

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

Институт физической культуры и спорта  
Кафедра «Адаптивная физическая культура»  
49.04.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии  
здоровья (адаптивная физическая культура)»  
«Адаптивное физическое воспитание»

## МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему: «Влияние спортивных мероприятий на психологическое состояние  
инвалидов-колясочников»

Студентка	<u>Л.А. Быстрицкая</u> (И.О. Фамилия)	_____ (личная подпись)
Научный руководитель	<u>А.А. Подлубная</u> (И.О. Фамилия)	_____ (личная подпись)

Руководитель программы д.п.н., доцент В.Ф. Балашова  
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) (личная подпись) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

**Допустить к защите**

Заведующий кафедрой к.п.н., доцент А.А. Подлубная \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

Тольятти, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ..	8
1.1. Посттравматическое психофизиологическое состояние людей на инвалидной коляске .....	8
1.2. Посттравматические стрессовые расстройства. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий.....	15
1.3. Роль физкультуры и спорта в физической и психологической реабилитации инвалидов .....	21
1.4. Копинг-поведение - сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций .....	36
ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
2.1. Задачи исследования .....	45
2.2. Методы исследования .....	45
2.3. Организация исследования .....	48
ГЛАВА 3 . РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ .....	52
3.1. Обоснование проведенных реабилитационных мероприятий.....	52
3.2. Анализ методик диагностики адаптивных способностей инвалидов-колясочников.....	73
3.3. Влияние соревновательной деятельности на психологический климат в семьях инвалидов- колясочников .....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	85
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	88
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	95

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** Темой для данной работы, выбрана проблема, связанная с людьми, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника. В связи с тем, что только в городе Тольятти проживают более 12000 инвалидов на коляске, эта работа может быть полезной для них самих и для членов их семей. У нас в стране, к сожалению, очень мало занимаются решением проблемы психологической и физической реабилитации людей с ограниченными возможностями; привлечением инвалидов молодого возраста к культурным, духовно-нравственным ценностям и здоровому образу жизни. В нашей работе мы опирались на исследования области посттравматических стрессовых расстройств таких авторов как Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. и Березина Ф. Б., а также их зарубежных коллег Гетчела Р., Коллинза Д.Л. и де Кавахо А.Б.

Люди, имеющие инвалидность, зачастую ведут ограниченный четырьмя стенами образ жизни, что ведет к развитию комплексов неполноценности и замыканию в своем узком мирке, а зачастую к алкогольной и наркотической зависимости, а также к более серьезным нарушениям психики, ведущим к суицидальному поведению. Поэтому мы обратились к работам Леонтьева А.А., Усановой О. Я. и Дружинина В.Н.

Человек на инвалидной коляске ограниченные возможности в своей связи с обществом. Взаимодействие с окружающей средой осложнено не только и не столько из-за физических проблем со здоровьем инвалидов, нередко они встречаются с серьезными препятствиями попытке внедрения в социальное и культурное пространство. Эта вынужденное "отшельничество" естественно, доставляет не меньше страданий, чем заболевания и травмы, которые привели к инвалидности. Поэтому вместе с такими видами реабилитационных методов как: медицинская, профессиональная и другие виды традиционной реабилитации, также важно проводить работу восстановления социально-культурных связей. Опираясь на способности

инвалидов-колясочников и поддерживающая их достоинство, работа по интеграции их в общество - эффективна.

**Цель исследования:** поиск эффективных средств психологической реабилитации людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника. В России занимаются в основном медицинской и физической реабилитацией инвалидов-колясочников, но существует необходимость, также и в психологической реабилитации человека, жизнь которого становится совершенно другой, чем прежде. Наряду с самим инвалидом - семья, друзья и ближайшее окружение, тоже нуждаются в психологической помощи.

**Предметом исследования,** является изменение психологического состояния в процессе реабилитационных мероприятий.

**Объектом исследования,** является психологическое и физическое состояние инвалидов-колясочников.

**Основная гипотеза исследования** – улучшение психологического состояния и адаптивных способностей у людей в результате травмы позвоночника, оказавшихся на инвалидной коляске, будет достигнуто, если пользоваться эффективными реабилитационными действиями в виде физкультурных и спортивных мероприятий.

Большинство инвалидов-колясочников пережили посттравматический стресс в результате катастрофы, аварии, несчастного случая, боевого ранения и т.п.

Большая часть исследований психосоматики человека последние три десятилетия была направлена на влияние стресса на человека и его адаптационным процессам, также аспекты психологии. Логическое продолжение изучения стрессов, если они биологического или психосоциального происхождения, являются исследованиями предупреждения стресса и преодолению его. Преодоление или приспособление - опосредованный процесс, определяющий в итоге уровень

адаптации, которая следует за событием стресса, и называется копинг-процессом.

Американский психиатр Э.Хайм писал: «Адаптация человека в условиях стресса определяется не только физиологическими и биохимическими механизмами, но и психологическими, которые делятся на два типа - механизмы психологической защиты и копинг- механизмы. Мы разделяем точку зрения тех авторов, которые полагают, что механизмы совладания используются индивидом сознательно, направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей».

Ранняя диагностика адаптивных способностей инвалидов-колясочников к посттравматическому стрессу, может служить для профилактики посттравматического стрессового расстройства.

#### **Задачи исследования:**

1) Изучить особенности психологической реабилитации людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника.

2) Определить влияние спортивных и физкультурных мероприятий на психологическое состояние и адаптивные способности инвалидов - колясочников.

3) Выявить эффективность влияния занятий теннисом и танцами на инвалидов колясках на психологическое состояние и адаптивные способности людей после травмы позвоночника.

**Методы исследования** были использованы для решения поставленных в работе задач: анализ литературных источников, тестирование, анкетирование, педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, анализ медицинских карт пациентов, метод математической статистики.

**Новизна работы:** мы прибегаем к новейшему методу психотерапии – спортивные мероприятия, в малоисследованном ее виде: теннис и танцы на инвалидных колясках как средства психологической реабилитации.

**Практическая значимость работы:** в результате психологической реабилитации мы ожидаем улучшить психологическое состояние инвалидов-колясочников, психологический климат в их семьях. Повышение самооценки, в результате чего инвалиды, поверив в свои силы, смогут продолжить образование или поменять квалификацию, найти работу, создать семью.

#### **Апробация и внедрение результатов исследования.**

Основные теоретические положения исследования докладывались на научно-практических конференциях ТГУ, международной научно-практической конференции “Социальная интеграция инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в современную жизнь общества: опыт, проблемы, перспективы” (Самара 2016).

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Методическое обоснование применения занятий теннисом и танцами на инвалидных колясках, с целью улучшения психологического состояния и адаптивных способностей у лиц с ПОДА как эффективного средства психологической реабилитации.

2. Эффективность влияния занятий теннисом и танцами на инвалидных колясках на психологическое состояние и адаптивные способности у людей после травмы позвоночника.

**Структура и объем магистерской работы.** Магистерская диссертация на 94стр. состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы 82 наименования, практических рекомендаций, 8 рисунков, 12 таблиц.

В эксперименте принимали участие инвалиды-колясочники члены ТГООИО «КЛИО» и члены их семей (37 человек), продуктивно консультирующие профессиональные психологи (3 человека), а также студенты 2 курса магистратуры ТГУ, обучающихся по специальности «адаптивная физкультура» (3 человека).

**Теоретическую основу** исследования составили понятие копинг-поведение или механизмы совладения как сознательная стратегия

преодолевающая стрессовые ситуации и метод их определения. Представленный опыт, изучающий копинг-поведение при помощи адаптивной методики Э.Хайма, его динамики под влиянием групповой психотерапии и тренинговых занятий. А также помогает нам методика исследования тревожности (опросник Спилберга) и Тест Люшера для эффективного контроля психического состояния до начала реабилитационных действий, во время и по окончании их. В нашем исследовании мы опираемся на теорию посттравматического стресса (Н. В. Тарабрина, И.П.Карпова, А.В.Зайцев) и современных состояний этой проблемы в отечественной и зарубежной психологии.

А также мы прибегаем к новейшему методу психотерапии – спортивные мероприятия, в малоисследованном ее виде: теннис и танцы на инвалидных колясках.

**Практическая значимость работы:** в результате психологической реабилитации мы ожидаем улучшить психологическое состояние инвалидов-колясочников, психологический климат в их семьях. Повышение самооценки, в результате чего инвалиды, поверив в свои силы, смогут продолжить образование или поменять квалификацию, найти работу, создать семью.

## **ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **1. 1. Посттравматическое психофизиологическое состояние людей на инвалидной коляске**

В двадцать первом веке резко повысилось количество террористических атак и антропогенных катастроф в разных уголках России. Из всего этого следует, прежде всего, сверх экстремальное воздействие на психику человека, вызывающее у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении приводят к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), возникающее как скрытые нарушения психики, сопряженные с серьезной угрозой. Аспекты переживания травматического стресса и последствия его воздействия изучались, как правило, как аспект проблематики деятельности человека в стрессовом состоянии, исследований способности человека к адаптации и его стрессоустойчивости. Результат подобных исследований как бы фокусирует нас на социальных, природных, технологических, индивидуально-психологических, экологических и медицинских аспектах жизнедеятельности человека в современных условиях. Общая закономерность ведущая к возникновению и развитию ПТСР не зависит от того, какое конкретное травматическое событие явилось причиной психологического и психосоматического нарушения, хотя психологическая картина ПТСР особенности травматических стрессора обязательно находит отражение.

За последнее десятилетие наблюдаем резкое увеличение количества научно-практических работ в мировом научном сообществе, которые посвящены травматическому и посттравматическому стрессу. Мы можем сказать, что произошло выделение самостоятельной междисциплинарной области науки, которая исследует область травматического стресса и воздействие его на человека.

Участники Первой мировой и Гражданской войны были первыми на ком проводились исследования в этой сфере. И. Бехтерев, П. Ганнушкин, Ф.



Зарубин, С. Крайц проводили исследования проблем психики участников Первой мировой и Гражданской войн, а Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и многие другие занимались этим после ВОВ. Психологические и неврологические последствия военной травмы, после Первой мировой войны хранятся в обширной документации. Там были описаны навязчивые состояния воспроизведения ситуации угрожающей жизни, также состояния повышения раздражительности, обостренной реакции на резкие звуки, затруднений в концентрации внимания и т.п., как последствия перенесенного военными стресса.

