

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

Изобразительного и декоративно-прикладного искусства
(наименование института полностью)

Кафедра «Живопись и художественное образование»
(наименование)

44.04.01 Педагогическое образование
(код и наименование направления подготовки)

Художественное образование
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Изобразительная деятельность как средство эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП

Студент

Е.Д. Мартынова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.п.н., Н.В. Виноградова

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

Тольятти 2020

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы процесса развития заболевания ДЦП и механизмы, способствующие эмоционально-социальной адаптации детей с данным диагнозом.....	16
1.1 Понятие диагноз ДЦП и его медицинская характеристика в психолого-педагогическом аспекте	16
1.2 Современные методы восстановительной терапии и ее механизмы, используемые при реабилитации детей диагнозом с ДЦП	27
1.3 Модель методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП	38
1.4 Критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП	43
Глава 2 Опытно-экспериментальная работа по апробации модели методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.....	51
2.1 Констатирующий этап эксперимента (выявление уровня психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности)	51
2.2 Формирующий этап эксперимента (комплекс восстановительных мероприятий и средств в том числе АРТ методов, влияющих на процесс развития социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП	60
Заключение	76
Список используемой литературы и используемых источников.....	78
Приложение А Констатирующий эксперимент. Задание № 1 «Дом из комнат»	87
Приложение Б Формирующий эксперимент. Задание № 1 Изучение принципов расположения формы в пространстве	89

Приложение В Формирующий эксперимент. Задание № 2 Изучение чувства ритма с применением музыкальных инструментов	91
Приложение Г Формирующий эксперимент. Задание № 3 Рисование в технике граттаж	92
Приложение Д Формирующий эксперимент. Задание № 4 Лепка головы из поэмы А.С. Пушкина «Руслан и Людмила»	93
Приложение Е Формирующий эксперимент. Задание № 5 Нарисуй пейзаж (выполнение копии по картине известного художника)	95

Введение

Одной из самых актуальных проблем современности, является вопрос о лечении или восстановительной терапии детей с диагнозом «детский церебральный паралич». Детский церебральный паралич, согласно всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является одним из самых сложных вопросов, требующий своего отдельного изучения, и нуждается как в теоретическом, так и в практическом решении. В настоящее время процент детей с диагнозом ДЦП увеличивается каждый день. Для этого нужно разобраться с этиологией данного заболевания, и причин его возникновения и распространения. Кроме того, что дети с диагнозом ДЦП нуждаются в специализированной терапии, применении методов обладающие своей доказательностью и эффективностью применения.

На сегодняшний день, согласно статистическим данным в России на тысячу новорожденных, с данным диагнозом составляют около 6-8 детей, что в год примерно составляет 1,5 миллиона. При этом 71 тысяча детей с таким диагнозом, это дети с 0-14 лет, и 13 тысяч детей в возрасте от 15-17 лет. Причем численность детей с диагнозом ДЦП, в России по состоянию на 2019 год, составляет около 8 % на численность всего населения страны.

Если оценивать данные в других странах, так в США: на тысячу новорожденных с диагнозом составляют около 3-4 детей, что в год примерно составляет 55 миллионов. В Казахстане, на тысячу новорожденных с диагнозом составляют около 5-9 детей, что в год примерно составляет 14738 тысяч. В Белоруссии на тысячу новорожденных с диагнозом составляют около 5-3 ребенка, что в год примерно составляет 5000 тысяч. На Украине на тысячу новорожденных с диагнозом составляют около 2-3 ребенка, что в год примерно составляет 20000 тысяч. При чем, это дети с различными нарушениями и патологией. Из этих показателей видно, что число детей с России и США очень высокие, и с каждым годом, данный процент количество увеличивается.

При этом, в России только в 19 регионах существуют санатории и центры, оказывающие как медицинскую, так и реабилитационную помощь детям, причем 13 из них это федерального значения. В городе Тольятти в июне 2015 году открылся такой реабилитационный центр для детей с диагнозом ДЦП. Центр был создан за счет его создателей, занятия в котором специалистами проводятся бесплатно.

Как показывают различные статистические данные, кроме медицинской реабилитации, такие дети нуждаются и в социальной реабилитации. Что такие дети также нуждаются «детстве» и принятии обществом. Так, 20 % из 40 % нуждаются в социально-эмоциональной реабилитации.

Одним из важных документов является «Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», в котором регламентируется профессиональное как психологическое, физическое и социальное развитие детей с ОВЗ.

Итак, детский церебральный паралич представляет собой хроническое, не генетическое (в 14 %), не прогрессирующее заболевание, вызванное аномалией головного мозга, в различный перинатальный период эмбрионального формирования плода и приведший к ограничениям или к нарушениям и дефектам различной степени тяжести в развитии моторики, движения, опорно-двигательного аппарата.

В 1853-м году, занимаясь исследованиями и читая лекции в области родовых травм, знаменитый английский хирург Джон Литтл наблюдая за различными патологиями и нарушениями, происходящими во время родов, и прежде всего вызванные асфиксией, впервые описал и опубликовал в своем труде «О природе и лечении деформаций скелета человека» как действие, приводящее к повреждениям в нервной системе и известную в последствии как «спастическая диплегия» в ногах или болезнь Литтла.

Чуть позже, в 1889 году, также известный канадский врач Ульям Ослер, которому принадлежит множества важных открытий, впервые ввел

данное понятие «церебральный паралич», назвав причину возникновения, связанные не с нарушением спинного мозга, а с нарушениями полушарий головного мозга. Однако, с этой концепцией не согласился Зигмунд Фрейд, заявив, что эти нарушения вызваны не в патологии родов, а еще в перинатальный, внутриутробный период. Так, именно З. Фрейд в 1893 году ввел понятие «детский церебральный паралич» и высказал предположение, создав первую классификацию (1897 г) установив связь ДЦП с нарушениями в области интеллектуальной, умственной отсталости и эпилепсии.

Таким образом, изучая далее процесс возникновения данного заболевания, можно выделить, три причины классифицирующийся как: врожденные, патология родов и послеродовые инфекции.

Данные нарушения, возникшие в перинатальный период, сопровождаются различными затруднениями в развитии интеллектуальной, умственной работе мышления, когнитивных функций, связанных с ощущениями, восприятием, эмоциональностью поведения, коммуникативной деятельности в освоении родной речи, языка, построении предложении, в смысловом выражении речи. Многофакторность заболевания также влияет на психомоторное развитие ребенка, может вызывать различные проблемы во взаимодействии с социумом, что естественным образом отражается на процессе личностной самореализации в среде.

Большинство анализируемых нами исследований, среди которых работа и А.Л. Виркерман посвящены изучению реабилитирующих, физиотерапевтических, в частности нейрохирургических методов и мероприятий, связанных с проведением резонансной терапии, лечебной гимнастики и массажа, водные процедуры, влияющие на исправление нарушений в опорно-двигательном аппарате. Однако, в работе А.Л. Виркерман затрагивает вопрос, касающийся того, что данные нарушения могут привести к социальной дезадаптации.

Исследование П.С. Кривоножкиной значимость которого заключается в разработке прогностической шкалы, позволяющей определить степень риска заболевания таких детей на уровне роддома.

В работе Е.Ф. Архиповой «Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период» (1989 г.) дается уровневая характеристика развития детей с таким диагнозом, состояние их двигательного, дыхательного, голосового, артикуляционного аппарата. Автор дает различные формы общения с «такими» детьми и проблемы, с которыми они сталкиваются при пространственной ориентировке с окружающим миром. В частности, интерес данного издания заключается в том, что автор предлагает комплексную систему воспитательной, коррекционной работы опираясь на особенности и уровни физического и психического состояния детей. Особое внимание автор исследования уделяет различным приемам, дыхательным упражнениям и гимнастике направленные на развитие органов артикуляции, при этом акцентирует на необходимость стимулирования эмоционального общения со взрослыми, развития слухового и зрительного восприятия, функции рук.

Книга К.А. Семеновой, вышедшая в 2007 году «Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом», является настоящей энциклопедией восстановительной, реабилитационной терапии, основанной на тридцатилетнем исследовательском опыте работы. Интерес данной работы заключается в том, что отклонения, возникающие в результате нарушений, автор классифицирует как двигательные, сенсорные и речевые.

В исследованиях Д.М. Маллаева, как автора коррекционной педагогики и социальной адаптации особое место при решении проблем в развитии детей с диагнозом ДЦП, занимает именно игровая деятельность, сюжетно-ролевая, как спортивная, так и психотехническая, что положительно сказывается на общем психоэмоциональном состоянии ребенка, способствует социальной адаптации ребенка в окружающий мир.

Интересны исследования А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого, А.А. Иванова, Р.Н. Терлецкой, С.А. Косова в которых различные патологии и нарушения возникающие при этом заболевании обосновывается социальными аспектами и формой поведения.

Особое внимание заслуживает и кондуктивная педагогика, в основе которой педагогическое воздействие. Это специалист, обладающий знаниями в области медицины, психологии, логопедии, выступает как проводник, помогающий ребенку получить эффективные результаты в процессе восстановительной реабилитации, преодолеть, прежде всего речевые, двигательные и психические нарушения.

На сегодняшнем этапе решения проблемы развития социально-эмоциональной адаптации существуют множество разработанных и апробированных техник и приемов, систем упражнений и гимнастики. В частности, заслуживает внимание и метод рефлекторной гимнастики разработанный чехословацким врачом В. Войтом. Суть его методики заключается том, что путем немедикаментозных средств лечения, тренер-преподаватель имитирует, вернее, моделирует движения, характерные здорового человеку помогая ребенку их освоит. Выработывая привычку, двигательный навык. Данный метод получил название «рефлекторной локомоции».

Таким образом, это приводит автора исследования к мысли, что путем постоянных тренировок можно улучшить двигательные, слуховые и сенсорные нарушения. Можно ли средствами АРТ-терапии улучшить и психологическое, состояние ребенка тем самым найти способы чтобы «приспособиться» адаптироваться к социальной среде. Почему становится важна именно не биологическая, а эмоционально-социальная адаптация. Этот вопрос становится одним из важнейшим в процессе нашего исследования.

Это наводит автора исследования на мысль, что необходимо выстроить адаптивные программы для детей с ограниченными возможностями, но такие программы должны исходить из индивидуальной работы, относящиеся к

конкретной нозологии у каждого ребенка в условиях инклюзивного образовательного пространства.

Изобразительное искусство обладает своими терапевтическими функциями, благодаря которым ребенок учится не бояться выражать свои чувства и мысли, может ощутить и выразить свои эмоции, не стесняясь их. Но прежде всего изобразительное искусство и художественная деятельность давно доказано, что активизирует наглядно-образное и абстрактно-логическое мышление, формируют у ребенка навыки моторики руки, двигательную координацию и чувственно-эмоциональную сферу.

Если рассматривать изобразительное искусство как арт-терапия в развитии детей диагнозом ДЦП, то искусство расширяет представления ребенка об эмоциях, улучшает психологическое их самочувствие, гармонизирует общее состояние, корректирует негативность реакции, путем выплескивая своих внутренних проблем и блокировок.

Арт-терапия становится нередким фактором во многих исследованиях, становится эффективным средством, осуществляющим комментаторские возможности в психическом, познавательном, эмоционально-волевом развитии ребенка, в освоении социально-коммуникативной, воспитательной сферы.

Таким образом, на основании анализа различных научных работ возникает необходимость отметить ряд противоречий, связанных с:

- между объективной необходимостью помощи ребенку с диагнозом ДЦП, и недостаточным изучением этимологии данного заболевания;
- между не однозначным восприятием общества на детей, с таким диагнозом, отличающиеся по своему психомоторному и физиологическому состоянию и разработкой современных методов и средств, способствующих восстановительной терапии;
- недостаточным вниманием к данной проблеме вызванной необходимостью социальной адаптации детей с ДЦП, и малой

сферой возможностей интеграции детей с диагнозом ДЦП реализовать себя в обществе.

На основании выше сказанного вытекает актуальность данной работы, связанная с формированием темы исследования – определение различных подходов и методов, в том числе средствами АРТ-терапии участвующие в комплексной восстановительной психоэмоциональной, и социальной работе с детьми диагнозом ДЦП.

Необходимость оптимизировать учебно-воспитательный процесс, призванный улучшить социальную адаптацию ребенка с диагнозом ДЦП, обеспечить его движение, развитие и воспитание, акцентировало наше внимание на цели исследования, состоящую в разработки модели методической системы включающую различные коррекционные методики, в том числе средствами АРТ-терапии способные улучшить психоэмоциональное состояние детей.

Объект исследования – процесс эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Предмет исследования – педагогические, методические и технические средства АРТ-терапии способствующие процессу эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Гипотеза исследования переход от социальной дезадаптации в состояние (развитие) эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства будет возможен если:

- разработана модель методической системы, включающую определенную систему заданий и упражнений, методов АРТ-терапии, участвующие в восстановительной психоэмоциональной реабилитации детей с ДЦП и способствующие эмоционально-социальной адаптации.
- разработаны критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка, при которых процесс восстановительной АРТ-терапии будет эффективен.

Задачи исследования:

- изучить понятие диагноз ДЦП, этимологию данного процесса;
- определить ключевые психолого-педагогические аспекты, методы и средства современной восстановительной реабилитации, способствующие эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства;
- разработать модель методической системы, включающую определенную систему заданий и упражнений, методов и технологий, способствующие эмоционально-социальной адаптации;
- определить средства и методы АРТ-терапии участвующие в восстановительной психоэмоциональной реабилитации детей с ДЦП;
- разработать критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка, при которых процесс восстановительной АРТ-терапии будет эффективен;
- провести педагогический эксперимент, апробировать эффективность предлагаемой модели методической системы.

Методологическая база исследования составили исследования многих известных ученых, врачей, педагогов и психологов внёсшие большой вклад в теорию и практику решения коррекционной, реабилитационной работы с детьми диагнозом ДЦП уделявшие большое внимание именно методической работе с детьми А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого, А.Л. Виркерман, Е.Ф. Архиповой, К.А. Семеновой, С.Д. Полетавкиной, Е.С. Ткаченко, Н.В. Тохтиевой, В.И. Козьявкина, И.Ю. Левченко, Н.А. Ласковой, Л.М. Шипицыной, А.А. Иванова, Р.Н. Терлецкой, С.А. Косова, Е.Т. Лильина, Г.В. Яцык. Стоит отметить о интеграции когнитивных и эмоциональных реакций, о системном строении психики в трудах А.В. Запорожца, Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна. В работах Т.А. Власовой,

М.С. Певзнера, К.С. Лебединской, В.И. Лубовского, В.П. Кащенко раскрываются законы и нормы как нормального, так и аномального развития.

Существенное значение для нашего исследования представляют труды Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.А. Добровольской, Н.Ф. Бережной, Т.М. Грабенко, М.В. Киселевой, Л.Н. Комиссаровой, И.Ю. Левченко, А.И. Копытиной, Е.Н. Башкировой, Э.Э. Большебратской, Л.Д. Лебедевой, Т.М. Грабенко посвящены влиянию арт-терапии на процесс обучения и воспитания детей с различной нормой или нарушениями в развитии, как эффективный метод в восстановительной реабилитационной работе.

Методы исследования:

- представляющие собой теоретико-методологический анализ различных диссертационных исследований, авторефератов, монографий, научных публикаций и статей по изучаемой теме исследования;
- эмпирические исследования, представляющие собой педагогический эксперимент, наблюдение, беседы, сравнительный анализ аудиторных и самостоятельных работ испытуемых, выполненных на констатирующем и формирующих этапах эксперимента;
- статистические методы, представляющие собой анализ полученных результатов и продуктов деятельности испытуемых, до начала и после эксперимента.

Научная новизна исследования состоит в разработке обоснованной, экспериментально апробированной модели методической системы социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП, представляющей собой комплекс мероприятий, условий и педагогических методов, направленные на улучшение общего психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности; выявление наиболее эффективных приемов в том числе АРТ

методов, влияющих на процесс развития социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретически обоснована проблема развития эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП в городе Тольятти; осуществлен анализ, собраны статистические данные по проблеме развития детей с различными нарушениями ДЦП и демонстрирующие эту ситуацию в городе Тольятти на примере центра «Вера Надежда Любовь»; проведена статистика детей, частота нарушений у детей с диагнозом «детский церебральный паралич»; описаны факторы и риски, с которыми сталкиваются дети с данным диагнозом; разработана, научно обоснована модель методической системы как реабилитационная (восстановительная), корректирующая, познавательная, кондуктивная, социальная, адаптивная модель эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП; определены эффективные методы средства и технологии, система упражнений, активизирующие процесс эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП средствами изобразительной деятельности.

Практическая значимость исследования состоит в разработанной модели, критерии оценки, система заданий и упражнений могут быть использованы в создании авторских программ, в построении восстановительной терапии и реабилитации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности; предложенная модель методической системы и полученные данные в ходе педагогического исследования позволяют совершенствовать процесс восстановительной реабилитации, подготовить к эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности.

На защиту выносятся следующие положения:

- модель методической системы развития социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности;

- критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП.

Этапы исследования.

На первом этапе (2018 г.) – проводилось теоретическое исследование современного состояния проблемы возникновения и развития заболевания как «детский церебральный паралич», история вопроса, анализ медицинской и психолого-педагогической литературы, диссертационных исследований, с целью понимания данного диагноза, его этимологии и характеристики протекания у детей как необходимого материала способствующего постановки цели, объекта и предмета исследования, научного аппарата, формулирования рабочей гипотезы.

Второй этап (2018-2019 гг.) – опытно-экспериментальный – заключается в разработке модели методической системы развития эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Третий этап (2019-2020 гг.) – на данном этапе апробировалась эффективность предложенной модели, обрабатывались полученные статистические данные, их качественный и количественный анализ, уточнялись и корректировались гипотеза, выдвигаемые положения на защиту. На этом этапе осуществлялось оформление диссертации, определялись перспективы развития темы исследования.

Личный вклад автора состоит:

- в проведении анализа состояния исследуемой проблемы;
- методической системы развития эмоционально-социальной адаптации детей диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности;
- во внедрении результатов исследования в практику занятий, с детьми с диагнозом ДЦП, разработке программ с направленностью на восстановительную АРТ-терапию.

Достоверность и обоснованность результатов отражены участием автора научных конференциях, а также внедрением результатов

исследования в практику педагогической деятельности. Апробация и внедрение результатов: реабилитационный центр «Вера Надежда Любовь» г. Тольятти, с. Подстепки.

Структура диссертации.

