - март 2019 г.) проводился педагогический эксперимент, в котором приняли участие 14 юношей в возрасте 18-21 год с диагнозами ДЦП. Испытуемые были разделены на две группы: контрольную (КГ) - 7 человек и экспериментальную (ЭГ) - 7 человек. На этапе педагогического эксперимента мы включили в занятия подобранные упражнения танцевальной двигательной терапии для развития двигательных способностей. После педагогического эксперимента проводилось контрольное тестирование.

Третий этап (апрель 2019 г) включал в себя статистическую обработку полученных данных педагогического эксперимента, формирование выводов, оформление работы.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждения

3.1. Внедрение танцевальной двигательной терапии в занятия юношей с ДЦП

Танцевальная двигательная терапия благоприятно влияет на эмоциональный фон юношей с ДЦП. На занятиях танцевальной терапией у юношей с ДЦП увеличивается психическая активность, улучшается память и внимание, повышается интеллектуальная активность и развиваются физические качества.

Занятие танцевальной двигательной терапией начинается с ритмической разминки. Для начала необходимо поприветствовать друг друга взаимным поклоном. После приветствия выполняется прохлопывание ритмического рисунка педагогом и повторение движениями ног на месте.

В основе наших занятий лежат танцевальные игры.

1. Веселый поход.

Занимающиеся стоят в колонне друг за другом, инструктор включает веселую танцевальную музыку. Юноши начинают передвигаться по залу в колонне друг за другом, а впереди стоящий задает танцевальные движения. Дети выполняют танцевальное движение в течение 15 секунд, затем тот, кто был впереди уходит в конец колонны. Затем новый водящий задает движение, игра длится до тех пор, пока не пройдут все .

2. Лебединое озеро.

Юноши встают в круг и начинают танцевать под легкую и веселую музыку в одном танцевальном стиле. Затем к ним подключается инструктор, у которого в руках палочка, встает в круг и танцует сольный танец. После танца инструктор передает палочку другому участнику, и он выходит танцевать сольный танец.

3. Отражение.

Перед игрой необходимо разделить на пары по два человека. Все участники терапии делятся на пары, встают в два круга: внутренний и

внешний. При включении музыкальных композиций разных стилей участники внутреннего круга задают движение каждый для своей пары, а участники внешнего круга стараются повторить его в зеркальном отображении.

4. Зеркальный танец.

Перед началом игры юноши садятся на пол полукругом лицом к инструктору. Инструктор садится в центр лицом к занимающимся. Инструктор задает движение, а участники должны его повторить, при этом танцует лишь определенная часть тела. к примеру инструктор может сказать, что сейчас танцует только правая стопа или левая рука, танцуют плечи и т.д. периодически инструктор может сказать, что танцует все тело.

5. Цепочка.

Для начала занимающиеся встают в колонну, при этом руки должны всегда лежать на впереди стоящем игроке. Под веселую музыку занимающиеся передвигаются по залу, а инструктор задает разные задания, куда необходимо перенести руки, при этом инструктор усложняет обстоятельства передвижения, к примеру, движемся по узкой тропинке или по кувшинкам на болоте.

6. Мы не скажем, а покажем.

Занимающиеся строятся в две шеренги друг напротив друга. По команде инструктора «Моряк» начинают выполнять разные движения, связанные с морем. К примеру, маршировать, тянуть канат, залазить по веревочной лестнице (подскоки на месте, руки вверх). По выбору инструктора кто-то из занимающихся задает тему следующего задания.

7. Танец аборигенов.

Занимающиеся танцуют под зажигательную африканскую музыку Афро-джаз. Для начала инструктор дает базовые движения с названиями, а затем все начинают танцевать, делая движения под команду инструктора, в разных направлениях и темпе.

8. Паруса.