Позже в работе Майерса «Артиллерийский шок во Франции 1914-1919» обозначилось отличие неврологического расстройства контузия от разорвавшегося снаряда и «снарядным шоком». Контузию от разрыва снарядов, он рассматривает как неврологическое последствие, результат от физической травмы, а «снарядный шок» Майерс определил как психические последствия, являющиеся результатом пережитого сильного стресса. Реакция, обусловленная пребыванием на военных действиях, стала поводом к началу больших исследований во время Второй мировой войны. Эта особенность у разных ученых имела разные наименования: "военный невроз", "военная усталость", "боевое истощение", "посттравматический невроз".

Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физио-невроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал: "Военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям."

В своём научном труде «Человек в условиях стресса» Гринкер и Шпигель (1945) перечисляли симптоматику, совокупность которой ученые назвали - «военный невроз», которые причиняли страдания "возвращенцам" - солдатам побывавшим в плену. К этим симптомам относились: "повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабления памяти, гиперактивность симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность."

В общем описанные Кардинером симптомы повторялись и в последующих исследованиях, но общее представление характера и механизма действия фактора военных действий на человеческую психику было очень расширено, особенно, после изучения проблем связанных с войной во Вьетнаме. В середине семидесятых годов, американцы почувствовали на себе дезадаптивное поведение ветеранов Вьетнама. У 25% вернувшихся с войны во Вьетнаме солдат, принимавших участие в боевых действиях, этот опыт послужил толчком к развитию патологических изменений личности под воздействием психической травмы. К последнему десятилетию двадцатого века статистические данные показали, что около 100000 ветеранов Вьетнамской войны закончили свою жизнь самоубийством, а около 40000 солдат продолжают вести отшельнический образ жизни и не ведут общение с внешним миром.

Е.Ли и Ф.Лу писали: "ПТСР был исследован в преимущественно у лиц, перенесших травматический стресс, будучи участниками военных действий. При этом известно, что проценты ПТСР среди получивших ранение и инвалидов значительно выше (до 43 %), чем среди ветеранов которые физически здоровы (от 11 до 21 %). Помимо этого, было отмечено, что боевые стрессоры оказывают воздействие, предсказывающее более раннюю смерть, независимо от ПТСР: 57 % военных, которые переживших тяжелые военные действия, умерли или были болены хроническими заболеваниями в возрасте до 64 лет".

Исторически так сложилось, что исследования в области посттравматического стресса, проходили отдельно от области исследований стресса. Были неоднократные попытки навести теоретические мосты между понятиями «стресса» и «посттравматического стресса», но и до наших дней эти две области имеют мало общего.

Основным положением в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Хансом Селье, является мобилизационные ресурсы организма и гомеостатическая мода самосохранения организма как реакция на стрессор. Все аспекты, оказывающие действие на организм, он подразделил на специфический (вирус гепатита вызывает гепатит) и неспецифический стереотипный эффект стресса, которые проявлялся в виде общих адаптационных синдромов. Эти синдромы в своем развитии проходят 3 стадии: реакция тревоги; стадия резистентности и стадия истощения. Селье было введено понятие - адаптационная энергия, мобилизация которой через перестройки адаптационных гомеостатических механизмов организма. Селье считал, что ее истощение, однозначно приведет организм к старению и гибели.

Анохин и Судаков считали, что психическому проявлению - общий адаптационный синдром, присвоили название «эмоциональный стресс» или аффективное переживание, сопутствующее стрессу и ведущее к неблагоприятному изменению организма человека. Именно включение эмоционального аппарата происходит первым при стрессовой реакции при воздействии экстремального и повреждающего факторов, что связано с включением эмоций в структуру любых целенаправленных поведенческих актов. В результате этого активизируется вегетативная функциональная система и ее специфические эндокринные обеспечения, регулирующая поведенческую реакцию. Если нет возможности достигнуть жизненно важного результата, преодолеть стрессовую ситуацию, то возникающее напряжение, вызывает с первичными гормональным изменением внутренней среды организма нарушение гомеостаза.

Некоторые обстоятельства, вместо того чтобы мобилизовать организм для преодоления трудности стресса, могут причинить серьезные расстройства (Исаев Д. Н., 1996). Если аффективные реакции, неоднократно повторяются или продолжительны по времени из-за затянувшихся жизненных трудностей, эмоциональное возбуждение принимает вид застойной стационарной формы. В таких случаях, несмотря на нормализацию ситуации застойное эмоциональное возбуждение не уменьшается.

Более того, через постоянную активизацию центральных образований вегетативной нервной системы, оно ведет к расстройству деятельности внутренних органов и систем. Слабые звенья оказавшиеся в организме, становятся основой для формирования заболеваний. Первичные расстройства, возникшие от эмоционального стресса в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к нарушению в нормальном функционировании сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нарушению системы свертывания крови, расстройств иммунной системы. Эмоциональный стресс по своим происхождением, обыкновенно, социальнен, и устойчивость к нему у различных людей разная. Стрессовая реакция на психосоциальные сложности не только причина последних, но и интегративная реакция на их когнитивные оценки и возбуждение эмоций.

В соответствии с современными взглядами, стресс стал травматическим, если результатом стрессового воздействия, может быть нарушение психической сферы по подобию с физическими нарушениями. В таком случае, в соответствии существующими концепциями, разрушается структура «самости», когнитивные модели мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, которые управляют процессом научения, системой памяти, эмоциональными путями научения. В виде стрессоров в этих случаях выступает травматическое событие: экстремальная кризисная ситуация, обладающая мощными негативными последствиями, в ситуациях угрозы жизни для самого себя или близких родственников. Такое событие

коренным образом нарушает чувство безопасности инвалида, провоцируя переживание травматического стресса, влечет за собой разнообразие психологических последствий. Фактическое переживание травматического стресса для многих людей может стать причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

«Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека».

Некоторые известные исследователи стресса, например Лазарус, бывший последователем Г. Селье, в основной части игнорирует ПТСР, также и другие расстройства, в качестве возможного последствия стресса, ограничиваясь полем внимания исследования особенности эмоционального стресса.

В концепции «травматического горя» Линдермана (1944) и «синдрома стрессовой реакции» Горовица (1986) часто приводят в виде примера расширенную концепцию теории классического стресса. Однако эти модели включают в понятие фазу восстановления или ассимиляции, которая по сути приводит пролонгированной борьбе с последствием экстремального или травматического стрессов. Указывающие на эти концепции авторы, говорят о том, что пациенты перенесшие психическую травму переживают также психический дискомфорт, дистресс, тревогу и горе в течение всего периода.

Попытка рассматривать эту концепцию в виде разновидности классической теории стресса, по-видимому, проистекает из классификации авторами выше обозначенных реакций как «стресс» и «хронический стресс». Хронический стресс - не ограничивается ситуациями воздействия стрессора. Реакция может быть как до того, как исчезнет действие стрессора, так и в последующую жизнь. Отсроченные последствия травматического стресса, не могут называться "посттравматическим психическим нарушением как и

обозначая непосредственную реакцию на стрессор – «стрессом», с теоретической точки зрения - это не корректно.

Исследования в области стресса и травматического стресса имеют различия в методологического характера. Также большая часть исследований травматического стресса, сконцентрированы на оценке связи между вызванной травмой расстройствами и самой травмой. А также оценивают взаимосвязь между степенью травматогенности какого либо события, а не на его стессогенности. Когда психометрические инструменты - шкала оценки воздействия травматического события Горовица и Миссиссипская и шкала ПТСР Кина, были разработаны, они дали возможность оценивать эти специфические последствия психической травмы.

Исследователи в области стресса работали в основном методом эксперимента по специальным планам и в контролируемых условиях. Исследования, которые посвящены проблемам травматического стресса, напротив, носили натуралистический, ретроспективный характер и в большей степени относятся к методу наблюдения. Ученые исследовавшие травматический стресс склоняются к измерению переменных, которые имеют концептуальный и категориальный характер результата (замеры развития расстройств). Исследования в области стресса имеют дело с континуальные переменные.

Хобфолл в 1988 году изложил точку зрения, послужившую элементом связывающим концепцию стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражает идею тотального стрессора, из-за которого провоцируется совершенно иной вид реакции, при котором консервируются адаптационные ресурсы - «притвориться мертвым». Аналогичную точку зрения высказал, оставшись в рамках психоаналитической теории, Кристэл в 1978 году, предположивший, что психический коллапс, «замораживание аффекта», как и возникающие после нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия, являются основными чертами «травматической» реакции на экстремальные условия. Им были предложены и другие термины -

диссоциация и дезорганизация, которые описывают реакцию на тотальный стресс.

«Выражаясь метафорически, два подхода: стресс и травматический стресс - включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и «нормальности», а с другой - разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии.

## **1.2. Посттравматические стрессовые расстройства. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий**

«Актуальность изучения взаимосвязи между признаками ПТСР и суицидальным поведением обусловлена прежде всего статистикой суицидов среди лиц, подвергшихся травматическому воздействию. С момента окончания боевых действий и по 1990 г. покончили жизнь самоубийством более 50 тысяч ветеранов войны во Вьетнаме. Среди ветеранов, боевой опыт которых был связан с повышенным риском для жизни, наблюдается выраженная тенденция любым способом (в основном - алкоголь и наркотики) уйти от переживаний, связанных с войной».

Фарбероу с соавторами описывает свои ретроспективные исследования, в ходе работы было выяснено, что ПТСР выявлялся значительно реже среди людей переживших автомобильную катастрофу, чем среди ветеранов Вьетнама. Хендин и Хае, в процессе изучения возможности прогноза самоубийств у ветеранов, предположили, что "чувство вины" является мощным провокатором суицидальных настроений.

Крамер в своей работе отмечал: «У вьетнамских ветеранов с диагнозом ПТСР и депрессией наблюдается рост суицидального поведения, по сравнению с пациентами, которые страдают ПТСР или депрессией. Взаимосвязь ПТСР и суицидального поведения обнаружена не только среди ветеранов войн и узников плена, но и среди гражданского населения».

По данным исследований суицидов, выяснилось, что очень высока связь между чувством «безнадежности», отсутствием возможности заглянуть в будущее и перспективой суицида.

Одним из симптомов диагностирующих ПТСР, является утрата жизненной перспективы. Наличие этого симптома у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС на 72% у людей с диагнозом ПТСР и только у 2,4% у людей без этого диагноза.

«Показано, что дети, пережившие аварию на ЧАЭС, предпочитают «не заглядывать в будущее», они называют одно-два события ближайшего месяца или года, а о более отдаленных планах говорят с большим трудом, они недоверчивы, не уверены в своем будущем. Аналогичный факт, но уже на материале военной травмы, отмечается Бентлер и Боннет»: «когда детей, переживших войну, просили сделать рисунки об их жизни до войны, во время войны и в будущем, то многие из них не могли выполнить последнего задания, так как не имели представления о своем будущем. Чувство бесперспективности характеризует также лиц, переживших тяжелую физическую травму».