Магистерская диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы и используемых источников и приложения. Общий объем магистерской диссертации 90 страниц, из которых 70 страниц текста, и приложения, в котором отражены результаты проводимого исследования. Список используемой литературы и используемых источников включает более 50 источников из них 10 иностранных авторов.

Глава 1 Теоретические основы процесса развития заболевания ДЦП и механизмы, способствующие эмоционально-социальной адаптации детей с данным диагнозом

1.1 Понятие диагноз ДЦП и его медицинская характеристика в психолого-педагогическом аспекте

Термин «детский церебральный паралич» относится не к конкретному заболеванию, а скорее к группе состояний с различной степенью тяжести, которые имеют определенные общие черты развития. Формальное определение, сформулированное международной группой экспертов в середине 2000-х годов, выглядит следующим образом: «Детский церебральный паралич описывает группу постоянных нарушений развития движений и осанки, вызывающих ограничение активности, которые приписываются непрогрессирующим нарушениям, возникшим в развивающемся эмбриональном или физиологическом состоянии. Младенческий мозг. Двигательные нарушения при детском церебральном параличе часто сопровождаются нарушениями ощущений, восприятия, когнитивных функций, общения и поведения, эпилепсией и вторичными нарушениями опорно-двигательного аппарата» [31].

То, что связывает всех людей с детским церебральным параличом, – это клиническое и функциональное начало симптомов в раннем развитии, высокая вероятность того, что симптомы могут сказаться на всем течении жизни ребенка и отсутствие окончательного излечения. Почти все дети с церебральным параличом доживают до зрелого возраста. На самом деле, показатели выживаемости даже среди наиболее функционально адаптивных молодых людей с церебральным параличом заметно улучшились за последние несколько десятилетий, как показывают популяционные данные Калифорнийского департамента служб развития (California Department of

Developmental Services), но остается ниже, чем обычно развивающийся контроль.

Церебральный паралич традиционно идентифицировался как часть спектра нейродизуализации с императивным пониманием этиологических сил, потенциальной первичной профилактики и ранней терапии, которые могут смягчить последствия нарушения функций головного мозга. Однако, учитывая, что детский церебральный паралич возникает в раннем младенчестве и сохраняется на протяжении всей жизни человека, это расстройство необходимо рассматривать и контролировать в виде формирования физического развития и личности.

Необходимо принимать меры для поощрения и улучшения функционирования и благополучия детей и семьи, предотвращения вторичных нарушений опорно-двигательного аппарата и оказания помощи семьям в построении успешного плана жизненного пути для своих детей (и самих себя) в соответствии с различиями в развитии.

Последние 25 лет были самым захватывающим и продуктивным временем в этой области с тех пор, как Уильям Дж. Литтл впервые описал то, что мы сейчас называем детским церебральным параличом. Однако, несмотря на нейробиологические прорывы, описанные в этом учебнике и подробно обсужденные в других местах, например, в исследованиях Л.О. Бадалян и доктор медицинских наук, профессор К.А. Семеновой, которые сформулировали наиболее совершенную классификацию форм ДЦП с учетом развития интеллектуальной, двигательной, эмоциональной и психоречевой сферы, многие вопросы остаются без ответа. Одной из наиболее острых проблем XXI века является необходимость наметить и понять жизненный путь взрослых, выросших с «детским состоянием» и чья взрослая жизнь по-прежнему зависит от этого состояния.

Детский церебральный паралич - самая распространенная двигательная инвалидность в детском возрасте. Популяционные регистры церебрального

паралича, в основном в Австралии и Европе, исторически обнаружили, что распространенность церебрального паралича колеблется от 1,5 до 2,5 %.

Однако недавние исследования, проведенные в Соединенных Штатах, Тайване и Египте, показали, что уровень заболеваемости превышает 3 на 1000 новорожденных у людей в возрасте 4-48 лет. Повышенная выживаемость сильно недоношенных детей способствовала незначительному увеличению распространенности детского церебрального паралича в развитых странах в течение последней четверти двадцатого века, которая в настоящее время, как показывает статистика, выравнивается.

Детский церебральный паралич является наиболее распространенной причиной детской физической инвалидности во многих странах, поражая примерно 1 из 500 новорожденных с предполагаемой распространенностью 17 миллионов человек во всем мире. Детский церебральный паралич - это не только заболевание в традиционном понимании, но и клиническое описание детей, имеющих общие черты не прогрессирующей черепно-мозговой травмы или поражения, приобретенные в антенатальном, перинатальном или раннем постнатальном периоде. Из семи популяционных исследований эпидемиологии детского церебрального паралича в странах с низким и средним уровнем дохода, только одно исследование показало гораздо более низкую распространенность, чем в развивающихся странах, два-в том же диапазоне, а четыре-более высокую распространенность, колеблющуюся от 4,4 до 10 на 1000 новорожденных или детей. Это наблюдение указывает на повышенный риск развития церебрального паралича в странах с низким и средним уровнем дохода в отличие от стран с высоким уровнем дохода, несмотря на то, что многие из тех, кто переживает перинатальные повреждения головного мозга, которые могут привести к церебральному параличу в развивающихся странах, не выживают в младенчестве. В некоторых регионах мира дети могут родиться с неврологическим синдромом, который сильно напоминает спастическую диплегию –

разновидность церебрального паралича - из-за тяжелой недостаточности йода.

Мало что известно о четкой эпидемиологии различных подтипов детского церебрального паралича. Гемиплегический церебральный паралич, иногда представляет собой последствия перинатального ишемического инсульта, но может возникать у недоношенных детей, имеющих односторонние порэнцефальные полости (или кисты в головном мозге, заполненные спинномозговой жидкостью) после повреждения белого вещества. Спастическая диплегия, которая обычно сопровождается перивентрикулярной потерей белого вещества, связана как с преждевременными родами, так и с задержкой роста плода в сроке. Сочетание спастической квадриплегии с дискинезией у доношенных детей ассоциировалось с тяжелой родовой асфиксией.

В настоящее время нет никакого лечения, но прогресс достигнут как в профилактике, так и в улучшении состояния черепно-мозговой травмы. Например, введение сульфата магния во время преждевременных родов и охлаждение младенцев может снизить частоту и тяжесть церебрального паралича. Несмотря на то, что это расстройство затрагивает людей на протяжении всей их жизни, усилия исследователей по изучению церебрального паралича и возможностью управления им в настоящее время ищут способы и разрабатывают методики для удовлетворения потребностей детей.

Примерно в 90 % случаев детский церебральный паралич возникает в результате деструктивных процессов, которые повреждают здоровую мозговую ткань, а не в результате аномалий развития головного мозга. Гипоксия и ишемия традиционно считались причинами черепно-мозговой травмы. Патологические и визуализирующие исследования церебрального паралича показали различные комбинации поражений в коре головного мозга, белом веществе полушарий, базальных ганглиях и мозжечке. Стадия созревания мозга, во время которой происходят патогенетические события,

определяет тип и место поражения, а также специфическую реакцию на травму.

На ранних стадиях созревания (то есть у плода и недоношенного младенца) кровеносные сосуды головного мозга имеют ограниченную способность к дилатации, что усиливает ишемию и приводит к диффузному повреждению. Диффузное повреждение во втором триместре беременности приводит к разжижению некроза (тип некроза, который превращает ткань в вязкую жидкую массу), в результате чего образуются порэнцефалические кисты. Астроцитарная реакция на повреждение (включая биохимическую активность и морфологические изменения), которая может привести к Глиозу, ограничена во втором триместре беременности (<15 % от уровня, наблюдаемого в зрелом мозге) и постепенно увеличивается в процессе развития. Астроцитарный ответ приводит к появлению кист с возрастающими компонентами астроглиальной пролиферации и септации наблюдаемыми при инсультах вплоть до неонатального периода и астроглиозом без кист при поражениях, перенесенных позже.

Фенотипическая изменчивость. Детский церебральный паралич связан с различными двигательными дефектами, которые во многом зависят от локализации поражения головного мозга. Нарушение работы кортико-стриатально-таламокортикальных и кортико-мозжечково-кортикальных сетей ухудшает моторное планирование, координацию, регуляцию мышечной силы, моторное обучение и мелкую моторику. Дополнительное нарушение нисходящих двигательных путей, которые проецируются на ствол мозга и спинномозговые ретрансляторы, а также сохранение контуров, которые обычно исчезают с созреванием, приводят к стойким или плохо подавленным «примитивным» рефлексам, аномальной организации движения и позы, гиперактивным рефлексам и аномальному мышечному тону, включая спастичность. Двигательные нарушения, сопровождающиеся плохим моторным репертуаром, гипертонией, прогрессирующими мышечными изменениями, связанными с

нейрональными, питательными и механическими факторами, приводят к деформациям опорно-двигательного аппарата.

Спастичность-это клиническое явление, при котором мышцы чрезмерно реагируют на быстрое растяжение. Напротив, дистония определяется как двигательное расстройство, характеризующееся длительными или прерывистыми мышечными сокращениями или ко-сокращениями (то есть одновременной активацией мышечных групп в одном или нескольких суставах), вызывающими аномальные и повторяющиеся движения и/или позы. Дистония и спастичность имеют ярко выраженные патофизиологические особенности, требующие различных стратегий ведения. Каждый компонент — то есть нарушения рефлекса движения, позы и растяжения, а также трофические изменения в мышцах - имеет четкие операционные определения, установленные в рамках электромиографической активности или бездействия, на которые влияют сон и вестибулярные входы. Были описаны многие медицинские и хирургические варианты лечения двигательных расстройств, связанных с детским церебральным параличом [5], [29], [30]. До 17 % людей с церебральным параличом имеют нормальное МРТ-сканирование головного мозга, и эта цифра возрастает до 50% для тех, кто страдает дискинетическим церебральным параличом.

Дистонические движения, как правило, являются узорчатыми или скручивающими и могут быть дрожащими, мешая произвольным движениям. Дистония часто инициируется или усугубляется добровольными действиями, намерением двигаться и неспецифическим стрессом, эмоциями или ощущениями. Дистония может быть развивающейся, зависящей от задач и патологической у маленьких детей, наличие тонических лабиринтных поз создает типичную картину ножничного движения, которое преувеличивается при лежании на спине, в вертикальном подвешивании и реверсируется при удержании вверх ногами, но всегда отменяется сном. Во всех проявлениях

детского церебрального паралича следует учитывать влияние и качество сна, который временно отключает дистонию и тонические лабиринтные позы.

Характерные признаки дистонии включают в себя: совместное сокращение и избыточную активацию мышц (чрезмерное рекрутирование мышечных групп, которые непосредственно не требуются для выполнения задачи); трудность переключения между компонентами движений сложных задач; снижение торможения спинного мозга и ствола головного мозга. Однако вычитание кокоса может быть нормальным физиологическим процессом. Например, в процессе развития плод принимает противоположные сгибательные и разгибательные постуральные стадии, характеризующиеся совместным сокращением; эти сокращения предшествуют и сопровождают развитие произвольных движений. Этот процесс может быть остановлен или продлен при детском церебральном параличе, в зависимости от места, сроков и тяжести черепно-мозговой травмы или реорганизации.

Общепринятое в настоящее время физиологическое определение спастичности было сформулировано Джеймсом Лансом и подчеркивает важность рефлекса растяжения, зависящего от скорости. Действительно, рефлекторная реакция растяжения увеличивается приблизительно линейно с увеличением скорости растяжения. Таким образом, по высказыванию Джеймса Лансома «рефлекторный компонент повышенного тонуса может быть измерен в коэффициенте пороговой скорости, необходимой для пробуждения рефлекторной активности, и наклона соотношения электромиография – скорость» [45].

Спастичность лишь частично объясняет плохую общую двигательную функцию (навыки стояния и ходьбы) у людей с церебральным параличом. Были обнаружены важные положительные взаимосвязи между силой, общей двигательной функцией и функциональными исходами, указывающие на то, что слабость является причиной большей инвалидности, чем спастичность. Эти взаимосвязи побудили к переходу от пассивного к активному

использования подхода. Совместное сокращение при дистонии четырехглавой мышцы и мышц подколенного сухожилия не может быть подавлено малыми дозами перорального баклофена, несмотря на снижение скоростно-зависимых рефлексов растяжения. Спастичность не является причиной типичной осанки равноденствия (ходьба на носках), обычно наблюдаемой у детей с церебральным параличом. Научные фармакологические исследования распределения рецепторов баклофена в Рексированных слоях спинного мозга объясняют, почему дорсальная ризотомия не может изменить позы, но баклофен может, указывая, что дорсальная ризотомия не должна рассматриваться как бюджетная альтернатива интратекальному баклофену. Однако баклофен может также вызывать вялость, постуральное расслабление, слюнотечение, сонливость и в высоких дозах может провоцировать кому и угнетение дыхания, что может быть опасно для жизни.

Двигательная дисфункция и поражения головного мозга. Детский церебральный паралич является результатом непрогрессирующего поражения или повреждения развивающегося мозга и имеет множество причин и клинических проявлений, которые затрудняют обсуждение вопросов диагностики и скрининга. В прошлом диагноз церебрального паралича был в значительной степени клиническим диагнозом, главным образом, основанным на распознавании таких особенностей, как задержка достижения двигательных вех и изменения мышечного тонуса или рефлексов. С развитием визуализации, включающей как УЗИ черепа, так и МРТ головного мозга, комитет по стандартам качества Американской академии неврологии и практический комитет общества детской неврологии рекомендовали, чтобы, где это возможно, клинический диагноз церебрального паралича подтверждался с помощью скрининга. Дальнейшим развитием клинической оценки является возобновление интереса к качественной оценке общих движений. Этот диагностический инструмент состоит из наблюдения за младенцем в течение периода от 5 минут до 20

минут и присвоения квалификационной оценки качества спонтанных движений младенцев.

Анализ походки. С 1970-х годов клинический анализ походки используется при оценке состояния детей с церебральным параличом. Анализ походки в основном использовался для исследовательских целей, но постепенно он стал более широко использоваться для поддержки принятия клинических решений и в исследованиях результатов. Развитие камерной и компьютерной техники способствовало более широкому доступу систем анализа походки.

Существует несколько технических систем для клинического анализа походки, доступных для измерения кинематики суставов: двухпланарное видеонаблюдение, 3D-пассивные маркерные системы с инфракрасными камерами, 3D-активные маркерные системы со светоизлучающими диодами и, в последнее время, с инерционными датчиками. Силы реакции грунта также могут быть измерены и вычислены совместные кинетические данные. Полученные системой данные импортируются в биомеханические модели с выводом в графическом формате в сагиттальной, корональной и поперечной плоскостях. Существуют свободные дорожные системы и системы, интегрированные в беговые дорожки, как с виртуальной реальностью, так и без нее. Поверхностная и тонкопроволочная электромиография также может быть захвачена, предоставляя важную информацию об активации мышечных групп во время ходьбы.

В жизни ребенка с диагнозом ДЦП важную роль играет психическое развитие, так как является одной из составляющих его полноценной жизни. Для процесса рационального познания мира, мозг задействует когнитивные функции – высшие психические функции головного мозга, так же к ним относятся: память, внимание, аналитико-синтетические процессы, зрительно-моторная координация и интеллектуальное развитие.

Детский церебральный паралич часто сопровождается когнитивными нарушениями, то есть идет процесс нарушения получения и переработки

информации, а также и другими нарушениями как: речевое расстройство, умственная отсталость и другие психологические расстройства.

Согласно источникам О.И. Маслова «Динамика клинических синдромов органических поражений нервной системы у детей при длительной реабилитации» и «Тактика реабилитации детей с задержками нервно-психического развития», Н.Н. Заваденко и др. «Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания», где идет описание заболеваний и их психолого-социальные особенности, а также приводится статистика:

- дислексия – 6 %,
- синдром дефицита внимания и гиперактивность – 8,5 %,
- задержка психического развития – 17 %.

Данные нарушения часто сопровождаются у детей с ДЦП. В работе К.А. Семенова «Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом» приводится классификация по формам ДЦП [62]:

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

Дети с гемипаретической формой ДЦП чаще страдают от родовой травмы или асфиксии, имеют одностороннюю спастическую мышечную контрактуру, сухожилий и других патологических рефлексов. Возможны и односторонние двигательные нарушения, например, рука поражена больше чем нога, деформация стоп, укорочение и гипотрофия конечностей. Эта форма наиболее чаще встречается среди разных форм ДЦП, так как идет нарушение работы одного из полушарий мозга.

Наиболее тяжелой формой ДЦП является двойная гемиплегия, с ярко выраженными двигательными расстройствами, атрофическими изменениями и желудочковой системой мозга. Сухожильные рефлексы велики, нет защитного рефлекса, по спастическому типу тонус в ногах и руках сильно нарушен, нет фокусировки взгляда, недержание головы, практически нет речи и присутствует деформация конечностей.

Дети с гиперкинетической формой ДЦП страдают нервно-психическими нарушениями, распространен чаще всего из-за несовместимости крови матери и ребенка, болезнь крови или других заболеваний, например, желтухи. Отмечается, как и гипертонус, так и мышечная дистония.

При спастической диплегии дети страдают поражением нижних конечностей, высокие рефлексы кистевых и стопных. Чаще всего заболевание возникает из-за недоношенности и сопровождающимися факторами как кровоизлияние или асфиксия. Данная форма впервые была описана английским врачом-акушером Литтлем в 1853 г.

Атонически-астатической форма относят к тяжелым и трудно поддающимся лечению видам ДЦП, является следствием гипоксии, если кровь матери и ребенка не совместимы, перенос вирусного, инфекционного или бактериального заболевания, врожденные патологии развития лобных долей и мозжечка, прием запрещенных веществ и медикаментов. Дети с данной формой ДЦП имеют низкий тонус мышц и сбои координации, мышцы рук работают лучше, чем мышцы ног, интенсивные сухожильные рефлексы. Так же по мере роста ребенка могут появляться и осложнения, например, разная степень умственной отсталости, эпилептические припадки и судороги, задержка с физическим развитием и проблемы со зрением, ортопедические нарушения.

В учебно-методическом пособии С.А. Немковой «Детский церебральный паралич. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений»

рассмотрены основные понятия о диагнозе ДЦП его виды и классификации. Раскрыты понятия как когнитивное нарушение и его виды и диагностика.

А также описаны различные медикаментозные лечения заболеваний, сопровождающие диагноз ДЦП, например, эпилепсия, нейролептический синдром и другие.