Занимающиеся встают в круг, инструктор включает спокойную морскую музыку. Для начала инструктор говорит поднять паруса, и все поднимают руки вверх, слегка наклоняя назад. затем инструктор говорит спустить паруса и занимающиеся опускают руки и приседают. По команде попутный ветер занимающиеся начинают двигаться, изображая корабль.

9. Переправа.

Занимающиеся располагаются на одном конце зала и им необходимо перебраться на другую часть зала при помощи танцевальных движений. Музыка каждый раз меняется, и юноши должны подстраиваться под определенную музыку.

10. Невесомость.

Юноши хаотично располагаются по залу и медленно перемещаются, изображая состояние невесомости. Все располагаются по кругу и изображают игру в волейбол в невесомости, посылая друг другу импульсы взглядом и медленными жестами во время «передачи мяча». Педагог становится равноправным участником игры. И собственным примером.

Данные упражнения применялись на занятиях танцевальной двигательной терапией на протяжении пяти месяцев.

3.2. Результаты исследований и их обсуждения.

Перед началом педагогического эксперимента было проведено предварительное тестирование уровня развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП.

Таблица 1.

Тестирование двигательных способностей юношей с ДЦП до педагогического эксперимента

№ п/п	Тесты	До эксперимента		
		КГ М±m	ЭГ М±m	Р
1.	«Тачка» (сек)	10,2±1,2	7 ±0,8	>0,05
2.	Вис на перекладине (сек)	12,3±1,1	12±1,14	>0,05
3.	Бросок мяча вперед (м)	5±0,3	4,2±0,2	>0,05
4.	Удержание мяча (сек)	13,9±1,5	13,1±1,8	>0,05
5.	Поворот на живот из положения лежа на спине (сек)	7,3±0,5	7,9±0,8	>0,05
6.	Удержание ног (сек)	10,5±1,32	9,8±1,26	>0,05

Примечание: М - средняя арифметическая; m – ошибка среднего арифметического; р - Показатель достоверности.