Исторически так сложилось, что исследования в области посттравматического стресса, проходили отдельно от области исследований стресса. Были неоднократные попытки навести теоретические мосты между понятиями «стресса» и «посттравматического стресса», но и до наших дней эти две области имеют мало общего.

Основным положением в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Хансом Селье, является мобилизационные ресурсы организма и гомеостатическая мода самосохранения организма как реакция на стрессор. Все аспекты, оказывающие действие на организм, он подразделил на специфический (вирус гепатита вызывает гепатит) и неспецифический стереотипный эффект стресса, которые проявлялся в виде общих адаптационных синдромов. Эти синдромы в своем развитии проходят 3 стадии: реакция тревоги; стадия резистентности и стадия истощения. Селье было введено понятие - адаптационная энергия, мобилизация которой через перестройки адаптационных гомеостатических механизмов организма. Селье



считал, что ее истощение, однозначно приведет организм к старению и гибели.

Анохин и Судаков считали, что психическому проявлению - общий адаптационный синдром, присвоили название «эмоциональный стресс» или аффективное переживание, сопутствующее стрессу и ведущее к неблагоприятному изменению организма человека. Именно включение эмоционального аппарата происходит первым при стрессовой реакции при воздействии экстремального и повреждающего факторов, что связано с включением эмоций в структуру любых целенаправленных поведенческих актов. В результате этого активизируется вегетативная функциональная система и ее специфические эндокринные обеспечения, регулирующая поведенческую реакцию. Если нет возможности достигнуть жизненно важного результата, преодолеть стрессовую ситуацию, то возникающее напряжение, вызывает с первичными гормональным изменением внутренней среды организма нарушение гомеостаза.

Некоторые обстоятельства, вместо того чтобы мобилизовать организм для преодоления трудности стресса, могут причинить серьезные расстройства (Исаев Д. Н., 1996). Если аффективные реакции, неоднократно повторяются или продолжительны по времени из-за затянувшихся жизненных трудностей, эмоциональное возбуждение принимает вид застойной стационарной формы. В таких случаях, несмотря на нормализацию ситуации застойное эмоциональное возбуждение не уменьшается.

Более того, через постоянную активизацию центральных образований вегетативной нервной системы, оно ведет к расстройству деятельности внутренних органов и систем. Слабые звенья оказавшиеся в организме, становятся основой для формирования заболеваний. Первичные расстройства, возникшие от эмоционального стресса в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к нарушению в нормальном функционировании сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нарушению системы свертывания крови, расстройств

иммунной системы. Эмоциональный стресс по своим происхождением, обыкновенно, социальнен, и устойчивость к нему у различных людей разная. Стрессовая реакция на психосоциальные сложности не только причина последних, но и интегративная реакция на их когнитивные оценки и возбуждение эмоций.

В соответствии с современными взглядами, стресс стал травматическим, если результатом стрессового воздействия, может быть нарушение психической сферы по подобию с физическими нарушениями. В таком случае, в соответствии существующими концепциями, разрушается структура «самости», когнитивные модели мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, которые управляют процессом научения, системой памяти, эмоциональными путями научения. В виде стрессоров в этих случаях выступает травматическое событие: экстремальная кризисная ситуация, обладающая мощными негативными последствиями, в ситуациях угрозы жизни для самого себя или близких родственников. Такое событие коренным образом нарушает чувство безопасности инвалида, провоцируя переживание травматического стресса, влечет за собой разнообразие психологических последствий. Фактическое переживание травматического стресса для многих людей может стать причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

«Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека».

Некоторые известные исследователи стресса, например Лазарус, бывший последователем Г. Селье, в основной части игнорирует ПТСР, также и другие расстройства, в качестве возможного последствия стресса, ограничиваясь полем внимания исследования особенности эмоционального стресса.

В концепции «травматического горя» Линдермана (1944) и «синдрома стрессовой реакции» Горовица (1986) часто приводят в виде примера расширенную концепцию теории классического стресса. Однако эти модели включают в понятие фазу восстановления или ассимиляции, которая, по сути, приводит пролонгированной борьбе с последствием экстремального или травматического стрессов. Указывающие на эти концепции авторы, говорят о том, что пациенты, перенесшие психическую травму переживают также психический дискомфорт, дистресс, тревогу и горе в течение всего периода.

Попытка рассматривать эту концепцию в виде разновидности классической теории стресса, по-видимому, проистекает из классификации авторами выше обозначенных реакций как «стресс» и «хронический стресс». Хронический стресс - не ограничивается ситуациями воздействия стрессора. Реакция может быть как до того, как исчезнет действие стрессора, так и в последующую жизнь. Отсроченные последствия травматического стресса, не могут называться "посттравматическим психическим нарушением как и обозначая непосредственную реакцию на стрессор – «стрессом», с теоретической точки зрения - это не корректно.

Исследования в области стресса и травматического стресса имеют различия в методологического характера. Также большая часть исследований травматического стресса, сконцентрированы на оценке связи между вызванной травмой расстройствами и самой травмой. А также оценивают взаимосвязь между степенью травматогенности какого либо события, а не на его стессогенности. Когда психометрические инструменты - шкала оценки воздействия травматического события Горовица и Миссиссипская и шкала ПТСР Кина, были разработаны, они дали возможность оценивать эти специфические последствия психической травмы.

Исследователи в области стресса работали в основном методом эксперимента по специальным планам и в контролируемых условиях. Исследования, которые посвящены проблемам травматического стресса,

напротив, носили натуралистический, ретроспективный характер и в большей степени относятся к методу наблюдения. Ученые исследовавшие травматический стресс склоняются к измерению переменных, которые имеют концептуальный и категориальный характер результата(замеры развития расстройств). Исследования в области стресса имеют дело с континуальные переменные.

Хобфолл в 1988 году изложил точку зрения, послужившую элементом связывающим концепцию стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражает идею тотального стрессора, из-за которого провоцируется совершенно иной вид реакции, при котором консервируются адаптационные ресурсы - «притвориться мертвым». Аналогичную точку зрения высказал, оставшись в рамках психоаналитической теории, Кристэл в 1978 году, предположивший, что психический коллапс, «замораживание аффекта», как и возникающие после нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия, являются основными чертами «травматической» реакции на экстремальные условия. Им были предложены и другие термины - диссоциация и дезорганизация, которые описывают реакцию на тотальный стресс.

«Выражаясь метафорически, два подхода: стресс и травматический стресс - включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и «нормальности», а с другой - разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии».

### **1.3. Роль физкультуры и спорта в физической и психологической реабилитации инвалидов**

Инвалидность означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества находить

дополнительные меры, средства и усилия( это может быть в виде специальных программ, специальных центров по реабилитации, специальных учебных заведений и т.п.).

Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса реабилитации.

«Понятие «реабилитация» характеризует в обобщенном виде процесс усвоения индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом, и позволяет функционировать индивиду в качестве активного субъекта общественных отношений.

Реабилитацию не следует сводить к физическому восстановлению, хотя она и включает эти процессы. Психологическая реабилитация личности осуществляется под влиянием совокупности многих условий, как социально-контролируемых, и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих спонтанно».(4)

Она - это аспект принципа жизни индивидуума, и способна расцениваться как ее установка и как результат. Неизменным условием душевной реабилитации значится культурная самоактуализация личности, ее динамическая работа над собственным общественным совершенствованием. Сколь бы ни были положительными условия выздоровления, ее достижения во многом зависят от подвижности самой личности.

В общепринятой российской психологии реабилитация расценивается как самосовершенствование личности в процессах ее соприкосновения с разными общественными группами, институтами, организациями, в работе которых выражается стойкая жизненная позиция человека.

При всех неоспоримых благах, научно-технического прогресса увеличивается количество стрессовых ситуаций, ускоряется общий жизненный ритм и плюс к этому сильно повысился уровень гиподинамии. У людей вовсе не остаётся времени на занятия спортом и физкультурой.

Очень важно в наше время, параллельно с увеличившимся ростом зависимостей разного вида, целенаправленно пропагандировать здоровый образ жизни.

Семь миллионов человек взрослого населения России в настоящее время зарегистрированы как инвалиды I, II, III групп, половина из них - люди до 45 лет. Если же учитывать общий объем больных находившихся на диспансерном учете, получивших временную не трудоспособность из-за перенесенного заболевания или травмы, детей-инвалидов и лиц, с хроническими заболеваниями неоформивших инвалидность, то в России проживают около двадцати миллионов человек, которым необходимы срочные реабилитационные мероприятия. Очень важно использование средств и методов физической культуры. Благодаря своей уникальности и универсальности они полезны при реабилитации всех видов: медицинской, физической, психической и социальной.

Реабилитационные и социально адаптационные мероприятия являются значительно эффективным средством социальной защиты инвалидов. Трудно себе представить интеграцию инвалидов в общественную жизнь без реабилитации физической, в основе которой, лежит профессиональная и социальная реабилитация.

В настоящее время человечеством накоплен большой опыт по осуществлению профилактики и самому лечению огромного количества заболеваний, при непосредственном использовании средств физической культуры: гигиена, природные, физическая нагрузка. Каждый сотрудник работающий в социальной сфере обязан знать о положительном влиянии физической культуры, ее огромное значение в общественной поддержке населения.

Физическая культура – это составная часть социальных отношений между людьми, рождающихся на той или иной социально-экономической основе. Характерность физической культуры определяется ее связями с политикой и идеологией, культурой, искусством и моралью, с образованием

и воспитанием членов общества, связями с производством, наукой и техникой.

Физическая культура и спорт представляют собой субъективный и объективный аспекты жизни людей, играют огромную роль в формировании условий труда, жизни человека.

Уже давно известна роль двигательной активности в укреплении здоровья человека. Древнегреческий философ Платон полагал, что движение - «целительная часть медицины». М.В. Ломоносов в известном письме «О сохранении и размножении Российского народа» представлял широкую программу развития здравоохранения в России и обращал внимание на необходимость серьезного развития физической культуры и спорта.

И в социальном, и в индивидуальном смысле под физической культурой мы понимаем - способ целеполагания при формировании телесности. Большое количество авторов связывают эту проблему с проблемой физического совершенствования. При достижении данной цели физическая культура как явление общественное должна обеспечивать в первую очередь формирование индивидуальной физической культуры. Иначе говоря, физическое совершенство является собой обобщающее образование, системообразующий фактор и в отношении индивидуальной физической культуры. Для физической культуры в общесоциальном смысле и в отношении ее индивидуального аспекта, целью является гармонически развитый человек.