1.2 Современные методы восстановительной терапии и ее механизмы, используемые при реабилитации детей диагнозом с ДЦП

Распространенность церебрального паралича различной степени тяжести является еще одним источником серьезных социальных проблем, которые в первую очередь можно отнести к затруднению социальной интеграции больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сопровождающимися ростом преступности среди несовершеннолетних, а также снижением качества трудовых ресурсов. Качество интеграции этих людей в общество зависит от уровня их социально-психологической адаптации, ее механизмов формирования и реализации на целостном уровне личности в процессе социализации онтогенеза.

Существует много различных способов лечения и коррекции диагноза ДЦП и его сопутствующие заболевания. Например, медикаментозно, это описано в трудах авторов: К.А. Семенова, А.Е. Штеренгерц, В.В. Польской, Г.П. Поляковой, А.П. Егоровой, а также Н.И. Поповой, где приведены многие научные исследования с химической и биологической точки зрения, как мозг плода реагирует и изменяется под воздействием вирусных инфекций. Основной задачей лечебной терапии они ставят предотвращение прогресса развития паталогических процессов, с помощью медицинских препаратов, например, маннит, изотонический раствор хлорида натрия, раствор 5 % глюкозы или глицерин.

В мире все большую популярность приобрели ноотропные препараты, это вещества метаболического действия, которые выравнивают в нервных клетках процессы тканевого метаболизма. Применяются и рекомендуются пациентам с нарушением памяти и других проблемах корковой деятельности, особое внимание уделяют в этой группе двум препаратам: пирацетам, производное гамма-аминомасляной кислоты и пантогам, синтезирован в России.

Пирацетам в основном воздействует на корковые функции, улучшая проводимость нервных импульсов в пределах одного полушария или между ними и налаживает процессы в нервных клетках, позволяя наращивать интенсивность обмена в них в коре головного мозга. Эффективность препарата доказал эксперимент, проведенный и описанный в исследовании Б.А. Полунина и В.П. Туманов (1979 г.).

Эффективность пантогама известна комплексным воздействием на разные проявления церебральной недостаточности, оказывая противосудорожные свойства. Благодаря данному препарату дети улучшают свое логическое мышление и концентрацию внимания, а также благотворно влияет на задержки речевого или двигательного развития, препарат эффективен в большей степени у детей с задержкой умственного развития.

Диагноз ДЦП не приговор и требует не только продолжительного медикаментозного лечения, но и проведения занятий со специалистами по специальным методикам восстановительной реабилитации. Для более эффективной адаптации рекомендуется начинать занятия с ранних лет, например, лечебное плавание, иппотерапия, канистерапия, лечебная гимнастика, массажи, санаторно-курортное лечения, логопеды, арт-терапия и иглорефлексотерапию.

Плавание благотворно действует не только на здоровых детей грудного возраста, с помощью чего происходит закалка организма, лучше развиваются моторные навыки, имеют хорошее пищеварение, нормализуется психика и настроение, но и на детей с диагнозом ДЦП в той же степени или даже

больше, снижается тонус двигательных мышц, тренируется дыхание, так как младенцы имеют плавательный рефлекс, который можно развивать, улучшается двигательная активность и в целом благоприятно воздействует на психо-эмоциональный фон.

Автор О.В. Жолус в 1980 г. разработал методику лечебного плавания для детей с диагнозом ДЦП с первых двух лет жизни. Детей допускают к занятиям только по показаниям врачей, если нет никаких противопоказаний. Занятия по данной методике могут проводиться в теплом и светлом помещении, в специальных бассейнах или типовых ваннах, соблюдая требования к воде.

Каждое пятое занятие первого курса меняет свою продолжительность в сторону роста, а температура наоборот понижается на градус, так показал эксперимент по закаливающему воздействию, это так же важно, потому что чем ниже температура воды, тем ребенок больше возбуждается и не дает расслабляться мышцам, это важно на данном этапе. Дальше лечение идет индивидуально для каждого ребенка, и смотрят где температуру нужно сделать максимально теплой или наоборот.

Занятия по лечебному плаванию ставят задачи не только по закаливанию и развитие подвижности, но и на подавление младенческих тонических рефлексов (лабиринтный тонический рефлекс, рефлекс с головы или с таза на туловище, хватательный рефлекс, тонический шейный симметричный или асимметричный рефлекс), установка новых установочных рефлексов на замену патологическим, уменьшение тугости и напряжения в суставах, развитие и становление опорно-двигательного и дыхательного аппарата и наращивание объема и амплитуды движений.

Также, как и плавание благотворно влияет на биомеханику и физическое развитие, иппотерапия отличается гармоничным сочетанием телесно-ориентированных и когнитивных приемов воздействия на психику ребенка. Спина лошади оказывает лечебное воздействие в виде массажа, разогрева мышц, так как температура лошади выше на 1,5 раза человеческой,

разгоняет кровь в конечностях, за счет постоянного контроля тела на спине лошади, ребенок развивает координацию, терпение и усидчивость, а также положительно оказывает на восприятие окружающего мира.

Самое первое упоминание об основах методики лечения с помощью лошадей отмечается в трудах Гиппократов, затем в середине восемнадцатого века в трактате «О верховой езде и её значении для того, чтобы сохранить здоровье и снова его обрести» писал: «Среди физических упражнений первое место принадлежит верховой езде. С её помощью можно лечить много болезней, но возможно также и их предупреждать, как только они проявляются», а целенаправленное изучение влияния занятий по верховой езде в лечебно-восстановительных целях только в конце девятнадцатого века.

Чаще всего занятия на лошади были только дополнением к основным занятиям по лечебно-восстановительной реабилитации, а самая первая специально подготовленная программа по иппотерапии была сформирована в конце 1980-х годов. В России использование иппотерапии в качестве полноценной лечебной реабилитации, когда открылся первый центр – ДЭЦ «Живая Нить» в 1991 году.

В городе Тольятти на данный момент существуют два центра, оказывающий иппотерапевтические услуги. Каждое занятие проходит с помощью инструктора и коновода. Инструктор занимается непосредственно с ребенком по индивидуальной или стандартной программе, в зависимости от степени заболевания, а коновод отвечает за контроль лошади, выполняет указания инструктора по направлению и смене темпа, а также за общей ситуацией на манеже.

Не только лошади могут принимать участие в реабилитации и лечебной терапии, привлечение собак так же эффективно при различных физико-психологических расстройствах. Метод использования в реабилитации людей специально обученных собак называется канистерапия.

Данный метод стал известным своими лечебными свойствами в Древней Греции и Египте еще со времен Гиппократов. Самые первые

сохранившиеся документы подтверждающее это были обнаружены в английском городе Йорке в 1792 году, где в больнице для людей, страдающими психическими расстройствами, использовали собак в реабилитационно-терапевтических целях.

Самая первая формулировка и конкретизации метода канистерапия или пет-терапия была разработана американцем Борисом Левинсоном, который специализировался в детской психиатрии в 1960 году. Он описывает как ведут себя пациенты на его сеансах в присутствии собаки и без нее и какие положительные эмоции и реакции она вызывает.

Канистерапия отлично подходит для лечебно-восстановительной реабилитации детей с диагнозами ДЦП или аутизма, так как идет работа над двигательной активностью и развивается социальная адаптация и личность ребенка, усиливаются эмоциональные способности, и развивается умственная деятельность.

Для физической реабилитации и нормализации функций конечностей и кровообращения используют лечебные массажи, гимнастику и иглорефлексотерапию в комплексе или по отдельности, в зависимости от назначения и показания врачей.

Так, например, существует много техник лечебных массажей и самой универсальной считается методика К.А. Семенова 1968 г., которую можно использовать для всех форм ДЦП у детей любого возраста. В методике учитываются факторы и условия развития двигательных механизмов и проблемы, препятствующие этому, а также связь этих патологий с деятельностью мозга. Методика положительно влияет на физическое развитие и имеет профилактически-восстановительную направленность.

Для нормализации психоэмоционального состояния детей с диагнозом ДЦП и удовлетворения их потребностей в саморазвитии, самовыражения и самопознания используют арт-терапию как лечебную реабилитацию, помогая детям выразить и осмыслить различные эмоции и научить выражать себя. Основной механизм использования арт-терапии – это сублимация, то есть

перенаправление энергии на достижения социально-творческих целей и снятие внутреннего напряжения.

Сам термин впервые ввел и обосновал художник Адриан Хилл в 1938 году. Его приведенные методы, которые он использовал при работе с туберкулезно больными, были использованы в США, во время Второй мировой войны, при работе с детьми, которых вывезли из нацистских лагерей. Основой развития арт-терапии стали психоаналитические мысли З. Фрейда и К.Г. Юнга, которые выражали люди, с помощью процесса художественной деятельности, свои неосознанные психические процессы и взгляды.

Использование методов арт-терапии и лечебной коррекции в России в последние годы имеет большой успех. Таким образом, на современном этапе «арт-терапия широко используется в коррекционной работе (в том числе в психотерапии) у детей с диагнозом ДЦП. Особое место в реабилитационной работе с детьми-инвалидами занимает социальная и культурная реабилитация, как искусство, связанное с развитием эстетических потребностей человека, с расширением общего и художественного горизонта, с творческими способностями ребенка», что подтверждает, что помимо терапевтического эффекта восстановительная терапия также играет социально-педагогическую роль в воспитательной работе детей-инвалидов.

Методы арт-терапии позволяют направить развитие ребенка с ДЦП на расширение собственных представлений об эмоциях, развитие спонтанности действий, самовыражения; коррекцию негативных эмоциональных состояний и способствуют гармонизации эмоциональной сферы, улучшению их психологического здоровья. Занятия по арт-терапии создают условия для приобретения ребенком положительного опыта общения со сверстниками и обогащения его эмоциональной сферы положительными эмоциями. Программа педагогической коррекции методами арт-терапии эффективна уже в любом возрасте и должна включать методики, которые будут

интересны и привлекательны для детей каждого конкретного возрастного периода.

Объединяя области искусства, психологии и терапии, арт-терапия является лечебно-восстановительной программой, которая позволяет людям обнаружить свои проблемы и потенциал с помощью невербальных средств (Olivera, Toler, & Trevithick, 2011). Американская ассоциация арт-терапии (2017) определяет арт-терапию как интегративную профессию психического здоровья и человеческих услуг, которая обогащает жизнь отдельных людей, семей и сообществ посредством активного творчества, творческого процесса, прикладной психологической теории и человеческого опыта в рамках психотерапевтических отношений. Арт-терапия использует творческий подход для решения эмоциональных, психологических и физических проблем людей. Это позволяет людям принять и установить глубокие отношения с самим собой (Уоллес, 2015 г.), предлагая при этом осязаемый объект для саморефлексии и понимания (Белл, 2011 г).

Арт-терапия предлагает преимущества в следующих процессах (Olivera, Toler, & Trevithick, 2011 г):

- предоставляет информацию во время оценки и диагностики;
- помогает при принятии решений о лечении;
- позволяет человеку получить доступ к эмоциям и становится для него безопасным выходом;
- обеспечивает прямой доступ к конфликтам, поскольку люди не имеют общепринятых защитных средств в пероральной терапии;
- делает метафорически возможным достижение внутренних переживаний;
- дает возможность для катарсиса и ориентации влечений на что-то хорошее;
- обеспечивает активную и ответственную роль человека в терапии.

Прежде всего, арт-терапия может быть применена к людям всех возрастов и состояний, а также к группам, семьям и парам. В частности, люди, испытывающие эмоциональные затруднения, склонные к тщательному анализу с излишней логикой, которым легче выразить себя с помощью визуальных образов, испытывающие глубокие эмоции после произведения искусства, имеющие предречевые травмы, имеющие нерешенные проблемы, такие как травма или потеря, или имеющие трансформационные проблемы, могут быть соответствующим образом направлены на арт-терапию (Monti et al., 2006; Olivera, Toler, & Trevithick, 2011, p. 256).

В силу особенностей контингента детей с диагнозом ДЦП возможно использование нетрадиционных техник рисования. Весьма удачными в работе с детьми с ДЦП могут быть следующие:

- монотипия,
- кляксография,
- ниткография,
- рисование ватными палочками,
- фроттаж,
- пластилинография,
- рисование мятой бумагой,
- рисование солью,
- рисование руками,
- рисование забавными отпечатками.

Правильное использование различных видов искусства (визуального и музыкального) позволяет решить сложную задачу побуждения ребенка к эстетическому пониманию и опыту музыкального содержания на основе художественного опыта. П.П. Блонский отмечал «Уроки поэзии, музыки, рисования, как изолированные эстетические занятия, владеют крайне малой педагогической ценностью. В лучшем случае, это уроки оторванного от жизни искусства» [2].

Комплексный мастер-класс дает возможность включать в себя различные мероприятия: движение к музыке, игры на детских музыкальных инструментах, рассказывание историй, сценические выступления. Музыкальный образ рождает художественный образ и воплощается в движении.

Проведение мастер-классов, которые состоят только из методов АРТ-терапии, позволило дополнить этот классический жанр и одновременно синтезировать музыку и живопись. Принимая во внимание возрастную группу и структуру дефектов учащихся, мы пришли к выводу о благоприятном влиянии средств музыкальной терапии и опираемся на деятельность детей, в том числе с использованием нескольких анализаторов: зрительного, слухового, кинестетического, тактильного.

Для того чтобы рисование под музыку было более ярким и эмоционально положительным следует выбрать мелодию с четкой ритмической структурой, с четкими и яркими акцентами (чередование сильных и слабых частей), а также интересную и запоминающуюся мелодию. Чтобы определить реакцию ребенка на музыку, желательно провести общую ритмическую подготовку к музыкальному рисунку. Выбор правильной музыки улучшит эффект.

Благодаря правильному подбору мелодии занятия могут сочетаться с такими видами деятельности, как рисование музыки (Music drawing). Музыкальная живопись-это спонтанное выражение чувств и эмоций ребенка в определенный момент. Сам по себе рисунок позволяет прикоснуться к глубоким слоям ума. «Идея объединения живописи с музыкой возникла при обучении ритмической живописи, которую преподавал в Гамбурге учитель рисования Карл Петерс» [24].

Перед ребенком всегда представлен широкий выбор материалов для творческой деятельности: от жидких красок до сухих материалов, например, мелков или маркеров. Но для достижения наивысшего уровня эмоционального отклика – это использование художественных красок

(гуашь, масло или акварель). Плавные линии и мягкость материала являются более полным эмоциональным выражением, чем использование карандаша или цветных карандашей. При рисовании музыки отправной точкой, конечно же, является музыка. Дети не получают ни одной тематической инсталляции для исполнения изображений.

Занятия по лечебной терапии с помощью песка дают возможность корректировать психоэмоциональное состояние детей с ограниченными возможностями в невербальной форме и раскрыть их творческий потенциал. «Песочная терапия – это инструмент коррекции, лечения и диагностики. Согласно словам, К.Г. Юнгу и Л. Штейнхардта, образы и композиции, созданные с помощью песка, имеют символическое значение и соответствуют разнообразию архетипического мира» [13].

Ребенок испытывает затруднения в выражении своих чувств и переживаний, в отличие от взрослого, ему сложнее сообщить о своем внутреннем беспокойстве, что способствует возникновению различных нарушений психоэмоционального и психофизического уровня. В свою очередь, песочная игра со специалистом позволяет перенести без вербального пояснения внутренние переживания ребенка на песок – из ментальной на физическую плоскость, проиграть их, посмотреть со стороны. Проецируя на героев свои качества и качества окружающих людей, ребенок создает свою субъективную картину ситуаций, он является ее создателем, где может самостоятельно принять новое решение и изменить ход событий, а также научиться успешно взаимодействовать с другими персонажами.

Таким образом, преимущество работы по лечебной терапии с помощью песка заключается в том, что дети вместе создают картину мира в трехмерном пространстве жизни. Каждый ребенок, чувствуя себя творцом, привносит свою индивидуальную модель в общую картину мира. Сперва ребенок переносит внутреннюю реальность на песок, затем проигрывая ситуации на песке, получая при этом новый опыт, переносит полученный

опыт во внутренний мир на уровень бессознательного. Затем происходит обыгрывание некоторых моделей в реальной жизни.

Различные русские психологи, например, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.М. Грабенко, Н.А. Сакович и М.В. Киселева выделяют разные виды песка, которые дают новые ощущения и возможности для более широкого самовыражения, самораскрытия и для рефлексии. При добавлении различных персонажей и животных, игрушек, растений, камней и других, а также строительство замков, холмов и туннелей оживляют пространство, позволяя ребенку создать новый мир или отразить свою реальность. «Во время работы в группах дети погружаются в творческий процесс, учатся отстаивать свои границы, уважать интересы и мнения других, адаптировать свой мир к изменениям общей ситуации в мире, что приводит их к дальнейшему успеху» [6].

Задачами песочной лечебной терапии выделяются:

- развитие коммуникативных навыков,
- эмоциональная регуляция психической деятельности,
- активизация саморегуляции и волевой активности,
- стимуляция творческих способностей и воображения,
- развитие коммуникативных навыков.

Метод арт-терапии с помощью песка сосредотачивается на том, что дети могут имитировать конфликтные, стрессовые и травмирующие ситуации на пляже. Терапевтический аспект работы возможен под руководством взрослых, когда дети трансформируют ситуацию с жизненными событиями персонажей, добавляя в нее новые функциональные элементы или создавая разные окончания.

1.3 Модель методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП

Составление и разработка модели методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП очень важна, так как раскрывает основные идеи, цели, задачи и принципы лечебно-восстановительной работы. Для разработки модели были определены основные направления, на которые следует сделать упор для достижения максимальной эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП, а именно:

- развитие биологических функций,
- социально-кондуктивное развитие,
- психологическое,
- индивидуально развитие и адаптация среды.

Основу модели методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП составляют – целевой, содержательный и диагностический компонент. Для полноценной модели лечебной реабилитации нужно включать и лечебный, коррекционный и игровой. Основными идеями модели лечебной реабилитации, направленной на развитие эмоционально-социальной адаптации являются:

- единство биологических и социальных факторов развития;
- доминирующая роль социальных аспектов психологического развития;
- роль среды как источника развития ребенка;
- раннее начало обучения детей-инвалидов;
- персонализация и; создание адаптивной среды для каждого ребенка индивидуально, исходя из рекомендаций врачей, для преодоления нарушений развития и социальной адаптации детей;

- переход от работы с взрослыми к личностной деятельности; тесные взаимоотношения специалистов и семей с детьми-инвалидами развития.