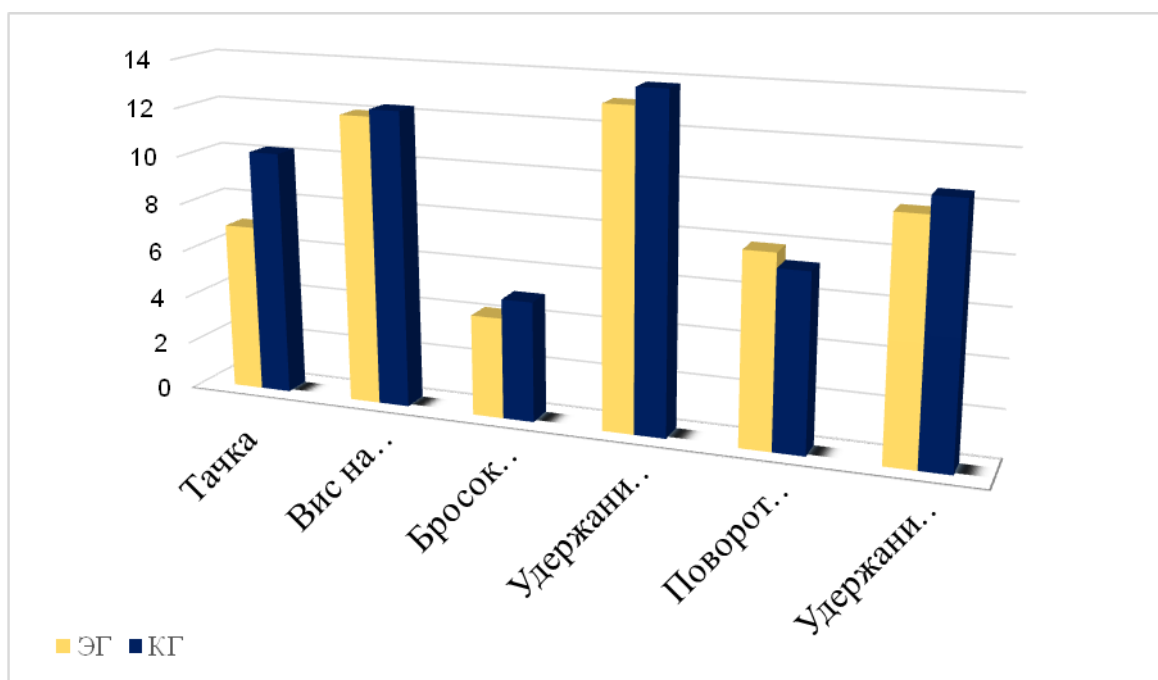


Рис. 1. Результаты двигательных способностей юношей с ДЦП до педагогического эксперимента.

После проведенного предварительного тестирования двигательных способностей юношей с ДЦП нет достоверных различий между исследуемыми в группах. Следует отметить, что показатели двигательных способностей очень низкие у обеих групп, что подтверждает необходимость включения танцевальной двигательной терапии в занятия.

Было проведено тестирование психоэмоционального состояние юношей с ДЦП, используя тест Люшера. Полученные результаты описаны в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты теста Люшера до педагогического эксперимента

ЭГ		КГ	
Леонтьев К.	0,5	Нарузов К.	0,6
Минин А.	0,1	Савчук А.	0,5
Сыровчук Е.	0,4	Пириков Ж.	0,1
Твердов Н.	0,7	Быков В.	0,4
Пинкин Д.	0,6	Манрив С.	0,4
Сухоморов К.	0,7	Курин Е.	0,2
Верстов К.	0,3	Саринов Р.	0,5
$M \pm m$	$0,5 \pm 0,1$	$M \pm m$	$0,4 \pm 0,09$

Примечание: М - средняя арифметическая; m – ошибка среднего арифметического

В результате проведенного тестирования было установлено, что у всех участников эксперимента наблюдается истощенность и хроническое переутомление, так как при расшифровке теста показатели ниже 0,6 диагностируют истощенность и хроническое переутомление.

После того, как были проведены предварительные исследования и собраны все необходимые нам данные, приступили к педагогическому эксперименту.

Контрольная и экспериментальная группа посещали занятия лечебной физической культуры, но экспериментальная группа имела дополнительные упражнения и игры по танцевальной двигательной терапии. Занятия проводились три раза в неделю под наблюдением методиста и врача.

Педагогический эксперимент начался 1 ноября 2018 года на базе ГБУ СО СОЦ "Преодоление", г. Тольятти.

Педагогический эксперимент был закончен 30 марта 2019 года, а 29 марта 2018 года было проведено повторное тестирование по описанным ранее тестам. Результаты тестирования представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Тестирование двигательных способностей юношей с ДЦП после эксперимента

№ п/п	Тесты	После эксперимента		
		КГ М±m	ЭГ М±m	Р
1.	«Тачка» (сек)	10,6±1,3	16,6 ±1	<0,05
2.	Вис на перекладине (сек)	12,8±1,13	17,6±1,2	<0,05
3.	Бросок мяча вперед (м)	5,5±0,33	7,6±0,42	<0,05
4.	Удержание мяча (сек)	14,1±1,53	17,5±1,84	<0,05
5.	Поворот на живот из положения лежа на спине (сек)	7,1±0,48	3,1±0,3	<0,05
6.	Удержание ног (сек)	10,9±1,33	15,8±1,5	<0,05

Примечание: М - средняя арифметическая; m – ошибка среднего арифметического; р - Показатель достоверности.