К несчастью, несмотря на всю обыденность указанного положения, значение индивидуальной физической культуры, как и теоретические и методические пути ее формирования, почти не разработано.

Очевидно, физическую культуру человека стоит рассматривать в двух плоскостях: как элемент культуры личности и как аспект ее отголоска в образе жизни и физическом облике человека.

Потенциал физической культуры в сфере социальной защиты людей безграничны. Разумеется, отобразить здесь всю методику реабилитационной

или рекреационной работы при помощи физической культуры невозможно. Однако, перечислить основные направленности и практическую важность просто необходимо.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в последнее время приобрели особое развитие неинфекционные болезни: сердечно-сосудистые, остеохондроз позвоночника, - потери от которых намного превышают потери от инфекционных заболеваний, производственных травм, дорожных аварий и даже потери от войн. Почетное место в профилактических процедурах данных заболеваний занимают специальные курсы физических упражнений, поскольку они воздействуют непосредственно на те физиологические механизмы, разлад которых приводит к возникновению и развитию недугов.

Стоит учесть, что такому ущемленному в социальном, экономическом, моральном и психологическом отношении слою населения как инвалидам крайне необходима социальная защищенность, которая будет проявляться в целенаправленной деятельности государства и других субъектов в области создания и благоустройства цивилизованных условий жизни, включающих занятия физическими упражнениями. Кроме роста остаточного здоровья инвалидов, это позволит успешно справиться с учебной нагрузкой, с профессиональной деятельностью, налаживанием межличностных контактов, получением положительных эмоций, умалением стрессов.

Одно из лидирующих направлений в возрождении утраченных возможностей нормальных двигательных процессов является использование современных тренажерных устройств. Тренажерные системы – это практически единственное средство для восстановительных, реабилитационных и физкультурно-оздоровительных занятий для инвалидов. Тонкости нынешнего производства и производственных отношений ждут от человека не дюжих функциональных возможностей организма: памяти, внимания, оперативного мышления, быстроты реакций, устойчивости к



неблагоприятным факторам, высокой работоспособности и т. п. Все это можно развить и удержать на высоком уровне при помощи так называемой профессионально-прикладной физической подготовки (ППФП). Одним из доказательств данного изречения можно считать подготовку космонавтов, где ППФП посвящается большая часть времени из общего срока подготовки к полету.

В соответствии с требованиями ФЗ от 24.11.95 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а также поручениям Президента РФ по проблемам детей-инвалидов Министерством РФ по физической культуре, спорту и туризму назначена система физкультурно-спортивных мероприятий среди инвалидов, которая предусматривает соревнования на всех уровнях среди лиц с поражением ОДА, умственной отсталостью, незрячих и глухих спортсменов. Данные соревнования в количестве от 50 до 60 ежегодно отдельным блоком входят в Единый календарный план Всероссийских физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий. В Единую спортивную классификацию, наряду со спортивными федерациями по категориям инвалидности, были созданы и введены соответствующие спортивные требования и нормы по 31 виду спорта, пополняющиеся и впредь новыми видами спорта. Создана концепция Государственной политики в сфере физической реабилитации и адаптации инвалидов, принятая Общественным советом по физической культуре, а затем согласованная с Министерством образования РФ Министерства труда и социального развития РФ и Мин. Здравоохранения РФ.

В первый раз в государственную отчетность введены показатели формирования физкультуры и спорта среди инвалидов. В нынешнее время в России насчитывается больше 400 спортивных клубов инвалидов (в 1996 г. их было 76).

Адаптивная физическая культура – это физическая культура лиц с отклонениями в развитии и инвалидов, комплекс результативных средств их

физической реабилитации и одно из важнейших средств социального и психофизического приспособления.

Физическая реабилитация - восстанавливающее, корректирующее и компенсирующее нарушение функций организма человека средство, улучшающее социальные функции и трудоспособности лиц с ослабленным здоровьем и инвалидов, с использованием особых методов и возможностей адаптивной физической культуры и спорта.

В первую очередь, системы физической культуры оказывают положительное влияние на процессы физической реабилитации инвалидов, общее укрепление здоровья и восстановление двигательных функций.

Кроме всего прочего, важность физической культуры и спорта тяжело преувеличить в процессе социальной адаптации инвалидов. При помощи мероприятий физической культуры и спорта инвалиды возвращаются в общество и, что самое ценное, подают пример всем инвалидам в том, что жизнь может быть яркой и насыщенной, несмотря на инвалидность.

Чтобы значительно приумножить количество увлекающихся физической культурой и спортом среди инвалидов нужно увеличить границы физкультурно-спортивной деятельности государственных и общественных организаций по приобщению инвалидов к занятиям физической культурой и спортом.

Физическая реабилитация и социальная адаптация посредством физической культуры, адаптивного спорта и адаптивного физического развития осуществляются в организациях физкультурно-спортивной направленности, физкультурно-спортивных клубах инвалидов, спортивных школах, центрах, специальных (коррекционных) учреждениях, в том числе учреждениях дополнительного образования любых видов для работы с инвалидами и лицами, отнесенными к специальным медицинским группам и с ослабленным здоровьем, находящимися в системе образования, здравоохранения, социального обеспечения, физической культуры и спорта.

Физические упражнения, как средства и методы физической культуры, не имеют аналогов, равноценных по силе влияния на разные стороны реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями. Разумная двигательная динамика помогает найти независимость, социальную, бытовую, психическую самостоятельность, развиваться в профессиональной деятельности, отдыхать, совершенствовать физические способности, добиваться высоких результатов в спорте.

Стоит заметить, что вопросы физической реабилитации и социальной интеграции инвалидов возможностями физической культуры и спорта решаются медленно. Главными причинами низкого развития физической культуры и спорта среди инвалидов проявляется практическое отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений, нехватка оборудования и инвентаря, отсталость в развитии сети физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ и филиалов для инвалидов во всех типах учреждений дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности. Чувствуется недостаток профессиональных кадров. Не выявлена в полной мере надобность в физическом совершенствовании у самих инвалидов, что связано с отсутствием специализированной пропаганды, подвигающей их к занятиям физической культурой и спортом.

В направлении физической реабилитации инвалидов до сих пор присутствует пренебрежение тем обстоятельствам, что физкультура и спорт гораздо важнее для человека с ограниченными возможностями, чем для одаренных в этом отношении людей. Методичные физкультурно-спортивные занятия, участие в спортивных состязаниях являются конфигурацией так остро нужного общения, воссоздают психическое равновесие, освобождают от ощущения изолированности, возвращают чувство уверенности и самоуважения, дают возможность вернуться к активной жизни. Важной задачей все же остается приобщение в регулярные занятия спортом как можно большего числа инвалидов в целях использования физкультуры и

спорта как одного из главнейших средств для их адаптации и интеграции в жизнь общества, так как эти занятия строят психические установки, нужные для удачного воссоединения инвалида с обществом и участия в полезном труде. Использование возможностей физической культуры и спорта является действенным, а в ряде случаев одним-единственным методом физической реабилитации и социальной адаптации.

В качественных изменениях в мероприятии по проблеме инвалидов в свою очередь поспособствуют следующие этические, социальные, экономические и организационные обстоятельства:

- осуществление мероприятий по действенному совершенствованию качества жизни инвалидов, улучшение материально-технического состояния общественных организаций и учреждений инвалидов (инвалидов с недугами органов зрения, слуха, поражения опорно-двигательного аппарата и нарушениями интеллекта и т.д.);

- разработка условий, помогающая инвалидам принимать участие в общественной, культурной и физкультурно-оздоровительной области;

- создание возможностей для людей с ограниченным здоровьем заниматься физической культурой и спортом на физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях областного центра; организация групп здоровья;

- организация специальных центров физической реабилитации инвалидов посредством оздоровительной и адаптивной физической культуры

- реализация физкультурно-спортивных клубов для инвалидов по месту жительства для адаптации организма инвалида к спортивной нагрузке и создания основ для формирования спортивно-двигательного навыка в конкретных видах спорта;

- установить городские (областные) федерации физической культуры и спорта инвалидов, призванных корректировать деятельность государственных и общественных объединений по привлечению инвалидов

к регулярным занятиям оздоровительной физкультурой и массовым спортом;

- выделение целевых внебюджетных средств для приобретения спортивного инвентаря и оборудования в пользование спортивными клубами инвалидов;

- обеспечение выделения целевых внебюджетных средств на доставку инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и «колясочников» к месту проведения тренировок по физической культуре и спорту;

- организация практической и методической помощи при развитии новых видов спорта, секций, физкультурно-оздоровительных организаций в помещениях муниципальной и областной собственности, для создания городских и областных команд, для отбору участников на соревнования и турниры различного масштаба;

- обеспечение системной, научно-обоснованной, медицинской и программно-методической литературой, с описанием отечественных и зарубежных практик физического воспитания, спортивных, оздоровительных и адаптивных тренировок;

- привлечение СМИ к освещению проблем физической культуры и спорта инвалидов телевизионных и радио передачах и организации общественных обсуждений;

- проведение методических семинаров по подготовке и переподготовке спортивных судей по видам спорта для обслуживания соревнований инвалидов на городском, районном и областном уровнях;

- включение в городских спортивных школах ставки специалиста (тренера- преподавателя, инструктора) по адаптивной физической культуре, реализация дифференцированных подходов к оплате труда специалистов;

- обеспечить постоянный рост квалификации сотрудников в области реабилитации и лечебно-профилактической работы с инвалидами, а также в развитии массового спорта и спорта высших достижений.

Многолетние отечественные и зарубежные практики работы с инвалидами, имеющими нарушение опорно-двигательного аппарата, демонстрируют, что физическая культура и спорт для них - наиболее результативный метод реабилитации. Физическая активность, начинающаяся уже во время нахождения инвалида в стационаре и продолжающаяся после его выписки, мешает уходу инвалида в свою болезнь. Физическая культура и спорт препятствуют ненормальным психологическим и антисоциальным поведением, часто возникающим на почве тяжелой инвалидности.

Задача физкультуры и спорта - рост самодисциплины, самоуважения, духа соревнования и дружбы, т.е. характерных качеств, имеющих важное значение для интеграции или реинтеграции инвалида в социуме.

Следовательно, физкультура и спорт в существенной степени «способствуют освобождению человека с тяжелой инвалидностью из гетто изоляции, в котором он прозябал многие столетия из-за недостаточного понимания и отрицательной реакции окружающих его людей».

Кинезофилия, а также физическая культура и спорт, расширенные на ее базе динамического режима - непринужденное, физиологически обоснованное средство борьбы с гипокинезией, фактор возмещения дефицита проприоцептивной афферентации.