Суть идеи развития социальных и адаптационных навыков развития были представлены в теории Л.С. Выготского, где выделяется принцип по выявлению отклонений в интеллектуальном развитии детей, которое препятствует возникновению все большего числа вторичных отклонений, социальной стратификации от первичных недостатков. Также он выделял «особое значение в этой связи имеет оказание коррекционной и развивающей помощи детям с церебральным параличом, так как это тяжелое заболевание центральной нервной системы, осложненное дефектной структурой, приводит к «потере» таких детей из традиционного образовательного пространства с социально-культурными условиями, нарушению связи с культурой, являющейся источником развития высших психических функций, способностей человека и способов действий» [21].

Исходя из данной позиции оказания лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической помощи детям с ДЦП, можно сказать, что она имеет социально-культурное значение, так как является необходимым условием их воспитания и эмоционально-социальной адаптации. Комплексная дифференцированная лечебно-восстановительной коррекции и помощь развитию эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП – это специально адаптированное образовательное пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка и взрослого с точки зрения среды развития, создания благоприятных условий для компенсации эмоционально-социальных и адаптационных нарушений различных функциональных систем (двигательных, психологических, речевых), положительное влияние на психоэмоциональный фон ребенка, развитие социально-коммуникативных навыков для облегчения дальнейшего интегрирования в общество.

При разработке системы лечебно-восстановительной и эмоционально-социальной помощи детям с церебральным параличом были определены следующие принципы: необходимость проведения диагностических исследований и коррекционной образовательной помощи детям; систематическая организация коррекционно-воспитательной помощи; комплексное изучение развития и организации диагностической и медико-психолого-педагогической работы; адаптация образовательного пространства для облегчения проведения реабилитационной работы; индивидуальный и дифференцированный подход к применению эмоционально-социальной работы с детьми. Система внедрена в функциональную модель развития эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП с различными сопутствующими заболеваниями и отражает ее основные идеи, методы, формы, инструменты, технологии и технологические решения. Данная модель экспериментально исследована в условиях реального педагогического процесса. Комплексная система помощи в воспитании и развитии состоит из нескольких компонентов «Таблица 1».

Данная модель отражает цели и задачи целевого компонента, подходы и методы содержательного, а также критерии оценки развития эмоционально-социальной адаптации в дидактическом компоненте.

Так как в таблице отражены компоненты, которые участвуют только в эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП, то ниже будет приведена структурно-организационные составляющие комплексной модели коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП.

Целевой компонент, который включает цели и задачи развития эмоциональной и социальной адаптации детей с церебральным параличом с помощью ИЗО. Специальная организационная среда для воспитания и развития эмоционально-социальной адаптации включает в себя следующие компоненты:

Тематико-игровая составляющая (специальное оборудование, мебель, игровые зоны, руководства, игрушки).

Социально-предметная часть (взаимодействие детей со взрослыми, специалистами и родителями), включающая в себя процесс деятельности и ее коммуникации (невербальные и лингвистические), обучение, образование и социальное развитие.

Интегрированные компоненты процесса интегрированного воспитания и помощи в целях развития эмоционально-социальной адаптации включают взаимосвязанные компоненты:

Диагностическая часть реализуется по следующим принципам: систематический подход к диагностике психофизиологического развития ребенка; комплексное изучение его развития; прогнозирование развития ребенка по результатам диагностического исследования по основным направлениям развития (социальные, когнитивные, речевые, двигательные) и разработка индивидуальных программ.

Лечебно-реабилитационная часть включает в себя комплекс мероприятий (функциональная диагностика, массаж, физиотерапия, медикаментозная терапия, ортопедическая помощь, физиотерапия, иппотерапия) в сочетании с коррекционной и развивающей помощью для обеспечения компенсаторных условий при заболеваниях функциональных систем у детей с церебральным параличом.

Коррекционно-педагогическая составляющая, сочетающая содержание, методы и формы работы с детьми с ДЦП, обеспечивает компенсацию нарушений двигательного, познавательного, речевого и социального развития данной категории детей с сопутствующими заболеваниями.

Сопутствующий компонент отражает межфункциональные отношения (врачи, работники специального образования, психологи и семьи) в процессе сопровождения детей с церебральным параличом. Все составляющие системы лечебно-восстановительной и эмоционально-социальной помощи детям с церебральным параличом объединяются, чтобы обеспечить «особые условия», которые позволяют максимально компенсировать существующие нарушения развития, воспитания и социальной адаптации ребенка.

Таблица 1 – Модель методической системы развития эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП

Модель методической системы развития эмоционально-социальной адаптации у детей				
Целевой компонент				
Цель: развитие эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП средствами художественной деятельности				
Задачи				
Образовательные:				
- формирование умений самостоятельно работать с различными материалами;				
- научиться выражать свое настроение, создавать образ используя выразительные средства искусства;				
Развивающие:				
- развитие потребности к творческому труду, к познанию окружающего мира через творчество,				
- создание потребности к общению внутри группы для работы над общей темой;				
- развитие различных функций когнитивной психологии (памяти, мышления, восприятия, речи, воображения)				
- развитие двигательных и координирующих навыков руки;				
- развитие эмоциональных качеств и чувств;				
- Воспитательные				
- воспитание эстетического чувства прекрасного, интереса к культурным ценностям и традициям народа и человечества;				
- формирование чувства уверенности в себе и своих силах, а также эмоционально раскрепощаться;				
- воспитание социально-активной личности, настроенной на позитивное изменение и совершенствование окружающей действительности средствами изобразительного искусства				
Содержательный компонент				
Коррекционно-педагогические условия реализации модели				
Педагогический подходы: - комплексный (системный), индивидуальный, личностно – ориентированный, деятельностный, групповые занятия				
Педагогические технологии: - традиционные, информационные, игровые, проблемного обучения, личностно – ориентированные				
Формы	индивидуальные занятия, групповые занятия, игровые занятия			
Методы	практический, наглядный, словесный, двигательно-кинестетический			
Средства	наглядно-образные - подбор образов, художественных впечатлений, показ, наблюдение, демонстрация приемов работы, беседа			
Диагностический компонент				
Критерии развития эмоционально социальной адаптации у детей с ДЦП				
Реабилитационно-восстановительная (биологические-физиологические функции)	Кондуктивно-социальная	Психологическая (корректирующая)	Индивидуально-познавательное развитие	Адаптивные
Выражается в развитие мелкой моторики руки; развитие глазомера; чувство цвета и пропорций; развитии памяти, расширение кругозора, словарного запаса	Выражается в отсутствие «эффекта неадекватности» как проявления внутриличностного конфликта; ответственность; наличие «своей линии» поведения; положительные отношения с товарищами;	Выражается в уверенности в себе; Ясность и понимание «что делает»; свобода проявлений эмоций и их контроль; эмоциональная раскрепощенность	Сопровождается выявление сильных сторон в творческой деятельности; контактность и индивидуальный подход	Выражается эмоциональный комфорт; принятие своей ограниченности; содействие в подготовке рабочего места; преодоление себя; понимание значимости и цели работы

1.4 Критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП

Для того, чтобы выяснить степень развития эмоционально социальной адаптации, нужно разработать критерии развития психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП и провести диагностику результатов.

Диагностика является необходимой структурной составляющей эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП и с сопутствующими заболеваниями, а также средством его оптимизации. Углубленное и всестороннее исследование позволяет составить индивидуальную и групповую лечебную, коррекционно-образовательную программу с учетом полученных сведений о реальном уровне развития, а также определение эффективности эмоционально-социального развития. Диагностическое обследование в условиях реабилитационного центра включает в себя комплексный, качественный анализ особенностей познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, личностного развития, исследования области знаний, умений и идей окружающего мира ребенка.

Первый этап (сентябрь, продолжительность – две недели).

На первом этапе проводится сбор данных о заболевании каждого ребенка, путем беседы с другими специалистами, у которых ребенок проходит лечение. Затем беседа и знакомство с родителями, выяснения предпочтений ребенка, его привычки и особенности настроения и как лучше успокоить в случае перепада настроения. Осуществляется подготовка места проведения занятия для каждого ребенка индивидуально, по их особым медицинским показателям и по физическому состоянию.

Второй этап (первые две недели октября).

Основной целью второго этапа диагностического исследования было выявление особенностей динамики развития эмоционально-социальной адаптации каждого ребенка в условиях реабилитационного центра. Тревожным симптомом является отсутствие положительной мотивации. На

этом этапе информация, полученная ранее, дополняется. Данное исследование позволяет оценить правильность выбранного каждым ребенком и всей группой способа, метода и содержания коррекционной работы. Программа корректируется для определения целей и задач коррекционно-педагогической работы на следующий урок.

Третий этап (начало января).

Цель состоит в том, чтобы определить характер динамики, оценить эффективность работы за этот период и сделать прогнозы для дальнейшего развития, а также определить маршрут дальнейшего обучения каждого ребенка.

Оценка результатов обследования должна обеспечивать учет изменений в развитии ребенка по всем исследуемым критериям и отражать количественные и качественные характеристики изменений. Запись результатов должна быть удобной и относительно простой, а форма отражения результатов должна четко представлять информацию о динамике развития каждого ребенка.

Поэтому диагностическое обследование результатов эмоционально-социальной адаптации ребенка имеет первостепенное значение и требует особого внимания к его содержанию и организации, а также к обработке полученных результатов и способам их решения.

Для более детального определения особенностей развития эмоционально-социальной адаптации детей с ДЦП разработаны и внедрены критерии исследования, позволяющие зафиксировать улучшение развития ребенка. Для объективной оценки качественных характеристик вводятся количественные показатели для отслеживания их выраженности. Количественная оценка поведения детей одинакова для всех изученных «линий развития». Уровни формирования различных функций оцениваются по трехточечной шкале (от минимума-1 балл до максимума-3 балла).

Также были выбраны специальные критерии эмоционально-социально-адаптивного развития детей с церебральным параличом, которые приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Критерии и уровни оценки развития эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП

Критерии развития социально-эмоциональной адаптации	Характеристики	Высокий уровень	Средний уровень
Реабилитационно-восстановительная (биологические-физиологические функции)	развитие мелкой моторики; развитие глазомера; развитие чувство цвета и пропорций; улучшение памяти; кругозора, словарного запаса	Ребенок уверенно рисует, стараясь обходиться без помощи взрослого, может ориентироваться в пространстве листа, различает все цвета и оттенки, хорошо запоминает название предметов в композиции	Старается выполнять построение предметов самостоятельно, но требуется помощь для фокуса и проведения прямых линий, почти не выходит за границы, размашистые движения, утомляемость, путает названия цветов, трудно запоминает новые слова
Кондуктивно-социальная	Выражается в отсутствие «эффекта неадекватности» как проявления внутри личностного конфликта; ответственность; наличие «своей линии» поведения; положительные отношения с товарищами;	Ребенок ведет себя адекватно на занятиях, отдает себе отчет о его действиях и решениях, полностью контролирует процесс своей работы, чувствует ответственность за результат, делится свои мнением, мыслями и ощущениями, хорошо идет на контакт с любым человеком, поддерживает дружеские отношения внутри группы	Ребенок ведет себя положительно, иногда капризничает или расстраивается из-за неудачи, нет сильной заинтересованности в работе, не обращает внимания на других детей, не старается идти с ними на контакт, плохо проявляет эмоции, ведет себя скрытно или гиперактивность
Психологическая (корректирующая)	Выражается в уверенности в себе; Ясность и понимание «что делает»; свобода проявлений эмоций и их контроль; эмоциональная раскрепощенность	Уверенный в себе и своих силах, справляется с препятствиями самостоятельно, ясно выражает свои мысли и чувства, контролирует чрезмерность эмоций и понимает почему у него возникла та или иная эмоция, не зажат и полностью не стесняется проявлять чувства	Нет четкого осознания своих возможностей и большой уверенности в себе, преодолевает трудности с помощью взрослого, не контролирует эмоции, но не чрезмерно, не ориентируется во внутренних ощущениях, скован и не показывает истинных чувств

Продолжение таблицы 2

Критерии развития социально-эмоциональной адаптации	Характеристики	Высокий уровень	Средний уровень	Критерии развития социально-эмоциональной адаптации
Психологическая (корректирующая)	Выражается в уверенности в себе; Ясность и понимание «что делает»; свобода проявлений эмоций и их контроль; эмоциональная раскрепощенность	Уверенный в себе и своих силах, справляется с препятствиями самостоятельно, ясно выражает свои мысли и чувства, контролирует чрезмерность эмоций и понимает почему у него возникла та или иная эмоция, не зажат и полностью не стесняется проявлять чувства	Нет четкого осознания своих возможностей и большой уверенности в себе, преодолевает трудности с помощью взрослого, не контролирует эмоции, но не чрезмерно, не ориентируется во внутренних ощущениях, скован и не показывает истинных чувств	Скуп на проявление эмоций, не реагирует на процесс, не может разобраться в себе, уходит от реальности, полное отсутствие желания и мотивации
Индивидуально-познавательное развитие	Сопровождается выявление сильных сторон в творческой деятельности; контактность и индивидуальный подход	Ребенок знает и понимает что у него лучше всего получается, а над чем нужно еще поработать, есть любимое занятие, идет на контакт с педагогом и не боится поделиться своими переживаниями	Не знает своих сильных и слабых сторон, но есть любимое занятие, не понимает почему не выходит, так как он задумал, нет ярко выраженной мотивации для работы или для завершения работы, идет на контакт, но с условиями или с «капризами»	Нет мотивации к работе, не идет на контакт с педагогом, не понимает, что от него хотят, плохо сосредотачивается на процессе
Адаптивные	Выражается эмоциональный комфорт; принятие своей ограниченности; содействие в подготовке рабочего места; преодоление себя; понимание значимости и цели работы	Ребенок чувствует себя комфортно, ему не мешает его ограниченность, подсказывает как ему лучше и в какой позе удобнее, не стесняется попросить о помощи, стремится к организованности рабочего пространства	Ребенку комфортно во время занятий, но немного зажат и скован на проявления своих потребностей и желаний, знает о своем диагнозе и понимает его, не организует свое пространство	Ребенку сложно выразить свои истинные желания и потребности, не понимает, почему он не может то, что могут здоровые дети, не участвует в организации пространства вокруг себя, предпочитает оставить это взрослым

Уровни развития биологического-физиологического компонента.

Высокий – ребенок уверенно рисует, стараясь обходиться без помощи взрослого, находит композиционный центр, может ориентироваться на своей работе, различает все цвета и оттенки, хорошо запоминает новые название предметов композиции

Средний – старается выполнять построение предметов композиции самостоятельно, но требуется помощь для фокуса и проведения прямых линий, почти не выходит за границы, размашистые движения, утомляемость, путает названия цветов, трудно запоминает новые слова

Низкий – нет четких линий и очертаний предметов, не в состоянии работать без поддержки взрослого, не ориентируется на листе бумаги, выходит за границы предметов композиции, не запоминает новые слова

Уровни развития социального компонента.

Высокий – ребенок ведет себя адекватно на занятиях, отдает себе отчет о его действиях и решениях, полностью контролирует процесс своей работы, чувствует ответственность за результат, делится своим мнением, мыслями и ощущениями, хорошо идет на контакт с любым человеком и ребенком, поддерживает дружеские отношения внутри группы.

Средний – ребенок ведет себя положительно, иногда капризничает или расстраивается из-за неудачи, нет сильной заинтересованности в работе, не обращает внимания на других детей, не старается идти с ними на контакт, плохо проявляет эмоции, ведет себя скрытно или гиперактивно.

Низкий – ребенок не контролирует себя и свои эмоции на занятиях, нет интереса к работе и к самому процессу, уходит в себя и не подпускает к себе людей, негативно относится к товарищам по группе.

Уровни развития психологического компонента.

Высокий – уверенный в себе и своих силах, справляется с препятствиями самостоятельно, ясно выражает свои мысли и чувства, контролирует чрезмерность эмоций и понимает почему у него возникла та или иная эмоция, не зажат и полностью не стесняется проявлять чувства.

Средний – нет четкого осознания своих возможностей и большой уверенности в себе, преодолевает трудности с помощью взрослого, не контролирует эмоции, но не чрезмерно, не ориентируется во внутренних ощущениях, скован и не показывает истинных чувств.

Низкий – скуп на проявления эмоций, эмоционально не реагирует на процесс, не может разобраться в себе, уходит от реальности, полное отсутствие желания и мотивации.

Уровни развития индивидуального компонента.

Высокий – ребенок знает и понимает, что у него лучше всего получается, а над чем нужно еще поработать, есть любимое занятие и мотивация, идет на контакт с педагогом и не боится поделиться своими переживаниями.

Средний – не знает своих сильных и слабых сторон, но есть любимое занятие, не понимает, почему не выходит так как он задумал, нет ярко выраженной мотивации для работы или для завершения работы, идет на контакт, но с условиями или с капризами.

Низкий – нет мотивации к работе, не идет на контакт с педагогом, не понимает, что от него хотят, плохо сосредотачивается на процессе.

Уровни развития адаптационного компонента.

Высокий – ребенок чувствует себя комфортно, ему не мешает своя ограниченность, подсказывает как ему лучше и в какой позе удобнее, не стесняется попросить о помощи, стремится к организованности рабочего пространства.

Средний – ребенку комфортно во время занятий, но немного зажат и скован на проявления своих потребностей и желаний, знает о своем диагнозе и понимает его, не организует свое пространство.

Низкий – ребенку сложно выразить свои истинные желания и потребности, не понимает, почему он не может то, что могут здоровые дети, не участвует в организации пространства вокруг себя, предпочитает оставить это взрослым.

На основе данных критериев можно сказать, что для проведения занятий по социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП нужны условия:

- проведение занятий в соответствии с медицинскими показаниями ребенка;
- соблюдение этапов целостности урока и действие по ситуации в зависимости от психического состояния ребенка;
- наблюдение и контроль социального поведения в группе детей с диагнозом ДЦП;
- выполнение заминок, для снятия напряжения в мышцах и суставах, основываясь на медицинские показатели;
- продуктивное использование материалов и предоставленного времени для урока;
- поддержка кистей или целой руки для помощи ориентации на листе бумаги, для детей с физическими проблемами.

Уровень развития эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП зависит не только от выполнения требований по упражнениям, но и от эмоционального отклика детей. Главное быть увлеченным, мотивированным, эмоционально раскрепощенным и легко идти на контакт.

Выводы по 1 главе

На основании проведенного теоретического, методологического и психолого-педагогического исследования можно сделать вывод, что арт-терапия положительно влияет на детей с диагнозом ДЦП в области психоэмоциональной стабильности и эмоционального состояния ребенка. Изобразительное искусство или арт-терапия также положительно влияет на физическое развитие ребенка с ДЦП, развивая мелкую моторику, зрительное восприятие и память, воображение.