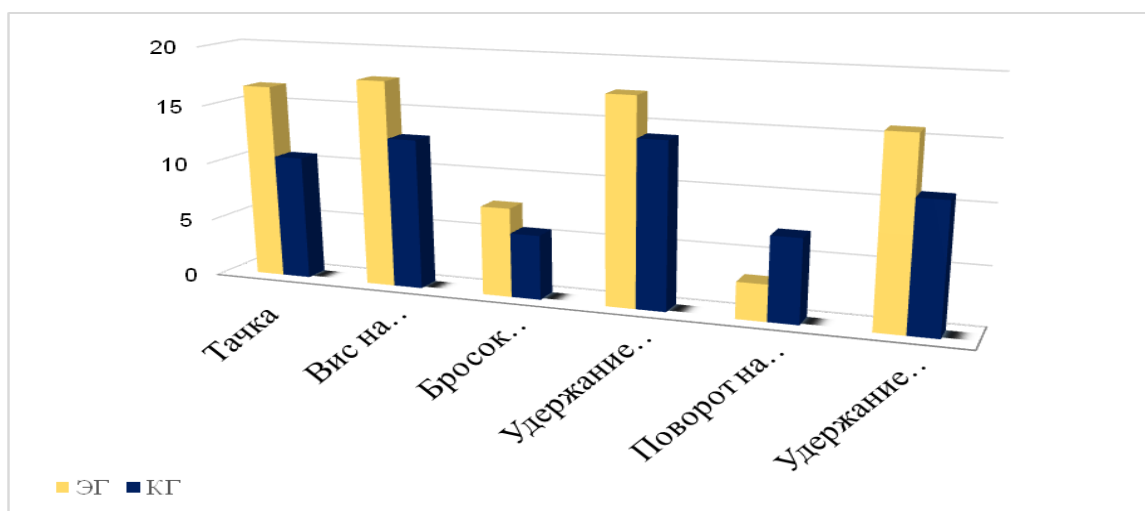


Рис. 2. Результаты двигательных способностей юношей с ДЦП после педагогического эксперимента

По результатам повторного тестирования двигательных способностей юношей с ДЦП видно, что результаты экспериментальной группы намного превосходят результаты контрольной группы. Данные результаты можно считать значительными для юношей с ДЦП.

Также было повторно протестировано психоэмоциональное состояние детей по тесту Люшера, результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Результаты теста Люшера после педагогического эксперимента

	ЭГ		КГ		
	До	После		До	После
Леонтьев К.	0,5	0,9	Нарузов К.	0,6	0,5
Минин А.	0,1	1,1	Савчук А.	0,5	0,1
Сыровчук Е.	0,4	0,9	Пириков Ж.	0,1	0,4
Твердов Н.	0,7	1,3	Быков В.	0,4	0,5
Пинкин Д.	0,6	1,6	Манрив С.	0,4	0,6
Сухоморов К.	0,7	1	Курин Е.	0,2	0,5
Верстов К.	0,3	1	Саринов Р.	0,5	0,3
М± m	0,5±0,1	1,1±1	М± m	0,4±0,8	0,4±0,8

Примечание: М - средняя арифметическая; m – ошибка среднего арифметического

После повторного тестирования наглядно видно, что у экспериментальной группы нормализовался уровень умственной и физической активности. Юноши стали более эмоционально устойчивы в стрессовых ситуациях. А юноши из контрольной группы по-прежнему испытывают хроническое переутомление и истощенность.

Анализируя полученные данные психоэмоционального состояния юношей с ДЦП, приходим к выводу, что занятия танцами благоприятно влияют на психоэмоциональное состояние людей. Сравнивая полученные данные, видно, что в контрольной группе результаты не изменились и юноши по-прежнему испытывают усталость. В то время как в экспериментальной группе психоэмоциональное состояние юношей нормализовалось.