Роль физической культуры и спорта в жизни инвалида:

- терапевтический фактор: занятия оздоровительной физкультурой и спортом;
- натуральная форма лечебных упражнений, применяемых в качестве дополнения к обычным способам физической реабилитации. Тяжело преувеличить их важность для восстановления здоровья инвалида, способности контролировать свои действия, развития скорости и выносливости. Начиная борьбу с самим собой, желая улучшить свою работоспособность, инвалид привыкает преодолевать усталость - главный симптом в первоначальных стадиях восстановления;

– психологическое значение спорта как отдыха: инвалид может расценивать свои тренировки не только как победу, мышечную борьбу за восполнение сил, но и как источники радости. У спорта есть значительные преимущества перед формально-физическими упражнениями - фактор отдыха. Спорт способен восполнить потребности выражения жизненной радости и удовлетворения, заложенные в людях, так как являет собой образец игровой деятельности;

– физическая культура и спорт - это средства социальных реинтеграций инвалидов в общество, мощнейший стимул восстановления или налаживания контакта с окружающим миром.

Следовательно, физкультура и спорт упрощают и сокращают путь инвалидов к возвращению общество, помогают признать их как равноправных граждан. Известны виды спорта и игры, в которых инвалид может принять участие также как здоровый человек (к примеру, стрельба из лука, игра в кегли, в настольный теннис и др.).

Закалка физическими нагрузками укрепляет организм, значительно увеличивает его возможности. Характерные особенности тренированных организмов в состоянии покоя:

– устойчивость - присутствие оптимального уровня биохимических и физиологических констант, их высокая стабильность. Данные свойства позволяют значительно увеличить неподатливость организма к возмущающему влиянию физических упражнений;

– сопротивляемость - характерная черта тренированных организмов к более усиленной мобилизации своих функций. Это связано со значительными диапазонами сдвигов во внутренней среде и всей вегетативной сфере. Данная деталь способна позволить тренированным организмам без негативных последствий перенести большие отклонения гомеостатических констант при мышечной деятельности;

– переносимость - приобретенное в процессах тренировок свойство организмов сохранять некоторый уровень работоспособности при

негативных условиях, которые в свою очередь связаны с выполнением трудных и утомительных работ, значительной нехваткой кислорода, воздействием высоких и низких температур и т.д. В то же время возникает такое сильное отклонение от гомеостатических констант, которое неподготовленный организм вообще не в состоянии перенести, а тренированный к ним привычен.

Локомоторный аппарат инвалида, который занимается спортом, переживает метаморфозы - замечается ряд благоприятных сдвигов в костно-суставной и мышечной системах. Фундамент развитой тренированности - улучшение нервного управления всеми органами, в том числе и сердцем. В процессе тренировки возрастает сила, уравновешенность и гибкость нервных процессов, что влечет за собой улучшение регуляторной функции организма. В то же время развивается и координируется взаимодействие моторной и вегетативной функций. Физические упражнения в тех или иных проявлениях рекомендуются практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями.

Физкультурно-оздоровительные и спортивные работы должны начинаться сразу же после окончания этапа медицинской реабилитации в специализированном стационаре.

Исходные условия для начала занятий:

- наличие медицинского показания и отсутствие противопоказания;
- твердая мотивация, заинтересованность и функциональные предпосылки;
- стабилизация, которая достигается в процессе восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Противопоказание как правило определяется всевозможными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, вне зависимости от причин наступления инвалидности.

К регулярным занятиям физкультурой и спортом могут быть допущены инвалиды:



– с поражениями спинного мозга на различном уровне (оперированные или прошедшие курс консервативного лечения). В результате травм легкой или средней тяжести занятия следует начинать через полгода, постепенно поднимая физическую нагрузку;

– после тяжелых травм - через 1 год (за исключением повреждения шейного отдела позвоночника);

– вследствие пережитой нейроинфекции; занятия физкультурой разрешены в стадии ремиссии (не ранее, чем через год).

Основные факторы, определяющие возможность занятий физкультурой и спортом инвалидов по зрению:

- состояние здоровья;
- особенности глазных патологий;
- общая физическая подготовка;
- уровень психологической подготовки.

Данные факторы - фундамент нахождения показаний к ограничениям и противопоказаний к физическим нагрузкам. Задача любых деятельностей (трудовых, бытовых или спортивных) - удовлетворение тех или иных потребностей. В большей части случаев потребности инвалидов - это нахождение работы, возвращение здоровья, участие в соревнованиях и т.п.

Возможно два типа мотиваций - сильные и слабые, в последнем случае, нам необходимо усилить мотивацию за счет внешних воздействий (например, занимаясь физкультурой и спортом), иными словами, создаем мотивационную установку. Она имеет очень важное свойство, которое имеет значение в работе с инвалидами - мотивация сохраняется длительное время в памяти и переходит в готовность, когда появляются соответствующие условия. Эти мотивы можно назвать потенциальными, они сформированы, но не проявляются в данный момент. необходимо учитывать состояние депрессии у инвалидов, которое объясняется многими причинами. Депрессивное настроение в какую-то минуту может проявиться через

депрессивное поведение. Д. Майерс описал схему порочного круга депрессии:

«Негативные переживания - это концентрирование на себе и самобичевание - депрессивные настроения - депрессивное поведение - (негативные переживания). И так по кругу».

Сильным источником воздействия является интерес государственных и общественных ассоциаций, из которого следует деятельность, способная обеспечить успешную увлеченность инвалидов физкультурой и спортом. Взаимодополняющее воздействие психосоматических симптомов, мировоззрения семьи либо организаций, ее заменяющих, в плане занятий физкультурой и спортом, на тягу к тренировкам и достижение больших высот можно представить в виде таблицы (см.таблицу1)

Таблица 1

Близкие люди	Члены семьи или заменяющее их учреждение	Положительное отношение социума к занятию спортом
Наследственная психосоматика	Качества, выработанные в процессе социализации (ресоциализации)	Положительное отношение инвалида к занятию спортом
Инвалидность	Моральная и материальная стимуляция	Повышение уровня жизни и высокие достижения в спорте

Методы исследования:

Физическое развитие. Чаще в подтвержденной практикой работе употребляют такие мероприятия, как соматоскопия и соматометрия (антропометрия), которые дают возможность выявить тип сложения тела, недостатки локомоторной системы (неудовлетворительное развитие некоторых мышечных групп, маленькая подвижность либо гипермобильность некоторых суставов, посттравматические дефекты, противоестественные изменения либо укорочение одной из конечностей и др.).

Функциональные исследовательские изучения. Наиболее нужное в их числе - исследование кардиореспираторной системы как главной

лимитирующей составляющей в системе передвижения кислорода во время мышечного движения. Изучения кровообращения производят с поддержкой ЭКГ, фонокардиографии, поликардиографии, вариационной пульсометрии, эхокардиографии, импедансографии, пневмотахометрии и иных методов.

Изучение физиологической возможности в работе. Занятия физическими упражнениями - простой стресс-фактор. Для представления его воздействия на организм фактически здоровых людей, спортсмены употребляют тредмил-тест, велоэргометрию, степ-тест и др. При этом пациент делает взвешенную циклическую нагрузку с подключением важного количества мышечных зон, достигнутым результатом субмаксимальной либо максимальной стимуляции метаболических процессов, кардиореспираторной системы. В общем, это дает возможность беспристрастно сделать выводы касательно функциональных и резервных возможностей человека. Нагрузочные испытания, к примеру, для инвалидов-колясочников, как правило осуществляют с применением всевозможных эргометров, дающим возможность наверняка замерить вращательный фактор, усилие и скорость для определения силы нагрузки и иных динамических характерных черт. Возможно применение «колясочной эргометрии», когда кресло-коляску ставят на валики эргометра - это максимально приближенный к норме подход для этой группы инвалидов. Кресло-коляску можно поставить на тредмиле, выровненной либо приподнятой под углом небольшой дороге, не забывая при всем этом регулировать скорость передвижения и угол подъема.

Выбор подходов и условий клинико-функциональных опытных изучений зачастую зависит от состояния здоровья, прогрессирования болезни (повреждения), проявлений неврологической симптоматики, уровня изменения основополагающих конструктивных порядков организма и иных критериев, в целом создающих показания и противопоказания к назначению с физкультурных упражнений и спорта у инвалидов.

#### **1.4. Средства психологической реабилитации инвалидов ПОДА**

Физическая культура и спорт сегодня становятся важнейшим фактором социализации инвалидов опорно-двигательного аппарата. В качестве научного эксперимента рассматривается влияние тенниса на колясках, как одного из видов адаптивной физической культуры и спорта, на социализацию и интеграцию людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Теннис на колясках – это особый вид адаптивного спорта, активно развивающийся в настоящее время во всём мире, включает в себя интегративные и социальные особенности, которые используются в формировании духовного и физического равновесия людей с ограниченными возможностями здоровья.

Занимаясь теннисом на колясках, люди с нарушениями опорно – двигательного аппарата приобретают навыки владения своим телом и спортивной коляской, испытывают эмоции радости преодоления, наслаждение движением, общением с партнёром, что дают только занятия теннисом. Занятия увлекают, снимают внутреннюю зажатость, формируют волевые качества, дают возможность испытать яркие положительные эмоциональные переживания, сосредотачивают внимание на новых объектах, переключают психическую деятельность, создают разрядку, смену эмоций и настроений, стремятся к совершенству, изменяя свои физические качества, систему движений, создавая свой индивидуальный стиль.

Теннис на колясках Теннис на колясках американцем Ренди Сноу, получил своё широкое распространение в 80 -тые годы XX века. Теннис на колясках - Паралимпийский вид спорта. По этому виду спорта каждый год проводится командный Кубок Мира.

В теннис на колясках играют мужчины и женщины, как в одиночном, так и в парном разрядах. К игре допускаются спортсмены с нарушением опорно-двигательного аппарата (например: с травмами и заболеваниями позвоночника, с ампутацией нижних конечностей, с диагнозом ДЦП и т.д.).

Правила такие же, как и в обычных теннисных турнирах, с одним отличием - разрешены два отскока мяча. Турниры проводятся во многих странах мира - в течение всего года. «Open» чемпионаты, «Super» серии, турнир «Masters», по результатам выступлений игроков ведётся международный рейтинг. В турнирах распределение в выше перечисленных классах только по уровню мастерства игроков (но не по медицинским показаниям). В целях популяризации этого вида спорта проводятся турниры в смешанных парных разрядах - один игрок в паре на коляске, другой - обычный теннисист. В этот вид тенниса играют на обычных кортах в специальных спортивных колясках.