Для проблемы развития эмоционально-социальной адаптации было собрано и проанализировано достаточное количество информации такой как: понятие с биолого-химической точки зрения диагноза ДЦП, как возникает данный диагноз, его трудности и сопутствующей заболевания. Были раскрыты различные методики по лечебно-восстановительной реабилитации для детей с диагнозом ДЦП и их особенности с физико-биологической и психосоциально-эмоциональной стороны.

Опираясь на исследованную литературу, автор исследования разработал и представил модель эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП, а также критерии развития данной адаптации, раскрыты их уровни и значения в адаптивно-реабилитационном смысле.

Глава 2 Опытнo-экспериментальная работа по апробации модели методической системы эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП

2.1 Констатирующий этап эксперимента (выявление уровня психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности)

На сегодняшний день существует множество методик, лечебно-восстановительных гимнастик и оборудования, направленные для преодоления и облегчения, прежде всего физических потребностей детей с диагнозом ДЦП, но мало направлений, методик по развитию эмоционально-социального состояния ребенка. Все существующие методики являются сопутствующие, направлены на облегчения интеграции ребенка в общество и принятия самого себя, снимая психологические барьеры.

Арт-терапия как одно из направлений помогает детям развивать мелкую моторику рук, воображение, наблюдательность, а также положительно влияет на психоэмоциональный фон ребенка.

В ходе нашего исследования было выявлено ряд существенных проблем, как в методическом плане по использованию арт-терапии с детьми диагнозом ДЦП, так и что касается оптимизации учебно-воспитательного процесса и отсутствия современных методик развития социальной адаптации. В реабилитационных центрах не раскрывают полный потенциал занятий по ИЗО или же не уделяют достаточно внимания процессу эмоционально-социальной адаптации для облегчения дальнейшего интегрирования в общество.

В реабилитирующем центре «Вера Надежда и Любовь» г.о. Тольятти был проведен констатирующий этап эксперимента по эмоционально-социальной адаптации, цель которого состояла в том, чтобы определить на

каком уровне находится эмоционально-социальная адаптация у детей с диагнозом ДЦП средствами ИЗО.

Задачи констатирующего эксперимента:

- определить уровень эмоционально-социальной адаптации по критериям (реабилитационно-восстановительные, кондуктивно-социальные, психологические, индивидуально развитие и адаптационные);
- определить ключевые психолого-педагогические аспекты, методы и средства современной восстановительной реабилитации, способствующие эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства;
- разработать методику, включающую определенную систему заданий и упражнений, методов и технологий, способствующие эмоционально-социальной адаптации.
- выявить проблемы, которые препятствуют развитию эмоционально-социальной адаптации у детей с ДЦП средствами ИЗО;
- найти пути решения проблемы развития эмоционально-социальной адаптации;
- выявить наиболее эффективные приемы в том числе АРТ методов, влияющих на процесс развития социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Для решения поставленных задач эксперимента была разработана обоснованная, экспериментально апробированная модель методической системы социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП, представляющей собой комплекс мероприятий, условий и педагогических методов, направленные на улучшение общего психоэмоционального состояния ребенка с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства и деятельности.

Опытно-экспериментальной базой выступал социально-адаптивный центр для детей с различными нарушениями двигательного аппарата, аутизмом, ДЦП «Вера Надежда Любовь» г. Тольятти с. Подстепки.

В констатирующем эксперименте приняла участие экспериментальная группа с двигательными нарушениями, связанные с диагнозом ДЦП:

На данном этапе автор ставит следующие подзадачи:

- определить индивидуальные особенности каждого испытуемого, в том числе психологические и физические, эмоциональные;
- найти подход к каждому испытуемому, опираясь на полученные данные от специалистов, работающих с данными испытуемыми;
- выявить проблемы как психологические, так и эмоциональные, препятствующие развитию эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП;
- адаптировать среду для каждого испытуемого с учетом его физических особенностей.

В экспериментальную группу входило трое испытуемых.

Испытуемый 1 и сопутствующие нарушения – затрудненное речевое произношение, высокая спастика мускулов, трудности в удержании позы, захватов, проблемы с координацией, ходят в школу для слабовидящих, 11 лет, диагноз ДЦП, ведущая рука – левая, проблемы с фокусировкой и контролем конечностей.

Испытуемый 2 и сопутствующие нарушения – гиперактивный, нарушение восприятия, спастика, трудности с расслаблением, понятно выражает мысли, хорошая память, «собственник», контролирует процесс работы, «не все равно на результат», есть интересы (собака), плохо работает в присутствии мамы, плохое зрение, правша, 9 лет, ментальное нарушение, находится на домашнем обучении.

Испытуемый 3 и сопутствующие нарушения – сохранный интеллект, затаенные эмоции, осознает свой диагноз, доброжелательный, вежливый, воспитанный, нравится Испытуемый 1, занимается ради эмоций, переживает

потерю мамы, чувствителен, нужно всегда обращать на него внимание и не оставлять одного, 10 лет, диагноз – спинально-мышечная атрофия, прогрессирующий, правша, нормально зрение, обучается на дому.

Задание № 1 «Построить дом из комнат».

Цель задания – определить уровень коммуникативных взаимоотношений внутри экспериментальной группы и уровень эмоционально-социальной адаптации в соответствии с разработанными критериями.

Задачи:

- определить уровень эмоционально-социальной адаптации экспериментальной группы;
- определить уровень коммуникативных навыков в экспериментальные группы;
- выявить проблемы, которые препятствуют развитию эмоционально-социальной адаптации;
- определить пути решения для развития социальных и адаптивных навыков в экспериментальной группе.

Основная характеристика задания.

Суть задания заключается в том, чтобы собрать общий логичный «домик» из различных, но сочетающихся между собой комнат.

Прежде чем приступить к заданию экспериментальной группе объяснили и показали на примере последовательность выполнения задания. Испытуемые должны были сначала обсудить, кто какую комнату будет делать, а потом приступать. Однако, вместо этого Испытуемый 2 сразу решил приступить к работе, не послушав мнения других, самостоятельный выбор – спальня. Испытуемый 1 с Испытуемый 3 решили каждый по-своему и приступили к работе над гостиной и прихожей соответственно.

Вся экспериментальная группа проявила достаточную самостоятельность в работе, им требовалось только помочь в проведении прямых линий, в координации на листе бумаги и наводящие вопросы какую

мебель куда поставить. Выбор цветов у каждого испытуемого был ограничен, и чтобы взять другой цвет, нужно было попросить соседа передать.

Испытуемый 2 не спрашивал, так как был увлечен работой и не обращал внимания на других, Испытуемый 3 брал фломастеры, которые были доступны только ему, Испытуемый 1 пользовался помощью взрослого.

Испытуемый 2 во время работы продемонстрировал свой характер, старался привлечь внимание, показал свои любимые игрушки, которые всегда присутствуют в его работах, нарисовал мишку с соской, выходил за границы при раскрашивании, не разделял предметы и закрашивал их в один цвет. Испытуемый 3 вел себя тихо и рисовал аккуратно и сдержанно, без проявления творчества и креатива.

Испытуемый 1 старался в меру своих возможностей рисовать ровно и грамотно, повторяя пример с иллюстрации. Под конец занятия Испытуемый 2 был возбужден и делал все больше резких и размашистых не аккуратных движений, особенно когда нужно было склеить полкомнаты.

Испытуемый 1 с Испытуемым 3 были спокойны и сосредоточены на склеивании по примеру. Когда комнаты были готовы, нужно было соединить их вместе, чтобы образовался домик, но Испытуемый 2 не стал согласовывать с другими установку домика и в итоге нарисовал дверь в неправильном месте, у других испытуемых тоже не получилось сложить воедино комнаты, они не совпадали с окнами и дверями, потому что не скооперировали свои действия (Рисунок А.1-А.4).

Подведем общий итог занятий и выставим количество баллов по нашим критериям, которые отображены в таблице 3.

Таблица 3 – «Результаты задания № 1 «Построить дом из комнат»»

Экспериментальная группа	Реабилитационно-восстановительная	Кондуктивная-социальная	Психологическая	Индивидуальное развитие	Адаптивная
Испытуемый 2	Не справился с четким построением предметов, требовалась помощь в проведении прямых линий и фокусировки на листе бумаги, при раскрашивании выходил за границы и не обозначал отдельно предметы	Негативно настроен на других испытуемых, был не разговорчив, отзывался только на его интересующие темы, не было инициативы, все по подсказкам	Гиперактивный, не проявлял эмоций, уходил в свой закрытый мир, не было желания стараться	Не высказывал идей или свои предпочтения, кроме соски у игрушки, больше ничего не интересовало, недовольно слушал педагога и делал как он предлагал, не проявил свою индивидуальность в работе	Не участвовал в подготовке рабочего места, но знает и понимает где что находится, в состоянии самостоятельного взять нужный инструмент
Испытуемый 1	Требовалась помощь в работе, поддержки позы и ведущей руки, размашистые движения, чрезмерное нажатие на плоскость, плохо с расслаблением мышц	Не взаимодействовал с остальными испытуемыми, не советовался и не делился фломастерами, не контролировал эмоции, не хотел соединять домик как итог группового занятия	Не реагировал на процесс, был словно кукла, за которую все делали, расстраивался из-за неудач	Плохо мотивируется, нет своей изюминки в работе, плохо сосредотачивался на процессе	Не высказывал своих желаний или предпочтений, куда посадили там и сидит, что положили, то и использует
Испытуемый 3	Практически самостоятельно выполнил построение предметов на плоскости, движения не ровные, местами резкие и ломаные, не полностью закрашивает предметы, старается не выходить за контур	Был тихим, не проявлял эмоций и не интересовался испытуемыми, вел себя скрытно, не выходил на контакт с испытуемым 2, с испытуемым 1 приветствие было только жестом	Не уверен в себе, замкнут, не разговорчив, не было мотивации к работе, только отношение «потому что так надо»	Знает про свой диагноз и его исход, не завершённая, «пустая» работа, скучная и однообразная, не проявлял креатива	Не высказывает свои желания, все в себе или пока не спросят надо или не надо, знает рабочие материалы и где они находятся, но трудно подготовить себе пространство, пользуется помощью взрослых

Исходя из полученных данных, описанных в критериях, автор оценил экспериментальную группу от 1 до 3-х баллов в соответствии с характеристиками.

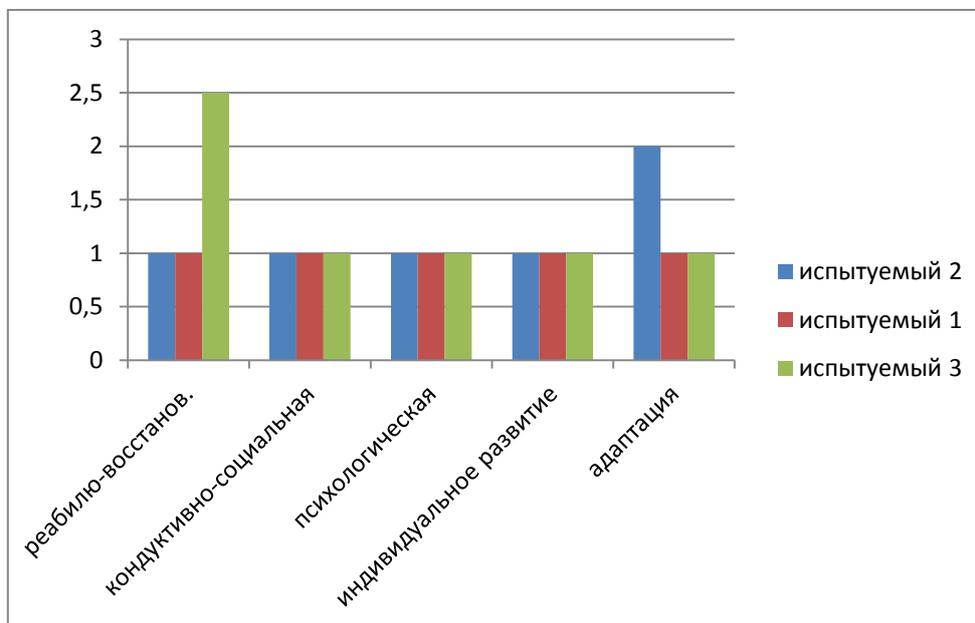


Рисунок 1 – Констатирующий эксперимент

Констатирующий эксперимент позволяет нам определить уровень эмоционально-социальной адаптации у детей с ДЦП, качество их индивидуального развития, как они относятся к себе и к своему диагнозу. Данный уровень у экспериментальной группы является низким или ниже среднего, 60 % – низкий уровень, 20 % – средний и 20 % – выше среднего.

Задание № 1 показало, что у детей с ДЦП плохая координация, плохое владение своим телом и эмоциями. С заданием справились все, но «по-своему», как могут, участники не слушали друг друга, не спрашивали, не общались, относились к друг другу с недоверием и даже безразличием. Отсюда можно сделать вывод, что с заданием в основном не справился никто, нужно было общаться внутри группы, чтобы получить единый правильный «домик»

Проведенный констатирующий эксперимент показал, что уровень эмоционально-социальной адаптации у детей с ДЦП слабо развит и находится ниже среднего или на низком уровне.

Констатирующий эксперимент подтверждает предположение, что развитию эмоционально-социальной адаптации у детей с ДЦП уделяется недостаточное внимание. В беседе со специалистами и персоналом центра «Вера Надежда Любовь», стало известно, что групповые или творческие занятия проводятся реже одного раза в неделю, что неблагоприятно сказывается на уровне эмоционально-социальной адаптации, и как следствие на их коммуникативные навыки, социальные, адаптивные, что негативно влияет на уровень их познания окружающего мира.

В ходе констатирующего эксперимента были выявлены проблемы в развитии эмоционально-социальной адаптацией, которые связаны с психологическими, эмоциональными и социальными барьерами, за которые испытуемые «прячутся» от внешнего мира. Это выражается в неумении налаживать контакт с окружающими, сосредотачиваться, внимательно слушать. Отсутствие мотивации также влияет на процесс социально-эмоциональной адаптации. Испытуемым трудно правильно использовать инструменты и материалы и при этом взаимодействовать с окружающими, большинство из них поглощены своей работой. Результат констатирующего эксперимента говорит о том, что нужна система в совокупности с определенной методикой способная грамотно организовать творческую деятельность с учетом полученных данных по каждому испытуемому.

Результат работы испытуемых демонстрирует, что прежние методы и формы обучения ведут к низкому уровню эмоционально-социальной адаптации. Данная система методов, используемая педагогами в группе испытуемых, доказывает, что в основной постановка целей в группе идет реализацию задач, направленных на физическую реабилитацию, оставляя творчество и творческую деятельность как процесс спонтанный, не основной. Таким образом, можно сказать, что творчество является ценностью личности,

его интересов, мотивов, но не ценность социализации, творчество не рассматривается как процесс усвоения им опыта деятельности общения, влияющий на уровень психоэмоционального состояния. Анализ проделанной работы выявил неумения испытуемых владеть техническими изобразительными навыками при работе с фломастерами. Это выразилось в кривых и не уверенных линиях, а также в отсутствии четких контуров предметов, умении строить композицию и подбирать цвета, размашистых или скованных движениях и сильных нажатиях при раскрашивании.

Следует заметить, что развитие эмоционально-социальной адаптации выражается не только в умении ребенка проводить прямые линии и правильной фокусировки, верной передачей формы, но и прежде всего во взаимодействии с товарищами по группе. Это выражается также в готовности детей к занятиям изобразительной деятельностью, к познанию чего-то нового, преодолеть трудности, завести друзей и «открыться» миру.

Проведенное экспериментальное исследование позволяет сделать следующие выводы. В центре «Вера Надежда Любовь» г. Тольятти, крайне мало отведено времени на групповые занятия изобразительным искусством. Вследствие чего, дети имеют ниже среднего уровни развития эмоционально-социальной адаптации. Испытуемые не анализируют логически свою художественную деятельность и процесс работы с бумагой и фломастерами. Испытуемые ведут себя скованно при выполнении практических задач, так как им не хватает уверенности в себе, они также не чувствуют необходимость в социальном общении.

Это позволяет нам сделать вывод о необходимости проводить систематическую и целенаправленную работу, в основе которых различные задания и упражнения, с целью облегчения интеграции их в общество. С другой стороны, необходимо разработать модель методической системы, содержание которой, должно способствовать развитию эмоционально-социальной адаптации, мелкой моторики, интереса к окружающему миру и творческим способностям, влияя на восстановительный, реабилитационный

процесс средства изобразительного искусства и возникающими положительными эмоциями, стабильностью в психоэмоциональном состоянии.

2.2 Формирующий этап эксперимента (комплекс восстановительных мероприятий и средств в том числе АРТ методов, влияющих на процесс развития социально-эмоциональной адаптации детей с диагнозом ДЦП)

Основное направление формирующего эксперимента – это проверка гипотезы исследования и определение динамики или ее отсутствия в уровнях развития эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП.

Цель формирующего эксперимента – определение адаптивных методов достижения в развитии уровня эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства.

Для достижения цели необходимо реализовать следующие задачи:

- адаптировать среду для комфортного процесса эмоционально-социальной адаптации;
- определить педагогические и психологические приемы для налаживания контакта с детьми;
- разработать оптимальные групповые занятия для развития коммуникативных навыков средствами изобразительного искусства;
- проверить эффективность методики, средств, модели методической системы развития эмоционально-социальной адаптации;
- проанализировать, сравнить полученные данные на формирующем этапе эксперимента с результатами, полученными

ранее на констатирующем этапе, сопоставить с поставленной гипотезой и задачами исследования;

- определить степень воздействия изобразительного искусства на эмоциональное состояние испытуемых и уровень развития социально-эмоциональной адаптации.

Благодаря формирующему эксперименту мы можем проследить развитие уровня всей группы детей на протяжении всего времени эксперимента в эмоционально-социальной адаптации.

С помощью разработанной модели и критериям можно проследить динамику развития эмоционально-социальной адаптации, а также адекватно оценить полученный результат.

Формирующий этап эксперимента позволил вывести эмоционально-социальную адаптацию на новый уровень развития у испытуемых, после выявления факторов, влияющих на развитие физических, социальных и психологических показателей.