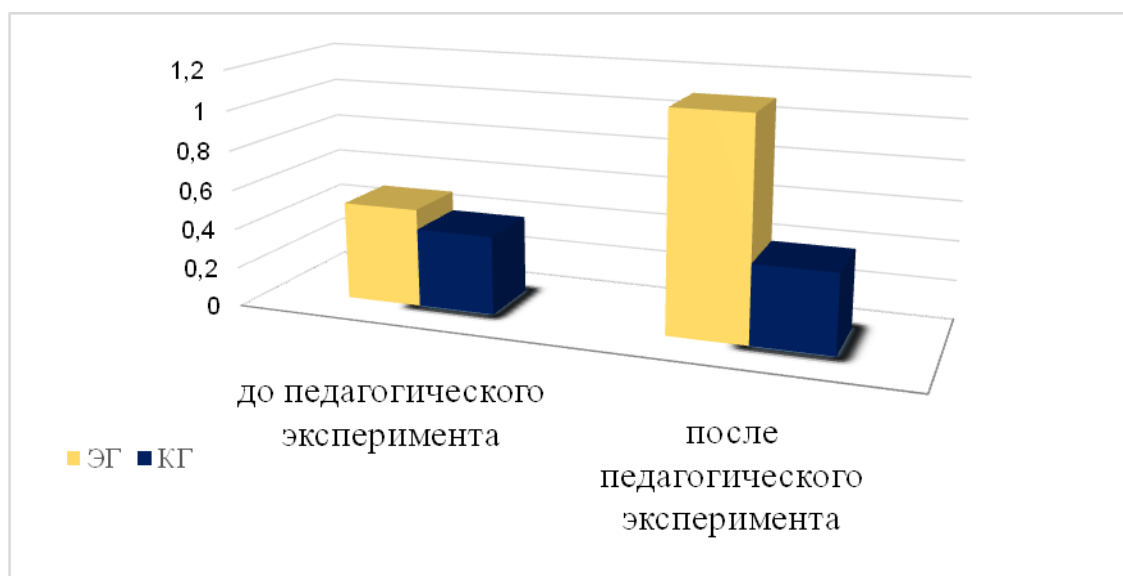


Рис. 3. Психоэмоциональное состояние в ходе экспериментальной деятельности

Для подведения итогов экспериментальной деятельности была подготовлена сводная таблица результатов, на которой наглядно видно, как изменялись результаты контрольной и экспериментальной групп. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5.

**Сравнительная таблица результатов экспериментальной
деятельности**

Тесты	Экспериментальная группа		Р	Контрольная группа		Р
«Тачка» (сек)	7 ±0,8	16,6 ±1	<0,05	10,2±1,2	10,6±1,3	>0,05
Вис на перекладине (сек)	12±1,14	17,6±1,2	<0,05	12,3±1,1	12,8±1,13	>0,05
Бросок мяча вперед (м)	4,2±0,2	7,6±0,42	<0,05	5±0,3	5,5±0,33	>0,05
Удержание мяча (сек)	13,1±1,8	17,5±1,84	<0,05	13,9±1,5	14,1±1,53	>0,05
Поворот на живот из положения лежа на спине (сек)	7,9±0,8	3,1±0,3	<0,05	7,3±0,5	7,1±0,48	>0,05
Удержание ног (сек)	9,8±1,26	15,8±1,5	<0,05	10,5±1,32	10,9±1,33	>0,05

Так, средний результат теста «Тачка (сек)» в КГ изменился с 10,2 раз до 12,6 сек, а в ЭГ с 7 до 16,6 сек. При сравнении полученных данных в ходе экспериментальной деятельности мы увидели, что достоверный прирост показателей произошел только в экспериментальной группе.

В тесте «Вис на перекладине (сек)» анализ данных позволил выявить достоверный прирост $p < 0,05$ в экспериментальной группе. У экспериментальной группы юношей результат улучшился с 12 сек до 17,6 сек, а у контрольной группы детей с 12,3 сек до 12,8 сек. Результаты юношей экспериментальной группы, которые регулярно занимались танцевальной двигательной терапией были лучше на 4,8 секунд по отношению к результатам юношей контрольной группы.