Используемая методика преподавания тенниса на колясках для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата позволяет, в случае необходимости, адаптировать её для обучения людей любого возраста. Величина нагрузки и уровня мастерства предлагаемых для изучения, зависит от физического состояния инвалидов, состава группы, и выбирается педагогом.

Занятия теннисом на колясках включают в себя: разминку, упражнения для укрепления мышечного корсета, упражнения для развития координации движения, обучение технике владения спортивной коляской, технике удара по мячу, пластики, релаксацию.

Леонид Шевчик: «Сегодня российские теннисисты успешно выступают на международных соревнованиях, в чемпионатах Мира, мужчины были участниками паралимпийских игр, четверо мужчин и две российских девушки входят в мировой рейтинг теннисистов-колясочников ITF.

Сейчас в России проводят Чемпионат России, на который приезжают теннисисты на колясках из других регионов: из Санкт-Петербурга, Уфы, Тюмени и Тольятти. В Москве уже существует 2 теннисных клуба: один, клуб «ИКАР» тренируется в ФОКе «Южное Бутово», а второй в спортивном комплексе «Янтарь». В подмосковном городе Дмитрове также есть теннисный клуб».

Применение танцетерапии актуально для работы с людьми эмоциональными расстройствами, нарушением общения, межличностных взаимодействий.

Реабилитолог, использующий в своей работе этот метод, должен иметь глубокую подготовку, так как при этом виде взаимодействий могут пробудиться сильные эмоции, на которые не просто найти разрешения.

Физический контакт в сочетании с танцевальными движениями и интенсивными межличностными взаимодействиями способны вызвать очень сильные и глубокие чувства.

Целью танцевальной терапии, является развитие осознания собственного тела, формирование позитивного образа тела, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта. В истории развития танцевальной терапии К. Рудестам выделяет ряд ключевых событий: «Первое связано с необходимостью физической, психической реабилитации ветеранов, вернувшихся с полей второй мировой войны. Танцевальная терапия стала вспомогательным методом реабилитации инвалидов, многие из которых либо вообще не могли говорить, либо не были расположены к тому, чтобы к ним применяли вербальное воздействие. После занятий в танцклассе они отмечали, что испытали чувства облегчения и душевной гармонии.

Другим фактором, способствующим росту популярности танцевальной терапии, явилось появившееся в 60-х годах движение тренинга человеческих отношений, которое стало почвой для разработки новых экспериментальных подходов в работе с группами и к развитию личности их участников.

Наконец, интерес к новым программам танцевальной терапии был подогрет исследованиями по невербальной коммуникации, в особенности анализом коммуникативных функций человеческого тела. Танцевальная терапия используется в основном при групповой работе.

Основной задачей групп танцевальной терапии является осуществление спонтанного движения. Танцевальная терапия побуждает к свободе и выразительности движения, развивает подвижность и укрепляет силы, как на физическом, так и на психическом уровне. Тело и разум рассматриваются в ней как единое целое.

Главная установка формулируется следующим образом: движения отражают черты личности. При любых эмоциональных сдвигах меняется самочувствие, как душевное, так и физическое, и соответственно меняется характер наших движений».

Танцевальная терапия направлена на решение следующих задач:

1. Работа над углублением осознания членами групп собственных тел и возможности их использования. Это не только ведет к улучшению физического, эмоционального состояния участников, но и является видом культурного досуга для многих из них. В начале 1-го занятия реабилитолог ведет наблюдение за своими подопечными, оценку сильных сторон и изъяны двигательного репертуара каждого, потом определяется, какое движение подойдет каждому инвалиду более всего.

2. Повышение самооценки и вместе с чувством собственного достоинства у членов групп, путем выработки у инвалидов позитивный образ тела. Клиент с серьезным нарушением может испытывать затруднение при проведении границ между собственным телом и объектами окружающей среды. В таких группах танцетерапия имеет цель в создании участникам адекватного образа тела. Танец позволяет сформировать образ своего тела более привлекательным, что непосредственно связано с более позитивным образом «Я».

3. Развиваем социальные навыки через приобретение членами группы соответственного положительного опыта. Для обучения поведению принятому в социуме, мы используем средства безопасные для связи с окружающими людьми - это танцевальные движения. При помощи танцетерапии мы создаем предпосылки для творческого взаимодействия,

которое впоследствии помогает преодолевать преграды в вербальном общении.

4. Для помощи в установлении контакта между индивидуальными чувствами и движением членов группы, необходимо установить связь чувств и движения. При креативном отношении инвалида к движению под музыку танец получает эмоциональный окрас, что позволяет освободить подавленные чувства и открыть скрытый конфликт, который мог стать причиной психического напряжения. Здесь действие прямого коррекционного смысла, оказывает очищающее действие, через высвобождая скрытые чувства. Включающие в себя упражнения раскачивания и растяжки, способны к снятию физического напряжения, а не только у эмоциональному самовыражению.

5. «Магическое кольцо». Групповые занятия включают в себя коллективную работу с участием всех членов группы над экспериментами с жестами, оригинальным движением, сменой поз, игровая деятельность и подобные виды невербального общения. Это приводит участников группы к обретению опыта коммуникаций, который ведет к формированию устойчивого комплекса на бессознательном уровне – «магического кольца».

Но перед началом занятий проводились комплексы общеразвивающих упражнений, приведем пример:

До начала упражнений всем участникам необходимо пристегнуть ноги к коляске и закрепить ремнем тело на уровне бедер или талии. Основная стойка - сидя на коляске, руки вдоль тела.

***Комплекс:***

1.И. п.: о.с. Круговые движения головой по часовой стрелке 4 раза, против часовой стрелки 4 раза. Выполнять медленно.

2.И. п.: о.с. Круговые движения рук. 4 раза по часовой стрелке, 4 раза против часовой стрелки.

3.И. п.: сидя на коляске. Кисти рук за головой. Выпрямление рук в стороны, вверх, прогнуться в груди. Возврат в исходное положение.



4.И. п.: сидя на коляске, в руках на коленях волейбольный мяч. Выполнение: выпрямить руки и поднять мяч над головой, делать наклоны туловищем вправо и влево с осторожностью.

5.И. п.: сидя на коляске, руки на поясе. Наклоны туловища вперед и возврат в исходное положение.

6.И. п.: сидя на коляске, руки на поясе. Боковые наклоны туловища.

7.И. п.: о.с. Оттолкнуться с места, набрать небольшую скорость. Вращательные движения бедрами таким образом, чтобы коляски ехала змейкой. Руки при этом параллельны полу.

8.И. п.: сидя на коляске, руки вдоль тела. Поднять руки вверх, кисти расслабить, расслабляя предплечья, плечи, уронить руки вниз вдоль туловища; слегка наклонив голову и плечи вперед, покачать расслабленными руками.

## **2 Комплекс:**

1.И. п.: руки на поясе. Отвести локти назад, прогнуться, вернуться в исходное положение

2.И. п.: руки в стороны параллельно полу. Вращательные движения кистями по кругу в одну сторону 8 раз и в другую сторону 8 раз. Вращательные движения предплечьями 8 раз в одну сторону и 8 раз в другую. Вращательные движения всей рукой в одну сторону 8 раз и в другую 8 раз. Участвуют одновременно обе руки.

3.И. п.: о.с. Повороты туловища в стороны с возвратом в исходное положение.

4.И. п.: сидя на коляске лицом к партнеру и держась за руки. Перетягивание партнером в свою сторону с отклонением туловища назад и вперед.

5.И. п.: о.с. Соединяем плечи впереди, округляем спину. Округляем грудную клетку, соединяем плечи сзади.

6.И. п.: о.с. Разворот туловища влево, правой рукой опираясь на колесо или спинку коляски для максимального разворота. То же в другую сторону.

7.И. п.: сидя на коляске, руки на ободах колес. На полу в линии на расстоянии чуть большего размера коляски стоят мячи (либо другое оборудование). Движение на коляске змейкой, с соблюдением скоростного режима, но при этом аккуратно, объезжая препятствия.

8.И. п.: о.с. Делать движение на коляске описывая воображаемую восьмерку длиной 4 метра. Упражнение на скорость.

### ***3 Комплекс:***

1.И. п.: о.с. Круговые движения головой по часовой стрелке 4 раза, против часовой стрелки 4 раза. Выполнять медленно.

2.И. п.: о.с. Руки опущены вдоль туловища. Круговые движения рук. 4 раза по часовой стрелке, 4 раза против часовой стрелки.

3.И. п.: о.с. Кисти рук за головой. Выпрямление рук в стороны, вверх, прогнуться в груди. Возврат в исходное положение.

4. И. п.: о.с. Отводим левую руку в сторону, правую поднимаем вверх, опускаем. Левую руку выводим вперед, правую поднимаем вверх, опускаем. Повторяем упражнение для правой руки.

5. И. п.: сидя на коляске рядом со стеной. Коляску поставить на тормоз. Наклоны и отталкивания руками от стены. Расстояние между корпусом и стеной примерно шаг.

6. И. п.: о.с. Подъем прямых рук с хлопком над головой.

7. И.п. – руки за голову. 1 – поворот туловища вправо, руки в стороны.

8. И. п.: о.с. Левая рука на груди, правая на животе; 4 раза – брюшное дыхание, 4 раза - грудное дыхание, 4 раза - смешанное дыхание. (Дозировка нагрузки 3-4 раза)

### ***4 Комплекс:***

1.И. п.: руки на согнуты в локтях на уровне груди, ладони вниз. Поворот туловища влево, вернуться в исходное положение. Поворот туловища вправо, вернуться в исходное положение.

2.И. п.: о.с. Повороты головы вправо-влево, вперед-назад.

3.И. п.: о.с. Упражнение в паре. Перекидывания мяча с утяжелением друг другу на уровне груди.

4.И. п.: о.с. Упражнение в паре. Перекидывания мяча с утяжелением друг другу из-за головы.

5.И. п.: о.с. Наклоны вперед с касание руками пальцев ног.

6.И. п.: о.с. Езда на коляске. Два рывка вперед и резкое торможение. Повтор по прямой.

7.И. п.: о.с. Перекидывание теннисного мяча через высоту 3 метра. Сначала левой рукой, потом правой

8.И. п.: о.с. Заведение правой согнутой руки за голову, пытаюсь достать лопатку, помогая левой рукой. И наоборот.

***Копинг-поведение - сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций*** Интерес исследователей к проблеме совладения со стрессом привел к тому, что значительно увеличилось число работ, авторы которых пытались не только определить, но и измерить копинг-поведение. До 1983 года работы американских ученых по исследованию копинг-поведения, состояли из описательных характеристик копинг- стратегий и отражали мнение разных авторов, что было помехой в обобщении и сопоставлении результатов и соответственно мешало прогрессу в данной области.