В разработанной модели мы ставили задачи, касающиеся целевого компонента:

а) образовательные:

- 1) формирование умений самостоятельно работать с различными материалами;
- 2) научиться выражать свое настроение, создавать образ используя выразительные средства искусства;

б) развивающие:

- 3) развитие потребности к творческому труду, к познанию окружающего мира через творчество;
- 4) создание потребности к общению внутри группы для работы над общей темой;
- 5) развитие различных функций когнитивной психологии (памяти, мышления, восприятия, речи, воображения)
- б) развитие двигательные и координирующих навыков руки;

7) развитие эмоциональных качеств и чувств;

в) воспитывающие

8) воспитание эстетического чувства прекрасного, интереса к культурным ценностям и традициям народа и человечества;

9) формирование чувства уверенности в себе и своих силах, эмоционального раскрепощения;

10) воспитание социально-активной личности, настроенной на позитивное изменение и совершенствование окружающей действительности средствами изобразительного искусства.

Результаты оценивались на основе проведенных творческих и групповых занятиях, цель которых была достижение эмоциональной раскрепощённости, развитие коммуникативных навыков, укрепление и развитие мелкой моторики, стабильности в двигательных движениях.

Данное развитие поможет детям интегрировать себя в общество в будущем, «принять» себя, углубить свои познания изобразительного искусства и его возможностей для творческой деятельности, овладеть новыми навыками рисования, что позволит развить воображение, наблюдательность, концентрировать внимание, приобретать практические навыки необходимые для саморазвития.

Все практические задания носили творческий характер, позволяя свободно самовыражаться и эмоционально отдыхать. После проделанной работы дети рефлексировали и обсуждали работы друг друга или готовую общую работу, поясняя и обосновывая свою точку зрения. Такой анализ позволяет детям учиться преодолевать эмоционально-социальные и психологические барьеры.

Задание № 1 Нарисовать композицию из предметов быта, компоновать их на листе.

Тема: Композиция. Создание композиции из предметов и их компоновка на листе.

Перед детьми ставятся предметы (глиняные фигурки, корзины, овощи, ткани, цветы) и дается задание выбрать тему и построить самим композицию.

Также испытуемые должны объяснить, почему именно такие предметы выбрали. Затем дети сами выбирают удобный для себя ракурс, а потом анализировали работу друг у друга.

Все материалы для работы педагог подготавливает заранее и направляет детей с выбором цвета и методики последовательного выполнения работы, а также осуществляет физическую помощь при необходимости и помогает ориентироваться на листе бумаге. Детям предлагают рамочки, которые на вытянутых ручках подносят к постановке и определяют пропорции, относительно листа бумаги.

Каждый ребенок наблюдает за выполнением работы другого и помогают советами или просто комментируя работу в положительную сторону. В данном задании важно качество нарисованной композиции, то как дети интерпретируют предметы, и их расположение на бумаге.

С данным заданием испытуемые справились на средний балл, мало проявляли инициативу в общении и были эмоционально зажаты. Чтобы исправить это, нам приходилось проводить различные игровые упражнения, разминки, обращая внимание именно на способность эмоционально раскрепощаться. В этом отношении мы использовали игру, позволяющие ребенку вживаться в другой образ, встать на место другого (Рисунок Б.1-Б.3).

Как показано на рисунке 2, что в первом задании формирующего эксперимента эмоционально-социальный уровень имеет средний балл, что связано с личным участие испытуемых, их психоэмоциональным состоянием.

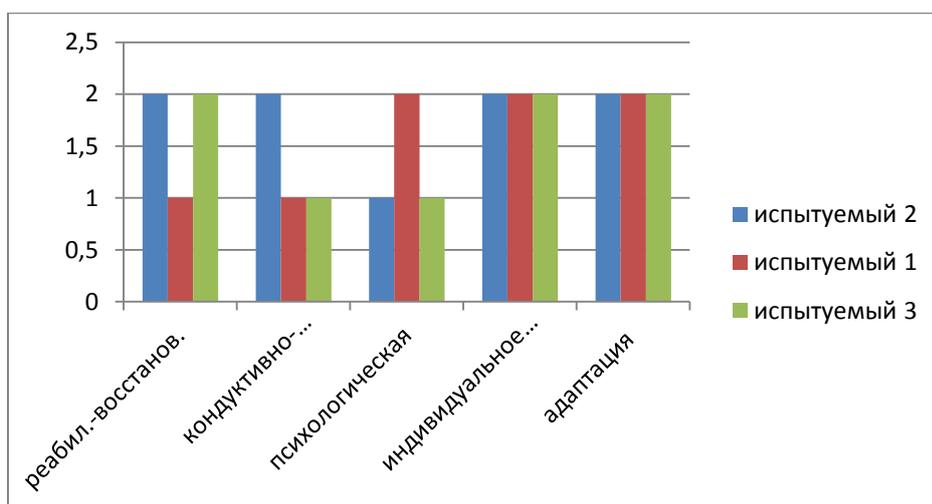


Рисунок 2 – Задание № 1 Нарисовать композицию из предметов быта, компоновка их на листе

Проанализировав данные результаты, автор исследования определил основные психолого-эмоциональные блоки у испытуемых, так как кондуктивно-социальный и психологический показатель имеют уровень ниже среднего. Опираясь на поведение внутри экспериментальной группы, автор предположил, что подвижное и веселое занятие поможет снять напряженность и скованность среди испытуемых.

Задание № 2 Чувство ритма.

Тема: Ритмизация.

Данное задание направлено на максимальный эмоциональный отклик и на эмоционально-социальное раскрепощение внутри группы. Дети должны начать доверять друг другу и установить прочный дружеский контакт между собой и педагогом.

Начинается занятие с выбора музыки, по общему согласию. Затем, дети разбирают инструменты, каждый индивидуально (ложки, бубны, палочки, маракасы и барабаны) (Рисунок В.1-В.2). Каждый испытуемый получает свои установки по ритму, то есть личный счет и пробуют шуметь под музыку. После педагог корректирует ритм и конкретизирует задачи, напоминая задание каждого. Все одновременно пробуют делать «раз» и начинают выполнять по очереди свою задачу. Затем педагог начинает отбивать ритм

под музыку и периодически подбадривает и мотивирует детей фразами: «Кто громче? Кто лучше всех только пальчиками? и т.п.». В итоге должно получиться у всех детей отбивать ритм, который им сказали в начале. И в конце занятия можно начинать произвольно стучать и шуметь под музыку, только по команде педагога.

После проведенного занятия по ритму с испытуемыми мы проанализировали и результаты отразили на Рисунке 3.

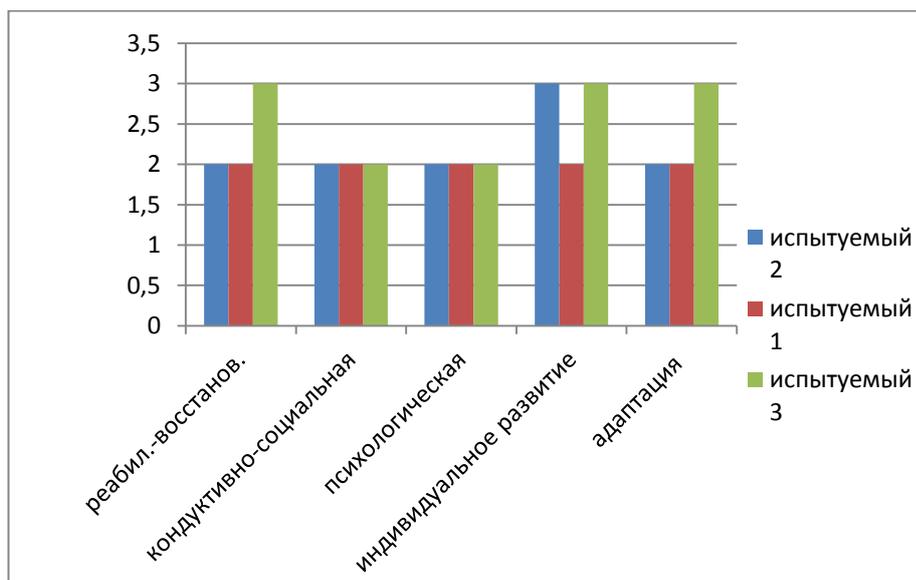


Рисунок 3 – Задание № 2 Чувство ритма

Результат данного задания показал большой эмоциональный отклик и групповое единение. Уровень эмоционально-социальной адаптации у испытуемых находится на среднем или чуть выше среднего уровне. Исходя из результатов задания № 2, можно сделать вывод, что игра в сочетании с действия способствует эмоциональной реакции, обратной рефлексии, раскрывает творческие способности, поднимает самооценку и общий благоприятный фона внутри группы.

Задание № 3 Граттаж на скальных рисунков.

Тема: Наскальные рисунки.

Данное задание направленно на изучение жизни первобытных людей и их творчество. Знакомство с новой техникой рисования и задействование воображения, а также испытуемым предстояло выдержать тематику и отобразить правдоподобный рисунок на основе примера.

В задании принимали участие два испытуемых (Испытуемый 2 и 3), так как группа не стабильно и учитываются физическое состояние детей.

Перед началом работы испытуемым рассказывают про первобытный мир, привлекая наглядное пособие в виде иллюстраций, объясняют их быт и культуру. А также объясняют про технику граттаж и особенности ее исполнения.

Затем испытуемые приступают к нанесению цветной подложки, используя гуашь и кисточки, выбор цветов свободный, пока лист будет сохнуть, испытуемые вместе с педагогом разводят мыло с черной гуашью для последнего слоя. После высыхания цветного слоя начинают натирать парафиновой свечкой поверхность бумаги. На протяжении всего процесса педагог контролирует действия детей и помогает при необходимости, например, с фокусировкой или с нажатием. Когда парафиновый слой готов, наносят с помощью кисточки подготовленную смесь гуаши и мыла, испытуемые помогают друг другу и принимают помощь педагога, когда это необходимо. После высыхания последнего слоя, испытуемые начинают процарапывать рисунок, с помощью зубочисток, опираясь на пример из иллюстраций (Рисунок Г.1-Г.2).

Во время всего занятия дети были заинтересованы в процессе, слушались педагога, но не стремились вступать в обсуждение жизни первобытных людей.

Данное задание мотивирует испытуемых, чтобы они больше старались, тренировали терпение и развивать свой кругозор и интерес в познании окружающего мира.

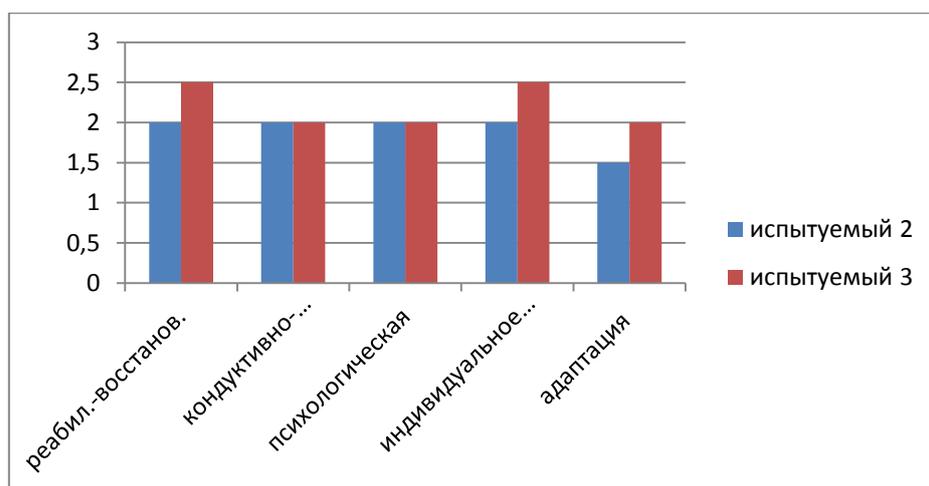


Рисунок 4 – Задание № 3 Граттаж наскальных рисунков

Результаты задания № 3 говорят о том, что у детей происходит творческий рост, так как повышается мотивация и возрастает интерес к творчеству в целом. За время проведения четырех занятий дети заметно притерпелись друг к другу и уже не сопротивляются к проведению групповых занятий. Показатели «кондуктивно-социальное» и «психологическое развитие» остались на прежнем уровне. Уровень эмоционально-социальной адаптации находится на среднем или ниже среднего уровня.

Задание № 4 Лепка головы из поэмы «Руслан и Людмила».

Тема: Лепка из глины спящей головы из поэмы «Руслан и Людмила»

Данное задание направлено на создание героя из поэмы «Руслан и Людмила» - спящая голова. Материал – глина, вода, стеки. Это задание направлено на расслабление психоэмоционального состояния испытуемых и развитие мелкой моторики.

Занятие начинается со знакомством поэмы и демонстрацией иллюстраций с головой, потом педагог объясняет, как нужно лепить и направляет испытуемых. При лепке головы используется принцип «от куска», то есть наращивание глины, от маленького комочка, до желаемой формы и объема.

Данное занятие развивает адаптивные и социальные навыки, так как испытуемые смотрят друг на друга, изучают строение головы и расположение носа, рта и глаз, путем щупанья и визуализации. Результаты отражены на Рисунке 5.

Готовые работы получились узнаваемые и пропорционально-симметричные, педагог помогал испытуемым с ориентацией и фокусировкой. Занятие принесло положительный эмоциональный отклик от испытуемых. (Рисунок Д.1-Д.3).

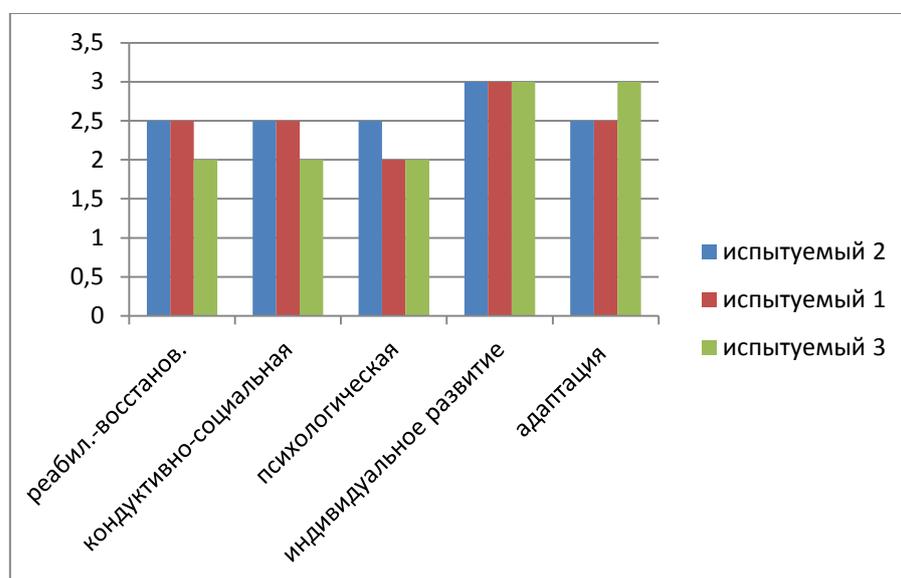


Рисунок 5 – Задание №4 Лепка головы из поэмы «Руслан и Людмила»

Результаты задания № 4 показывают, что эмоционально-социальная адаптация находится на среднем или выше среднего уровне, рост показателя «индивидуальное развитие» вырос, что говорит об улучшении увлеченности испытуемых творчеством и дает большую мотивацию к созданию следующих работ.

Испытуемые не испытывают дискомфорт от чужого присутствия, а наоборот рады были поработать вместе и сделать красивые поделки своими руками из глины. Динамика развития эмоционально-социальной адаптации положительна.

Задание № 5 Нарисуй пейзаж.

Тема: Пейзаж

Суть задания в создании пейзажа на индивидуальные темы, чтобы испытуемым было интересно работать с материалами и наблюдать за другими испытуемыми в создании собственных различных пейзажей.

Сначала экспериментальной группе предлагается выбор из нескольких примеров готовых работ известных художников пейзажистов на темы: городской, сельский, ночной или морской.

После выбора испытуемые начинают сразу на бумаге намечать пропорции изображаемых объектов и их компоновать на листе бумаги. Педагог помогает и контролирует процесс, предлагая посмотреть на свою предыдущую работу или попросить совета у соседа, помогает с физической стороны, кому это необходимо. Испытуемые обсуждают свои темы и объясняют свой выбор цветов или изменения композиции от розданного оригинала. На протяжении занятия дети наблюдают друг за другом, мотивируют себя в творческом развитии и больше стараются, а также хвалят работы друг друга и высказывают свое мнение. Пейзажи получаются отличные от оригинала и больше образные и схематичные, но с грамотным подбором цветов и пропорций (Рисунок Е.1-Е.3).

Данное задание расслабляет детей, снимает эмоциональный груз и мотивирует на саморазвитие. Результаты отражены на рисунке 6.

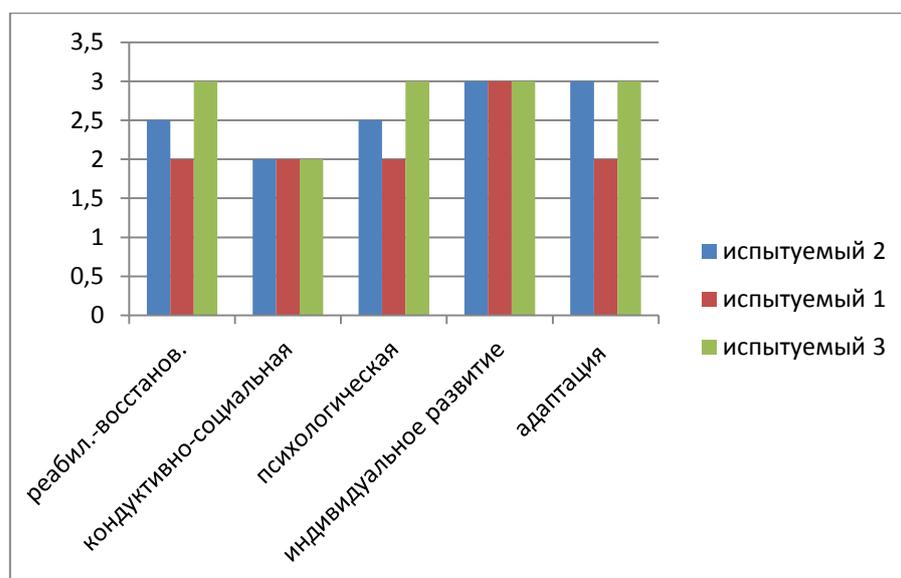


Рисунок 6 – Задание № 5 Нарисуй пейзаж

Результат задания № 5 говорит о том, что эмоционально-социальная адаптация находится выше среднего или на высоком уровне. Самый высокий показатель «индивидуальное развитие», это говорит о высоком росте испытуемых в творческом развитии и улучшении своей самооценки, 15 % – средний, 30 % – выше среднего и 55 % – высокий уровень. Кондуктивно-социальный показатель остается на среднем уровне у всех испытуемых, следовательно, следует обратить внимание на коммуникативные навыки в группе для достижения большего прогресса.