При анализе теста «Бросок мяча вперед (м)» удалось выявить достоверный прирост показателей при $p < 0,05$ в экспериментальной группе. Однако у контрольной группы юношей результат улучшился на 0,5 м, а у

экспериментальной группы юношей на 3,4 м. Разница в приросте результатов контрольной и экспериментальной состоит 2,9 метра, что говорит о эффективности выбранной нами методики ТДТ.

Сравнивая полученные данные между экспериментальной и контрольной группами по тесту «Удержание мяча (сек)», после проведения педагогического эксперимента, то видно достоверная разница между ними. У юношей экспериментальной группы средний показатель увеличился с 13,1 сек до 17,5 сек, а результат контрольной группы с 13,9 сек до 14,1 сек. При анализе результатов экспериментальной деятельности наблюдается достоверный прирост показателей, при $p < 0,05$, только у экспериментальной группы.

По данным таблицы № 5 в тесте «Поворот на живот из положения лежа на спине (сек)» в экспериментальной группе произошел значительный прирост показателей на 4,8 секунды, в то время как в контрольной группе результат увеличился всего на 0,2 секунды.

Как видно из сводной таблицы в тесте «Удержание ног (сек)» наиболее большой прирост показателей был в экспериментальной группе, он составил 15,8 сек, а в контрольной группе прирост составил 10,9 сек. Разница между группами 4,9 секунд, что подтверждает эффективность применения танцевальной двигательной терапии. Стоит отметить, что достоверный прирост показателей при $p < 0,05$ был отмечен лишь в экспериментальной группе.

Таким образом, после проведения педагогического эксперимента можно с уверенностью сказать, что при регулярном применении танцевальной двигательной терапии на занятиях уровень развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП увеличивается.

Заключение

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения и т.д. Тяжесть инвалидизации от двадцати до тридцати пяти процентов больных оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются не обучаемыми. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию.

Результаты, полученные в ходе практических исследований и анализа теоретического материала, дали возможность сделать следующие выводы:

1. Перед включением танцевальной двигательной терапии в занятия юношей с ДЦП было проведено предварительное тестирование, с целью определения исходного уровня развития двигательных способностей, также мы определили психоэмоциональное состояние юношей с ДЦП. Полученные результаты показали, что у юношей относительно низкий уровень развития двигательных способностей. Результаты изучения психоэмоционального состояния свидетельствуют о пониженном психоэмоциональном уровне.

2. После анализа научно-методической литературы подобрали упражнения танцевальной двигательной терапии, направленные на развитие двигательных способностей и оптимизации психоэмоционального состояния. В основу методики вошли танцевальные упражнения и танцевальные игры.

3. Исследования уровня развития двигательных способностей юношей с ДЦП до и после эксперимента показало достоверное улучшение результатов в экспериментальной группе, тогда как в контрольной группе прирост показателей оказался не значительным. Психоэмоциональное состояние юношей экспериментальной группы улучшилось, они стали более стрессоустойчивы. Разница в приросте показателей связана с примененной

нами танцевальной двигательной терапией. Таким образом, все вышесказанное, еще раз подтверждает гипотезу о том, что при регулярном применении танцевальной двигательной терапии на занятиях, уровень развития двигательных способностей и психоэмоционального состояния у юношей с ДЦП будет расти.