Создатели шкал и опросников чаще всего исходили из потребности исследовать: «1) отдельные, конкретные ситуационно-специфические копинг- стратегии; 2) преобладание в копинге когнитивных, эмоциональных, поведенческих копинг- стратегии; 3) охарактеризовать оба аспекта копинг- механизмов».

Созданный Фолкманом и Лазарусом опросник, состоял из 118 вопросов, в последствии стал одним из самых востребованных инструментов для определения копинг-поведения. Используя данную методику можно определить восемь видов ситуационно- специфической копинг- стратегии. Вот они: конфронтации, дистанцирования, самоконтроль, поиск социальной поддержки, избегание/уход, плановое разрешение проблем, позиционная переоценка, принятие ответственности».

Эти же авторы в 1988 году создали новый вариант методики «Способы копинга», используя для этого выделенные при помощи факторного анализа 8 субшкал: шкала планового разрешения проблем, шкала поиска социальной поддержки и шесть копинг-шкал, нацеленных на оценку эмоций.

В настоящее время для изучения копинг- поведения применяются методы имеющие в своей основе опрос, проекцию и интервью.

Ранняя диагностика адаптивных способностей у людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника, поможет нам своевременно и более эффективно провести реабилитационные мероприятия и предупредить развитие посттравматического стрессового расстройства. Человек на инвалидной коляске стремится к достижению психического равновесия, уменьшению и избавлению от болезненных расстройств и адаптации к новым реалиям и максимальной социализации в новом положении.

Лица из ближайшего окружения колясочника выказывают сожаление о невозможности для него жизни в прежнем статусе на работе, дома и в социуме.

Реабилитологу очень важно учесть всё разнообразие механизмов адаптации, целью, которых является повышение эффективности психологической реабилитации.

## **ГЛАВА 2 . ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1. Задачи исследования**

Задачи исследования:

- 1) Изучить особенности психологической реабилитации людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника.
- 2) Определить влияние спортивных и физкультурных мероприятий на психологическое состояние и адаптивные способности инвалидов - колясочников.
- 3) Выявить эффективность влияния занятий теннисом и танцами на инвалидов колясках на психологическое состояние и адаптивные способности людей после травмы позвоночника.

### **2.2. Методы исследования**

Для решения поставленных в работе задач нами были использованы следующие методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Тестирование.
3. Анкетирование.
4. Педагогическое наблюдение.
5. Педагогический эксперимент.
6. Анализ медицинских карт пациентов.
6. Метод математической статистики.

#### **1. Анализ научно-методической литературы.**

Нами было проанализировано 35 литературных источников (учебники, монографии, диссертации, авторефераты, учебные пособия, методические рекомендации, материалы научных конференций, журнальные и газетные статьи и другие). Изучаемые источники раскрывали информацию о значении и ведущих направлений адаптивной физической культуры, основным направлением которой является формирование двигательной активности, как биологического, психического и социального факторов воздействия на организм и личность человека, физиологических механизмах

развития физических качеств и о психологических особенностях данного контингента.

## **2. Анкетирование (инвалидов - колясочников и их родственников)**

Анкетирование инвалидов-колясочников проводилось для выяснения отношения к адаптивной физической культуре, отношения к своему здоровью, семейное положение, образование, полный диагноз, сопутствующие заболевания, противопоказания. Основной задачей анкетирования было определения эмоционального состояния, которые определялись по: *методике ТОБОЛ, ориентационной анкете «Определение направленности личности», шкале оценки потребности в достижении, шкале оценки мотивации одобрения, методике «Ценностные ориентации».*

Анкетирование родственников проводилось с целью получить более полную картину об условиях жизни, психологического климата в семье и состоянии личности лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата.

## **3. Тестирование.**

Тестирование проводилось для оценки влияния соревновательной деятельности на физическое развитие и физическую подготовленность инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата.

С целью определения физической подготовленности была разработана серия тестов, включающая в себя упражнения:

*1. Сила оценивалась следующим тестом: "лечь-сесть" из положения сед за 30 сек. (количество раз).*

Схема тестирования: И. п. - сед (на мягком покрытии), руки скрещены на груди, ноги выпрямлены, зафиксированы на уровне колен. По команде включается секундомер. Участник опускается до касания лопатками пола и затем поднимается до положения седа (спина в вертикальном положении). Упражнение выполняется в течение 30 сек. Количество правильно выполненных движений (подъемов) заносится в протокол.

*2. Способность к гибкости оценивалась следующим тестом: наклоны туловища вперед (из положения сидя).*

Схема тестирования: Испытуемый сидит на полу, ноги выпрямлены, подошвы упирается в вертикальную стенку опоры. Не сгибая коленей, он наклоняется вперед и (плавно, без рывков) старается дотянуться руками как можно дальше. Положение максимального наклона следует сохранять в течение 2 секунд. Тест повторяется дважды. Результат лучшей из двух попыток фиксируется в сантиметрах.

*3. Скоростная способность оценивалась с помощью следующего теста: хлопки руками спереди и сзади за 15 сек. (количество раз).*

Схема тестирования: И.п. - стоя на месте руки вперед. По команде включается секундомер. Участник начинает выполнять хлопки прямыми руками впереди и за спиной, поочередно меняя положение рук. Упражнение выполняется в течение 15 сек. Количество правильно выполненных движений заносится в протокол.

*4. Выносливость оценивалась при помощи следующего теста: тест Купера (12 минутный бег) (метры).*

Схема тестирования: Тест проводится на школьном стадионе. По команде включается секундомер. Участники начинают двигаться по дорожке стадиона, подсчитывая количество пройденных кругов. По истечении времени фиксируется длина пройденной дистанции. Участники двигаются не останавливаясь в течение 12 минут. Количество пройденных метров заносится в протокол.

#### **4. Педагогическое наблюдение.**

Педагогическое наблюдение проводилось с целью получения более полного представления об особенностях поведения жизни и деятельности инвалидов - опорников. Они включали наблюдения за двигательной активностью инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, учебно-познавательной, коммуникативной, интегративной, соревновательной деятельностью испытуемых.

#### **5. Педагогический эксперимент.**

Педагогический эксперимент был проведен для проверки выдвинутой гипотезы. Цель исследования: поиск эффективных средств психологической реабилитации людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника. В России занимаются в основном медицинской и физической реабилитацией инвалидов-колясочников, но существует необходимость, также и в психологической реабилитации человека, жизнь которого становится совершенно другой, чем прежде. Наряду с самим инвалидом - семья, друзья и ближайшее окружение, тоже нуждаются в психологической помощи.

В процессе эксперимента проводился сбор и анализ материала, касающийся особенностей соревновательной деятельности инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, ее организационных основ и форм, средств, возможностей их применения с учетом разнообразия поражений, а так же условий жизни и деятельности.

#### **6. Методы математической статистики.**

Методы математической статистики использовались для обработки результатов контрольного тестирования. С помощью компьютерной программы STAT находили следующие величины:  $M$  – среднее арифметическое;  $\sigma$  - квадратическое отклонение; Оценка достоверности различий изучаемых показателей осуществлялась по  $t$  - критерию Стьюдента. Результаты обработки материала заносили протоколы.

#### **2.3. Организация исследования**

Нами были отобраны три группы: 1) Группа колясочников недавно получивших инвалидность, 2) Группа колясочников получивших травму более 5 лет назад, 3) Контрольная группа в которую вошли и недавно получивших травму и колясочники "со стажем".

Первые две группы будут активно заниматься физкультурой и спортом, а контрольная будет вести обычный для большинства инвалидов этой категории образ жизни.



Исследование проводилось на базе ТГООИО «КЛИО» г. о. Тольятти и включало в себя три этапа:

На *1-ом этапе* в июнь - август 2013 года были изучены литературные источники по выбранной теме, подобраны анкеты для определения психоэмоционального состояния и тесты на определение физического развития и развития физических качеств. Исходя из особенностей контингента, рассмотрены вопросы имеющихся показаний и противопоказаний для занятий с учетом сопутствующих заболеваний, изучались уровни развития физических качеств (силы, выносливости и координационных способностей), а также уровень физического развития. Противопоказания определялось по данным медицинских карт, физическое развитие оценивалось по следующим показателям: *Вес (кг), жизненная емкость легких (л), сила левой и правой кисти (кг)*.

Физическая подготовленность оценивалась по следующим тестам: *"сесть - лечь" из седа (количество раз), тест Купера за 12 минут (метры), фигурное вождение коляски «Змейка» (секунды), наклон (сантиметры), поворот на 360° на коляске (секунды)*.

Психоэмоциональное состояние определялось с помощью теста Люшера. Анкета (приложение 1).

В педагогическом эксперименте приняли участие 24 человек. Возраст испытуемых был от 18 до 50 лет. Контрольную группу составили - 12 человек (6 женщин и 6 мужчины), в экспериментальную группу были отобраны - 12 человек (6 женщины и 6 мужчин).

На *2-ом этапе* был разработан и внедрен комплекс упражнений, в сочетании с игрой в мини-гольф для инвалидов с поражением органов опоры и движения.

Эксперимент проводился в течение 10 месяцев. В конце учебно-тренировочных сборов и после заезда СОЦ «Преодоление» проводилось первичное тестирование, по результатам которого, подбирался контингент контрольной и экспериментальной групп.

Занятия в контрольной группе после курса реабилитации СОЦ «Преодоление» проходили самостоятельно.

В экспериментальной - занятия по мини-гольффу проходили 2 раза в неделю примерно 1,5 часа.

Занятие состояло из трех частей:

В подготовительной части применялись общеразвивающие упражнения без предметов, с предметами в разных исходных положениях: сидя на инвалидной коляске (активного типа), сидя, лежа на животе, на спине, а также упражнения в движении и дыхательные упражнения.

Основная часть занятия включала: непосредственно игру в теннис и танцы на колясках, в мини-гольффу и бочке, и выполнение разработанного нами комплекса упражнений с использованием специализированного инвентаря. Комплекс проводился в начале или в конце основной части. В зависимости задач занятия. Комплекс состоит из: ОРУ в различных исходных положениях (лежа, сидя, на коляске) без предметов, ОРУ с гимнастическими палками, жонглирование мячами, пальчиковая гимнастика, упражнения с передвижениями, упражнения в движении.

В заключительной части проводились упражнения на расслабление, гибкость. После занятия проводился опрос занимающихся о самочувствии.

На *3-ем этапе* проведено повторное тестирование для определения уровня физического развития и физической подготовленности. Проведена математическая обработка результатов. Определяли эффективности влияния комплекса на уровень развития физических качеств у инвалидов - опорников, делали выводы и непосредственно оформляли научную работу.