Задание № 6 Самоанализ. Принятие «себя».

Тема: Обсуждение работ.

Суть этого задания в развитие восприятия, снятие эмоционально-социальных и психологических барьеров, развитие навыков общения и умение выразить свои мысли. Все работы выставляются в ряд перед детьми или выкладываются на ровную поверхность.

Дети должны оценить и получить оценку работы по нескольким пунктам:

- какую форму имеют предметы в работе,
- колорит работы, ее стиль и значение,

- настроение и эмоции, которые вызывает работа и предположить, что чувствовал автор при создании,
- где бы эта картина хорошо смотрелась или где лучше смотреть на нее,
- оценить в денежном эквиваленте.

Результаты задания отражены на рисунке 7.

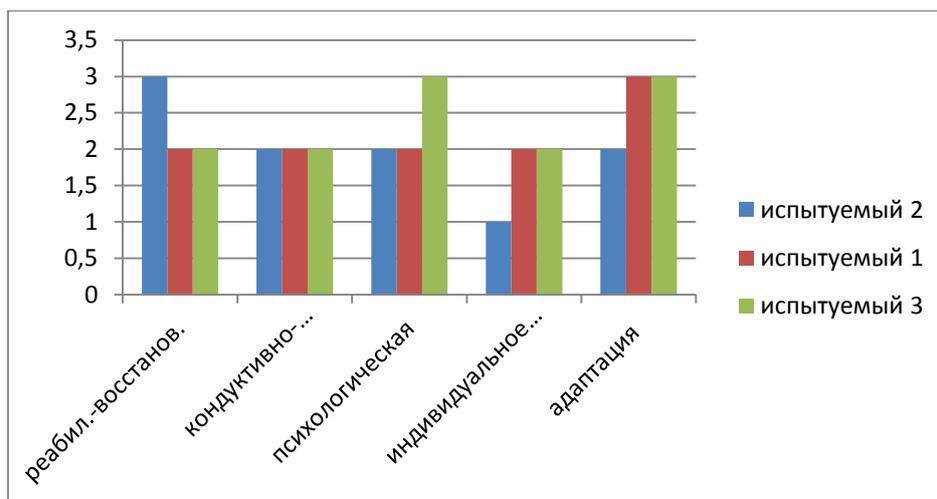


Рисунок 7 – Задание № 6. Самоанализ. Принятие «себя»

С данным заданием испытуемые справились хорошо, результаты на среднем или на высоком уровне. Показатели такие как социальные и адаптация среды все еще не достигают выше среднего уровня. В целом динамика по эмоционально-социальной адаптации положительная.

Задание № 7. Совместная работа.

Тема: совместная работа «Горы».

Материалы: ватман, мастихины, большая палитра и гуашь.

Суть задания в том, чтобы с помощью цвета, изобразительной деятельности, испытуемые начали проявлять различные чувства: ответственности, сплоченности, взаимовыручки, научились работать в команде, грамотно распределять силы при создании общей картины, тем самым развивая их коммуникационные навыки.

Сначала дети договариваются, кто отвечает за определенную часть работы (небо, горы, река, поля, деревья и так далее) и распределяют материалы, помогая друг другу в физическом плане. Педагог должен правильно посадить детей, чтобы им было комфортно, и не мешали друг другу.

В ходе работы помогает физически, кому это необходимо и направляет в нужную сторону детей, чтобы работа получилась гармоничной и сочетала в себе все задуманное детьми. В работе главное совместная слаженная работа и правильно подобранные цвета, картина получается больше схематичная и абстрактная.

Эксперимент показывает, на каком уровне находятся эмоционально-социальная адаптация у детей, после нескольких совместных занятий, о чем свидетельствует рисунок 8.

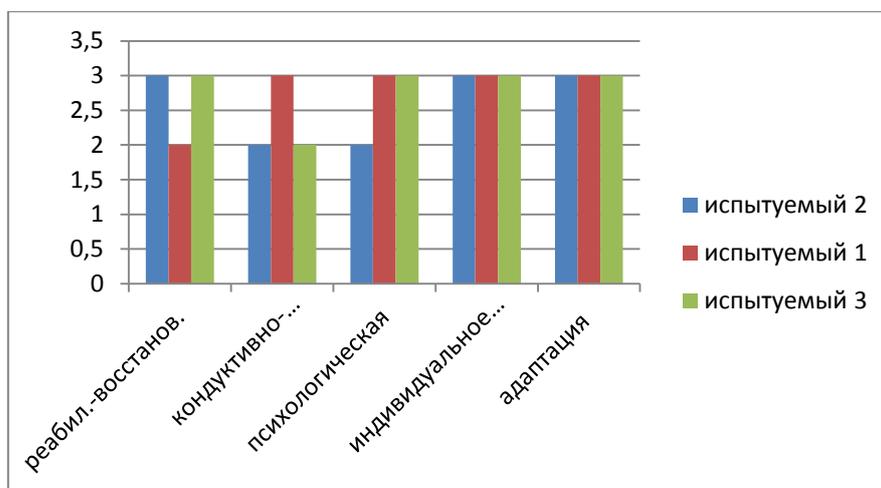


Рисунок 8 – Задание № 7 Совместная работа

По данным результатам можно сказать, что результаты почти по всем показателям находятся на уровне чуть выше среднего. 20% – средний и 80% – высокий показатель, в отличии от констатирующего эксперимента где 60% низкий уровень, 20% – средний и 20% выше среднего.

Следовательно, можно сделать вывод, что динамика развития эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП положительна, о чем свидетельствуют показатели рисунка 9.

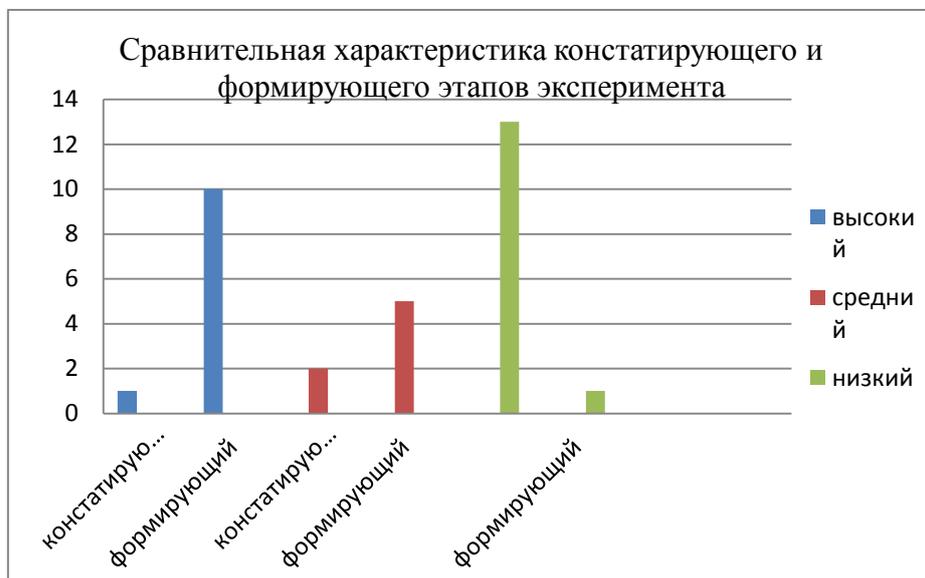


Рисунок 9 – Общий показатель сравнительных результатов эксперимента, на момент констатирующего и формирующего его этапов

Результаты формирующего эксперимента демонстрируют рост эмоционально-социальной адаптации, за счет занятий творческой групповой деятельностью. Экспериментальная группа повысила свои коммуникативные навыки, эмоционально открылись друг другу.

Испытуемый 1 стал более эмоционально открытым и заинтересованным к окружающему миру, научился не торопиться и обдумыванию своих действий, это выразилось в ходе работы с материалами, где нужна большая точность и аккуратность.

Испытуемый 2 стал более терпеливым к окружающим, перестал воспринимать новых людей в штыки, стал отдавать отчет своим эмоциям и рефлексировать, начал идти на контакт и проявлять инициативу и заинтересованность, повысилась концентрация и анализ своих работ.

Испытуемый 3 стал более жизнерадостным и легок на подъем, перестал держать в себе свои переживания и стал более доверчивым к окружающим, получает удовольствие от творческой деятельности и от общения с испытуемыми на отвлеченные темы, более эмоционально-психически устойчивым, не замыкается в себе и лучше идет на контакт с новыми людьми. Положительный результат свидетельствует о том, что была выбрана правильно методика, средства, методы и задания, направленные на развитие эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП.

Выводы по 2 главе

Изобразительное искусство, выступая как восстановительная арт-терапия, является хорошим инструментом в развитие физических, психологических, социальных, эмоциональных и адаптивных показателей у детей с диагнозом ДЦП, способствует развитию не только мелкой моторики руки, но и двигательной памяти, формирует изобразительные навыки, технические навыки, развивает воображение, мотивирует к познанию окружающего мира.

Проведенный эксперимент позволил сделать вывод, что изобразительная деятельность влияет на уровень развития эмоционально-социальной адаптации. Разработанная модель и методика развития направленная на индивидуальный, практико-ориентированный подход в комплексе влияет на различные функции ребенка, как на его физические, так и психологические, социальные. Использование кондуктивной педагогики, позволяет во многих аспектах улучшить и облегчить жизнь ребенка с ДЦП.

Так как идет работа не только на приобретение творческих навыков, но и на развитие коммуникативных, позволяющих детям вести образ жизни, который позволит им в будущем общаться со здоровыми детьми. Снимая эмоциональное напряжение, идет работа над «внутренним миром» и принятие себя, испытуемые преодолевают страхи перед новым и

незнакомым, учатся адаптировать среду под себя, для комфортного существования, в результате появляются новые знакомства и друзья.

Дети с диагнозом ДЦП могут по-новому взглянуть на мир, найти в нем то, что привлекает больше все, изучать новое и расширять свои возможности. Таким образом, изобразительное искусство и изобразительная деятельность является тем средством способным улучшить психоэмоциональное состояние ребенка, подготовить к социальной жизни в обществе.

Заключение

После изучения и анализа научно-методической литературы, автор исследования пришел к тому, что эмоционально-социальной адаптации уделяют не достаточное внимание, и используют методы, направленные только на физическое развития в арт-терапии. Но с помощью изобразительной деятельности можно развить у детей с диагнозом ДЦП эмоциональные, социальные, психологические и адаптивные качества показатели.

Автор исследования делает выводы в соответствии с поставленными задачами и гипотезой исследования, что, как показывают результаты экспериментальной работы, развитие эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП переход от социальной дезадаптации в состояние (развитие) эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства будет возможен если:

Разработана модель методической системы, включающую определенную систему заданий и упражнений, методов АРТ-терапии, участвующие в восстановительной психоэмоциональной реабилитации детей с ДЦП и способствующие эмоционально-социальной адаптации.

Разработаны критерии и уровни оценивания психоэмоционального состояния ребенка, при которых процесс восстановительной АРТ-терапии будет эффективен.

Так эмоционально-социальная адаптация позволяет решать многие психологические, эмоциональные и социальные задачи. Изучение понятия диагноз ДЦП, этимологию данного процесса, позволяет полноценно взглянуть на физическое состояние детей и попробовать понять его внутренний мир. Определив ключевые психолого-педагогические аспекты, методы и средства современной восстановительной реабилитации можно задать направление на развитие эмоционально-социальной адаптации детей с диагнозом ДЦП средствами изобразительного искусства.

Разработанная модель поможет правильно и систематически принимать полученные теоретические знания для создания подходящих все детям с диагнозом ДЦП систему заданий и упражнений, методов и технологий, способствующие эмоционально-социальной адаптации. Без определенной методики в лечебно-восстановительной реабилитации может привести к негативному или к паническому отношению к творческой деятельности. Важно знать особенности заболевания каждого конкретного ребенка, рекомендации врачей и пожелания родителей, учитывать факторы, с помощью которых можно успокоить или заинтересовать ребенка с ДЦП.

Для диагностики и анализа результатов эксперимента, автор исследования разработал критерии, которые помогут оценить динамику развития психоэмоционального состояния ребенка, при которых процесс восстановительной АРТ-терапии будет эффективен.

Проведенный педагогический эксперимент показал, что результаты показателей формирующего эксперимента в отличии от констатирующего выросли в среднем в положительную сторону на 60%, а показатель ниже среднего уменьшился в среднем на 35%

Следовательно, можно сделать вывод, что динамика развития эмоционально-социальной адаптации у детей с диагнозом ДЦП положительна, у испытуемых наблюдается личностный рост и большой прогресс в социально-эмоциональной реабилитации.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. — М.: Просвещение, 1989. — 77 с.
2. Архипова Е.Ф. Инклюзивное образование детей с нарушением опорно- двигательного аппарата // СДО. 2017. №1 (73). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-detey-s-narusheniem-oporno-dvigatel'nogo-apparata> (дата обращения: 31.03.2020).
3. 4. Алексеева М.М., Яшина Б.И. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. - 3-е изд., стереотип. - М.: Академия, 2000. - 400 с.
4. Бадалян Л.О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. — Киев: Здоровье, 1988. — 327 с.
5. Басова Э.Л. Нарушения зрения у детей с детскими церебральными параличами // Вестник офтальмологии. — 1975; 3: 71–74.
6. Баранов А.А, Альбицкий В.Ю., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н., Косова С.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2012. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-zabolevaemosti-i-sostoyanie-zdorovya-detskogo-naseleniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 21.04.2020).
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). — М., 2010. — 108 с.
8. Бажукова О.А. Современные реалии и перспективы развития дефектологического и инклюзивного образования. Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2017;11(4):48-51.

9. Белоусова Е.Д. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Москва, 2004. — 48 с.

10. Вассерман Е.Л., Катышева, М.В. Многомерное клинико-нейро психологическое исследование высших психических функций у детей с церебральными параличами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1998; 2: 45–52.

11. Виркерман А.Л. Комплексный подход к методам реабилитации детей с детским церебральным параличом: диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.51 / Виркерман Анжела Ледуардовна; [Место защиты: Российский государственный медицинский университет]. - Москва, 2003. - 155 с.

12. Выготский Л.С. Вопросы теории и истории психологии / Под ред. . Лурия А. Р., Ярошевского М. Г; [Послесл. и коммент. Ярошевского М.Г, Гургенидзе Г.С]: Собрание сочинений: В 6-ти т. /Выготский Л.С.. - Москва : Педагогика, Т.1, 1982. - 487 с. : портр. - (Собрание сочинений. В 6-ти т.);

13. Григорьева Г.Г. Игровые приемы в обучении дошкольников изобразительной деятельности. [Текст]/ Г.Г. Григорьева: М. «Просвещение» - 1995 г. Российская педагогическая энциклопедия: в 2-х томах. - М.: Научное изд. «Большая российская энциклопедия», 1999.1-4.

14. Диамант И.И., Чуйко Ю.А. Коррекция двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом с помощью инновационных методик ЛФК // Вестник ТГПУ. 2014. №1 (142). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korreksiya-dvigatelnyh-narusheniy-u-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom-s-pomoschyu-innovatsionnyh-metodik-lfk> (дата обращения: 21.04.2020).

15. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений [Текст] : учебно-методическое пособие / М-во здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Науч.

центр здоровья детей РАМН, Российский нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; [сост.: С. А. Немкова и др.]. - Москва : Союз педиатров России, 2012. - 56 с. : ил.; 24 см.;

16. Ерешко Н.Е., Клименко, С.В. Социализация и регуляция психологического состояния детей с заболеванием церебральный паралич в условиях внедрения инклюзивного образования // Вестник ГУУ. 2015. №13. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/sotsializatsiya-i-regulyatsiya-psihologicheskogo-sostoyaniya-detey-s-zabolevaniem-tserebralnyu-paralich-v-usloviyah-vnedreniya](https://cyberleninka.ru/article/n/sotsializatsiya-i-regulyatsiya-psihologicheskogo-sostoyaniya-detey-s-zabolevaniem-tserebralnyu-paralich-v-usloviyah-vnedreniya-inklyuzivnogo-obrazovaniya) (дата обращения: 21.04.2020).

17. Жегульская Ю. В. Социальная адаптация лиц с нарушениями социализации. Сущность, виды, факторы социализации и социальной адаптации : учебное пособие для обучающихся по направлению подготовки 51.03.03 «Социально-культурная деятельность», профиль «Социально-культурная анимация и рекреация», квалификация (степень) выпускника «бакалавр» / Ю. В. Жегульская. — Кемерово : Кемеровский государственный институт культуры, 2018. — 116 с. — ISBN 978-5-8154-0457-1. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/93520.html> (дата обращения: 26.05.2020)

Зельдин Л.М. Развитие движения при различных формах ДЦП [Электронный ресурс] / Леонид Зельдин. - 2-е изд. (электронное). - Москва : Теревинф, 2013. - 135 с.

18. Иванов В.А. Социализация детей с детским церебральным параличом [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Иванов В. А., Ермакова В. В., Негребецкий В. А. ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Курский государственный университет". - Курск : Курский гос. ун-т, 2016. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) : ил.; 12 см.

19. Комарова Т. С. Формирование техники рисования у детей дошкольного возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.00. — М., 1965. — 16 с.

20. Комарова Т.С. Обучение детей технике рисования / Т. С. Комарова. - М. : АО "Столетие", 1994. - 140,[1] с., [4] л. ил.; 20 см.;

21. Комплексная помощь семьям, воспитывающим ребенка дошкольного возраста с ДЦП средней и тяжелой формы : методическое пособие для специалистов / Н. В. Терехина, И. Ю. Образова, А. Е. Медведева [и др.] ; Марфо-Мариинский центр для детей с ограниченными возможностями здоровья, Елизаветинский сад. - Москва : Адвансед солюшнз, 2019. - 149 с. : ил., табл.; 21 см.;

22. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация : монография / И. А. Коробейников. — 2-е изд. — Москва, Саратов : ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа, 2019. — 192 с. — ISBN 978-5-4486-0885-8. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/88183.html> (дата обращения: 26.05.2020).

23. Ласкова Н.А. Детский церебральный паралич [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Ласкова Н.А., Башкирева Т.Н., Глебова Ю.А. ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Курский государственный университет". - Курск : Курский гос. ун-т, 2016. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) : цв.; 12 см.