Список используемой литературы

1. Астахов, В.А. Детский церебральный паралич: понятия, этиология, симптомы // Здоровье – 2010. - №3 – С. 14-15.
2. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. — Киев, Здоровье, 2008. – С. 327.
3. Бровицкий, А. С. Виды, симптомы, лечение ДЦП// Здоровье - 2003. - №2-С.15.
4. Брызгунов, И.В. Детский церебральный паралич / Брызгунов, И.В. Здоровье детей. – 2007. - № 1. – С. 8-9.
5. Верхлин, В. Н. Комплекс упражнений для детей с ДЦП / Верхлин, В. Н. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. - № 4. – С. 68
6. Веселов, А.В. Лечение ДЦП// Здоровье, 2012. - № 12-С 21.
7. Гросс, Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / под общей ред. – М.: Советский спорт, 2005. – С. 235.
8. Грец, Г.Н. Педагогические основы применения нетрадиционных технологий в системе физической реабилитации // Вестник спортивной науки. – 2007. – № 3. – С. 33–34.
9. Головачева Е.А. К вопросу организации процесса физического воспитания дошкольников с задержкой психического развития /Е.А. Головачева, И.А. Ильченко / материалы Всероссийской научно-практической конференции (Волгоград, 18-20 октября 2012). - Волгоград: ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2012. - 116с.
10. Детская неврология. Клинические рекомендации / Под. ред. В.И. Гузевой - М.: Спец. Издательство медицинских книг, 2014. - 37с.
11. Дубровский В.Г. Лечебная физическая культура. (кинезотерапия) Учебник. / В. Г. Дубровский. Мед. информ. Агенство, 2001г. - 608с.

12. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник, том 2 / С.П. Евсеев. - М.: Советский спорт, 2007. - 448с.
13. Железняк Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте: Учебное пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений / Ю.Д. Железняк, П.К. Петров - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 272с.
14. Левченко Е.В. Материалы научно - практической конференции, посвященной 150 - летию со дня рождения З. Фрейда - Пермь, 2008. - 182с.
15. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно - двигательного аппарата: Учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 192с.
16. Лечение заболеваний нервной системы у детей / Под. ред. В.П. Зыкова, М., 2009. - 416с
17. Мартынюк В.Ю. Бобат-терапия - это образ жизни / В.Ю. Мартынюк, Л.П. Яковлева - Жизнь с ДП. Проблемы и решения, 2012, №13. - 336с.
18. Науменко Л.Л. Причины и структура инвалидности детей / Л.Л. Науменко, Н.Е. Малова - Материалы обще-рос. науч.-практ. конф. «Современные проблемы медико-социальной экспертизы». - М., 2006. - 102с.
19. Немова С.А. Практика педиатора / С.А. Немова - М.: Спец. издательство, 2014. - 76с.
20. Осокин В.В. ДЦП: Медицинская коррекция и психолого - педагогическое сопровождение / В.В. Осокин, Д.Х. Астрахан, Ж.Н. Головина - М.: Спец. издательство, 2010. - 288с.
21. Перхурова, И.С., Лузинович, В.М., Сологубов, Е.Г. и др. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции – М.: Кн. палата, 2007. – С. 242.

22. Пономаренко Г.Н. Детский церебральный паралич. / Г.Н. Пономаренко. - М.: Мед. информ. Агенство, 2005г. - 346с.
23. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и ДЦП / К.А. Семенова - М.: Закон и порядок, 2007. - 612с.
24. Стельмашонок В.А. Основы реабилитации, физиотерапии, массажа и лечебной физкультуры: учебное пособие / В.А. Стельмашонок. - Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2015. - 328 с.
25. Тищенко Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие для студентов факультета медицинских сестер с высшим образованием / Е.М. Тищенко, Г.И. Заборовский. - Гродно, 2004. - 156с.
26. Ульенкова У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии / У.В. Ульенкова, О.В. Лебедева. - М., 2005. - 245
27. Шанин Ю.И. Основы интенсивной реабилитации детского церебрального паралича / Ю.И. Шанин - СПб, 2005. - 165с.
28. Шамарин, Т.Г., Белова, Г.И. Возможности воспитательного лечения детских церебральных параличей. – Элиста: АПП «Джингар», 2009. – С. 168.
29. Шпицына Л.М. Детский церебральный паралич / М.Л. Шпицына, И.И. Мамайчук - Издательство «Дидактика плюс», 2001. - 272с.
30. Эйдинова, М. Б. и Правдина - Винарская, Е. Н., Детские церебральные параличи и пути их преодоления, М., 2013. – С. 110.