24. Лечебная физическая культура и массаж при детских церебральных параличах [Текст] : Метод. письмо для врачей, методистов и инструкторов лечебной физкультуры / Обл. отд. здравоохранения. Базовый дет. психоневрол. санаторий "Огонек". Обл. физкульт. диспансер. - Челябинск : [б. и.], 1972. - 42 с.; 20 см. На обороте тит. л.: сост. врач Малкова С. И., Пахтусов Ю. А., Лутова А. А.

25. Магомедов Г.А., Чупанова, Н.В. Теория и практика организации адаптивной физической культуры в инклюзивном образовательном

пространстве // Известия ДГПУ. Психолого-педагогические науки. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoriya-i-praktika-organizatsii-adaptivnoy-fizicheskoy-kultury-v-inklyuzivnom-obrazovatelnom-prostranstve> (дата обращения: 21.04.2020).

26. Магомедова Р.М. Теоретические аспекты воспитания детей с задержкой психического развития средствами народной педагогики. Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – г. Курск: №6 июнь 2009г.- С.58-60.

27. Методы реабилитации при детском церебральном параличе [Текст] : [монография] / [Г. В. Клиточенко, Н. Л. Тонконоженко, Н. В. Малюжинская, П. С. Кривоножкина] ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : ВолгГМУ, 2018. - 299 с. : ил., табл.; 20 см.;

28. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам [Электронный ресурс]: отечественный и зарубежный опыт/ Е. Глибина [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Москва: Когито-Центр, 2012.— 288 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47524.html>.— ЭБС «IPRbooks» (дата обращения: 29.03.2020).

29. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств [Текст] : [монография] / С. А. Немкова. - Москва : Медпрактика-М, 2013. - 439, [2] с. : ил., табл.; 24 см.;

30. Осипова С.И., Соловьева, Т.В. Методическая система обучения и ее развитие в личностно ориентированном образовании // Сибирский педагогический журнал. 2010. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskaya-sistema-obucheniya-i-ee-razvitiye-v-lichnostno-orientirovannom-obrazovanii> (дата обращения: 14.05.2020).

31. Полетавкина С.Д. Развитие социально-адаптационных умений старших дошкольников в системе дополнительного образования: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.02 / Полетавкина

Светлана Дмитриевна; [Место защиты: Челяб. гос. пед. ун-т]. - Челябинск, 2014. - 24 с.

32. Сафронова Н.С., Викулова Н.Н., Трофименко А.Л. Эффективность иппотерапии в комплексной реабилитации детей с ДЦП // Научный вестник Крыма. 2018. №1 (12). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ippoterapii-v-kompleksnoy-reabilitatsii-detey-s-dtsp> (дата обращения: 21.04.2020).

33. Соколова В.С. Адаптивное физическое воспитание детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом [Текст] : монография / В. С. Соколова, А. А. Анастасиадис ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Московский педагогический государственный университет". - Москва : МПГУ, 2018. - 162, [1] с. : ил., табл.; 21 см.;

34. Страмкале Л. Использование идей Л.С. Выготского в музыкальной педагогике [Электронный ресурс] // Материалы XVI международных чтений памяти Л. С. Выготского: Обучение и развитие: современная теория и практика, 2015. — Режим доступа: <http://www.persev.ru/bibliography/ispolzovanie-idey-ls-vygotskogo-v-muzykalnoy-pedagogike>.

35. Сусанина И. В. Введение в арт-терапию / И. В. Сусанина. — 2-е изд. — Москва : Когито-Центр, 2019. — 95 с. — ISBN 5-89353-215-5. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/88348.html> (дата обращения: 26.05.2020).

36. Сухонина Н.С. Психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья методами арт-терапии : учебное пособие / Н. С. Сухонина, В. Р. Ушакова. — Саратов : Вузовское образование, 2020. — 127 с. — ISBN 978-5-4487-0596-0. — Текст :

электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/87588.html> (дата обращения: 09.05.2020).

37. Ткаченко Е.С., Голева О.П., Щербаков Д.В., Халикова А.Р. Детский церебральный паралич: состояние изученности проблемы (обзор) // МиД. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/detskiy-tserebralnyy-paralich-sostoyanie-izuchennosti-problemy-obzor> (дата обращения: 05.04.2020).

38. Тугулева Г.В., Овсянникова, Е.А., Ильина, Г.В. Реализация технологий психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в дошкольном образовании // ПНиО. 2019. №1 (37). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-tehnologiy-psihologo-pedagogicheskogo-soprovozhdeniya-detey-s-ovz-v-doshkolnom-obrazovanii> (дата обращения: 31.03.2020).

39. Фещенко Т. С. К вопросу о понятии «методическая система» // Молодой ученый. — 2013. — №7. — С. 432-435. — URL <https://moluch.ru/archive/54/7383/> (дата обращения: 14.05.2020).

40. Хасанбаева Г. К., Шомансурова М. Ш. Специальная композиция. (на узб.яз.). Ташкент, Изд.- «Янги аср авлоди», 2007. — 166 с.

41. Шохова О.В. Педагогическая технология формирования эмоционального реагирования у дошкольников с множественными нарушениями развития : автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.03 / Шохова Ольга Валентиновна; [Место защиты: Моск. гор. пед. ун-т]. - Москва, 2017. - 25 с.

42. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич: Хрестоматия : Учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук ; Ин-т спец. педагогики и психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга. - СПб. : Дидактика Плюс ; М. : Ин-т общегуманит. исслед, 2003 (ГП Техн. кн.). - 519 с. : ил., табл.; 21 см.;

43. Ядровская М.В. Модели в педагогике // Вестн. Том. гос. ун-та. 2013. №366. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-v-pedagogike> (дата обращения: 14.05.2020).

44. Янушко Е.А. Рисование с детьми раннего возраста[Текст]/ Е.А. Янушко: М. «Мозаика-синтез» - 2005 г.

В том числе на иностранные источники:

45. Garfinkle J., Shevell M.I. Cerebral palsy, developmental delay, and epilepsy after neonatal seizures // *Pediatr. Neurol.* — 2011; 44 (2): 88–96.

46. Himmelmann K., Uvebrant P. Function and neuroimaging in cerebral palsy: a population-based study // *Dev Med Child Neurol.* — 2011; 53 (6): 516–21.

47. Kobrin V.I., Iavorsky A. B., Nemkova S. A. Changes of vertical posture, walking, short-term memory and intellectual facilities in children with cerebral palsy after treatment by using a space suit «Penguin» // *Australasian Winter Conference on Brain Research. New Zeland.* — Queenstown, 2001. — P. 28.

48. Mark J., Williams G. *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* — Wiley-Blackwell, 1997. — 416 p.

49. Mert G.G., Incecik F., Altunbasak S. et al. Factors affecting epilepsy development and epilepsy prognosis in cerebral palsy // *Pediatr. Neurol.* — 2011; 45 (2): 89–94.

50. Nisbett R.E. *Intelligence and How to Get it: Why Schools and Cultures Count.* — 2010. — 304 p.

51. Nemkova S.A., Maslova O.I., Zavadenko N.N. The use of space technologies for the rehabilitation of the cognitive disorders in children with cerebral palsy / «*Europaediatrics-2011*». — Vienna, 2011.

52. Ortony A., Clore G., Collins A. *The Cognitive Structure of Emotions.* — Cambridge, 1990. — 224 p.

Приложение А

Констатирующий эксперимент. Задание № 1 «Дом из комнат»



Рисунок А.1 – Работа испытуемого 1



Рисунок А.2 – Работа испытуемого 2

Продолжение Приложения А

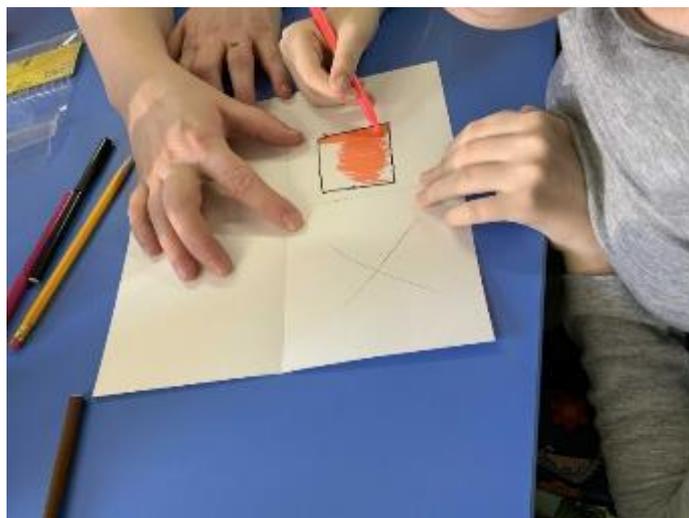


Рисунок А.3 – Работа испытуемого 3



Рисунок А.4 – Результат задания № 1

Приложение Б

**Формирующий эксперимент. Задание № 1 Изучение принципов
расположения формы в пространстве**



Рисунок А.1 – Работа испытуемого 3

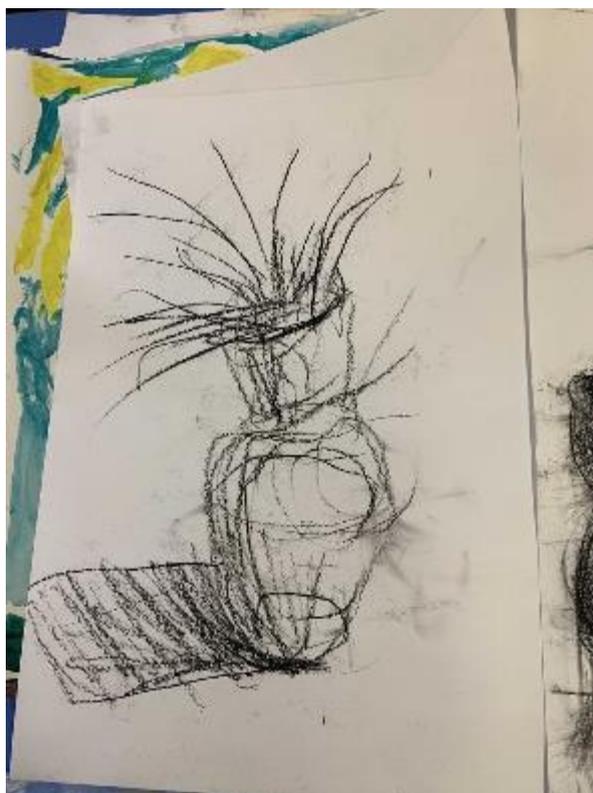


Рисунок А.1 – Работа испытуемого 1

Продолжение Приложения Б



Рисунок А.3 – Работа испытуемого 2

Приложение В

Формирующий эксперимент. Задание № 2 Изучение чувства ритма с применением музыкальных инструментов



Рисунок В.1 – применение инструментов для определения чувства ритма



Рисунок В.2 – Бубен и барабан. Изучение музыкальных инструментов для определения понятия и чувства ритма

Приложение Г

**Формирующий эксперимент. Задание № 3 Рисование в технике
граттаж**



Рисунок Г.1 – Испытуемый 2



Рисунок Г.2 – Испытуемый 3

Приложение Д

**Формирующий эксперимент. Задание № 4 Лепка головы из поэмы
А.С. Пушкина «Руслан и Людмила»**



Рисунок Д.1 – работы испытуемого 1



Рисунок Д.2 – работы испытуемого 2

Продолжение Приложения Д

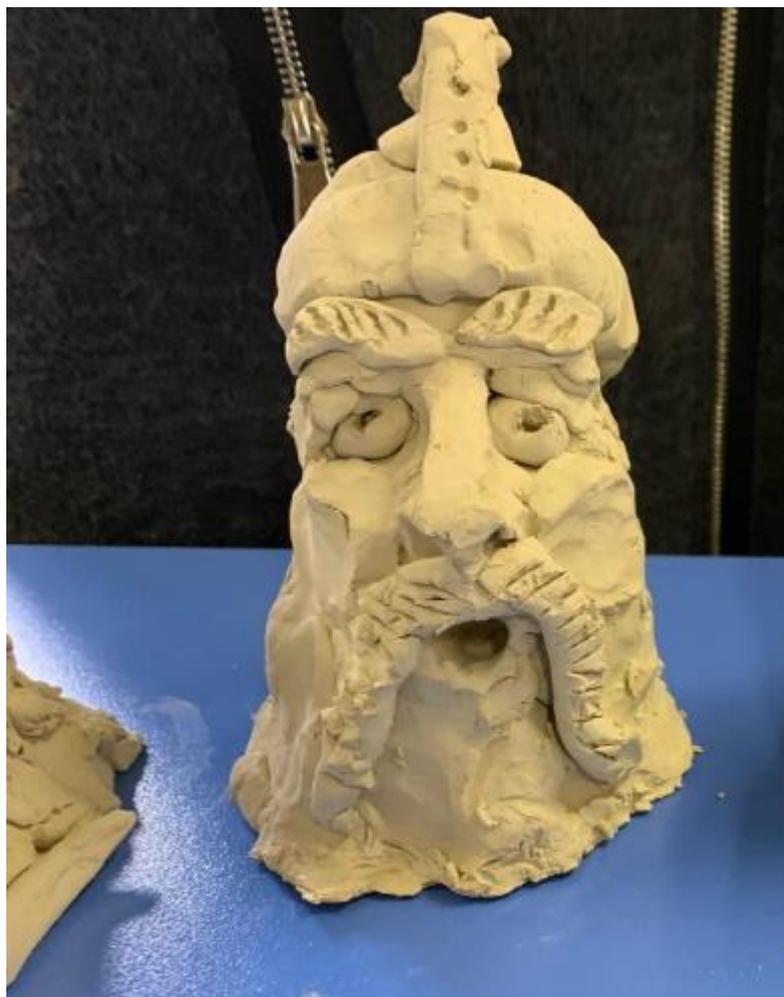


Рисунок Д.3 – работы испытуемого 3

Приложение Е

Формирующий эксперимент. Задание № 5 Нарисуй пейзаж (выполнение копии по картине известного художника)

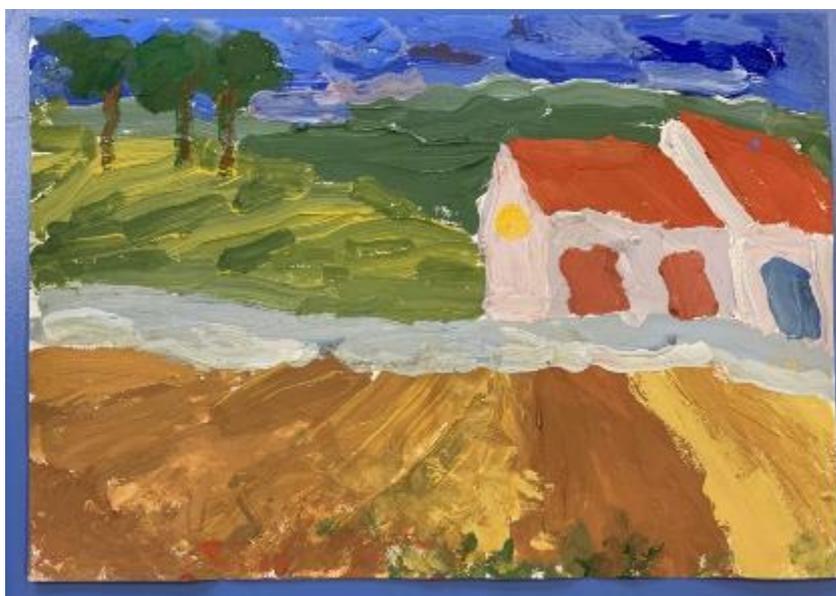


Рисунок Е.1 – Работа испытуемого 1



Рисунок Е.2 – Работа испытуемого 3

Продолжение Приложения Е

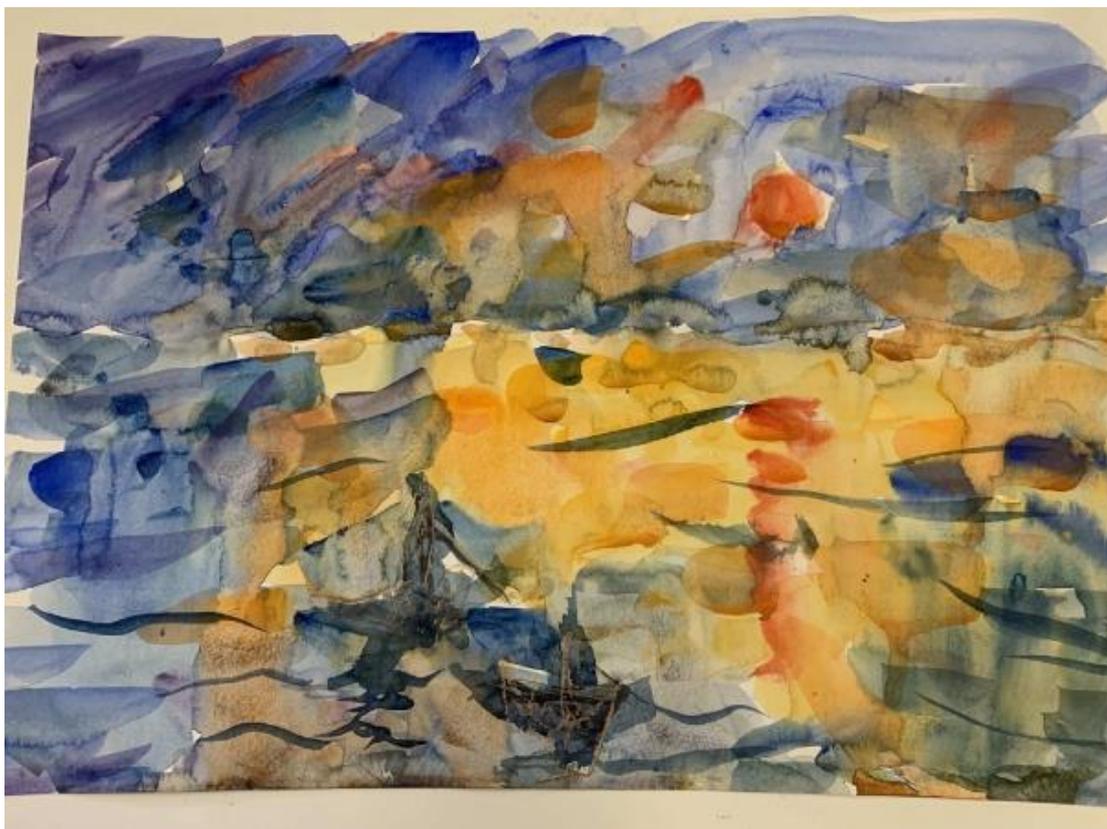


Рисунок Е.3 – Работа испытуемого 2