Проводилось психологическое тестирование - Опросник Спилберга, тесты Люшера, а также контроль за физическим состоянием - измерение давления, ЧСС и тест Купера в начале и в конце исследования (тест Люшера и контроль ЧСС с кровяным давлением в начале и в конце занятия.)

Обучение теннису людей на колясках происходит на разных уровнях, с усложнением спортивной программы в зависимости от психо - физической

подготовки данной группы, с обязательным неоднократным повторением пройденного материала. Особое внимание уделяется технике владения удара и владения коляской. Учитывалось, что участник с поражением опорно-двигательного аппарата не знают всех своих возможностей, так как ограничение опыта в силу двигательных нарушений замыкает круг их представлений и действий. Поэтому раскрытие и развитие физических возможностей данной категории людей, поможет созданию у них уверенности в своих силах и положительно скажется на результатах реабилитации. Уроки ритмики, хореографии, спортивного танца помогают решить эту задачу, так как требуют от людей эмоциональности, творческой активности, мобилизации всех их физических и духовных сил.

### **3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

#### **3.1. Обоснование проведенных реабилитационных мероприятий**

Танцетерапия помогает решать проблемы реабилитации инвалидов, которые имеют стойкие нарушения опорно-двигательного аппарата, по восстановлению их социального статуса, реализации интеллектуального и творческого потенциала, расширения круга общения.

Люди ограниченные в физических возможностях получают возможность адаптации и интеграции, методом способствующим сближению социальных слоев населения. Выступления солистов на городских и областных мероприятиях, дадут возможность почувствовать себя полноправными членами общества и причастность к общегородской жизни.

Молодые инвалиды получают возможность, для проявления своих творческих способностей, а также ощутят радость движения. Занятия танцами будет способствовать поднятию уровня значимости и чувства собственного достоинства молодых инвалидов.

Также нами будут проведены соревнования по теннису, мини-гольф и бочке, с участием членов семей инвалидов-колясочников. Коллективная терапия в виде совместного участия в соревнованиях улучшит взаимопонимание в семье.

В настоящее время значительно возрастает интерес ученых и практиков к изучению копинг-механизмов у больных с различными психическими и соматическими заболеваниями, а также у различных возрастных и профессиональных групп здоровых людей с учетом важной роли этих механизмов в понимании патогенеза и психогенеза, в выборе наиболее адекватных психотерапевтических подходов, в долго временном прогнозе и организации оптимальных психопрофилактических и психогигиенических мероприятий в рамках превентивных программ, направленных на предупреждение заболеваний и формирование более адаптивного (здорового) поведения. Разрабатываются методики для определения копинг-поведения и психотерапевтические методы,

способствующие формированию в процессе психотерапии более конструктивных форм копинг-поведения. Впервые термин "coping" был использован Мерфи в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Он определяет термин будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной". Копинг при этом понимается, как стремление индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, следует понимать как врожденную манеру поведения, а с другой - приобретенную, дифференцированную форму поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо).

Исходя из медико-социального аспекта, Меканек рассматривает копинг, прежде всего, как важный процесс в психосоциальной приспособляемости, которая обусловлена тремя компонентами: "1) способностью и умением организма справиться с социальными условиями и условиями окружающей среды; 2) мотивацией в отношении приспособления к условиям окружающей среды; 3) возможностью или способностью поддерживать психическое равновесие».

Самая известная из существующих копинг-моделей в рамках когнитивной теории стресса и копинга разработана Лазарус, определившего и описавшего ключевую роль психических факторов в регулировании результатов поведения: «Эта концепция базируется на связи стресса и копинга. По мнению автора, взаимодействие среды и личности регулируется двумя процессами: когнитивной оценкой и копингом. Выделяется два вида когнитивной оценки - первичная и вторичная. Первичная оценка определяется степенью воспринимаемой угрозы, свойствами стрессора, психологическими особенностями индивида. Она позволяет сделать выводы об оценке ситуации как угрожающей или как ситуации изменения. Вторичная оценка критически дополняет первичную и определяет, какими методами мы можем влиять на негативные события и их исходы, т.е. на процесс выбора механизма и ресурсов преодоления стресса. После

когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, иными словами, к копинг-процессу, который включает когнитивные мыслительные процессы с целью адаптации».

На ранних этапах исследований Лазарус рассматривал копинг-процессы как стратегию действия, предпринимаемую человеком в ситуации воздействия стрессора, например, в условии приспособления к болезни как угрозе - личной, физической и социальной. Понятие копинга лучше всего описано в работах по кризисным ситуациям, связанным с болезнью, что эквивалентно собственно кризисному явлению. В соответствии с этим копинг прочно вошел в практическую модель преодоления - подавления кризисного явления с так называемым вмешательством в кризисный процесс. Каждая болезнь может восприниматься как жизненный кризис, который следует преодолеть путем адаптации.

Использование танцетерапии для повышения физического уровня инвалида, улучшения коммуникативных навыков и сброса негативных эмоций, обретения позитивного заряда от прослушивания музыки, повышения уровня владения телом. Продолжительность занятия - 40-50 мин. Частота периодичности занятий выбирается реабилитологом, но важно соблюдение регулярности.

В профилактических целях возможно проведение одноразовых танцевальных марафонов. Состав группы обычно - 5 - 12 человек.

Дискуссионным является вопрос о характере музыкального сопровождения занятий. Одни руководители предпочитают стандартные магнитофонные записи народной и (или) танцевальной музыки, другие - собственное (или своих ассистентов) импровизированное музыкальное сопровождение. Во всех случаях подчеркивается, что индивидуально-культурная значимость предлагаемой для клиента музыки не должна перекрывать значимости и удовольствия собственной двигательной активности, поэтому лучше использовать незнакомые группе мелодии,

умеренную громкость звучания и физиологически ориентированные ритмы, способствующие формированию трансовых состояний сознания.

Наряду с названными решаются также задачи: «повышения двигательной активности; коммуникативного тренинга и организации социотерапевтического общения; получения диагностического материала для анализа поведенческих стереотипов пациента и его самопознания; раскрепощения пациента, поиска аутентичных путей развития."

Специальные упражнения танцевальной терапии представляют собой свободное раскачивание, движения, требующие собранности и контроля над телом, чередование расслабления и собранности, связанных с дыхательным циклом, перемещение по помещению строго определенным образом.

Отношение к занятиям теннисом на колясках в коллективе разное. Есть те, у кого теннис на колясках сразу вызвал интерес. Некоторые участники коллектива отнеслись к таким занятиям скептически.

Отношения между тренирующимися характеризуются как вполне доброжелательные. Отдельных группировок со своими правилами и нормами поведения не наблюдается. Явных лидеров в группе нет, но есть участники, которые претендуют на лидерство, хотя по своей сути таковыми не являются. Отвергаемых и изолированных членов группы нет. Занимающиеся понимают и принимают статус «тренер» и «ученик». Взаимоотношения с тренером строятся на взаимном доверии и уважении.

Наблюдается и сплоченность занимающихся в коллективной деятельности. В группе есть актив, который приходит на помощь всегда. Отношения между членами коллектива устанавливаются при непосредственном контакте, взаимодействии, общении и не зависят от ценностей групповой деятельности. Широко проявляются случаи взаимовыручки и взаимопомощи. При появлении трудностей не стараются от них уйти, а мобилизуют силы на их преодоление

В группе есть единая ценностно-ориентационная система; высокий уровень сплоченности коллектива, однако нет высокой групповой

активности в гармоничном развитии личности, развитию физических качеств.

Основным принципом адаптивного спорта является принцип диагностирования. Прежде чем приступить к занятиям, необходимо иметь полную картину анамнеза. Помимо традиционной врачебно-контрольной карты физкультурника, участникам экспериментальной группы была предложена дополнительная анкета, включающая в себя вопросы о полном развернутом диагнозе заболевания, времени получения травмы или заболевания, группах инвалидности, сопутствующих заболеваниях, о наследственных заболеваниях.

Прежде чем изучать уровень физического развития и физической подготовленности, мы изучили состояние их физического здоровья путем анализа их медицинских карт и анкетирования инвалидов имеющих нарушения органов опоры. Были выявлены встречающиеся заболевания, а именно: травмы спинного мозга, травмы позвоночника, ампутация нижних конечностей, ДЦП, заболевания спинного мозга (миелопатия). Парализация.

Была изучена вторичная патология расстройства функции тазовых органов (урологические расстройства, нарушение дефекации, половой функции), спастичность мышц, контрактура, пролежни, нарушение осанки.

В период поискового и основного педагогического эксперимента осуществлялся принцип дифференциации и индивидуализации. Педагогические наблюдения показали, что два спортсмена, имеющие одинаковый уровень поражений, время травмы, возраст - не одинаковы и не могут быть таковыми, каждый человек - индивидуальность.

Рассматривая данные отдельных показателей физического развития инвалидов – колясочников до и после эксперимента, представленных в таблице 2, следует отметить, что за время исследования, рост всех показателей значительно не выявлен, за исключением веса, который уменьшился по сравнению с началом исследований.



Сравнительная характеристика показателей физического развития  
инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата  
экспериментальной группы (ЭГ) и контрольной группы (КГ) до и после  
педагогического эксперимента

№ п/п	Показатели	группа	показатели	До эксп.	После эксп.	Темп прироста	
						Ед	%
1.	Вес (кг)	ЭГ	М	77,4	75,3	- 2,1	- 1,4
			σ	17,2	14,9		
		КГ	М	75,9	76,3	0,4	2,6
			σ	15,8	14,19		
2.	Экскурсия грудной клетки (см)	ЭГ	М	6,8	7,0	0,2	0
			σ	2,19	3,34		
		КГ	М	7,0	6,9	- 0,1	0
			σ	4,81	3,29		
3.	Динамометрия (кг)	ЭГ	М	32,0	34,3	2,3	0,8
			σ	4,03	4,95		
		КГ	М	29,0	31,5	1,5	0,5
			σ	3,51	4,23		

Примечание: М – среднее арифметическое; σ – среднее квадратическое отклонение;\* - достоверность различия ( $p < 0,05$ ) внутри группы; ° - достоверность различия ( $p < 0,05$ ) между ЭГ и КГ

Экспериментальный материал исследования позволяет утверждать, что соревновательная деятельность, как основная составляющая адаптивного спорта инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, дает человеку возможность больше заниматься адаптивной физической культурой, общаться, решать вопросы, связанные с соревнованиями, транспортом, улучшением условий жизни. Все это ведет к увеличению жизненной и двигательной активности, а, следовательно, к скорейшей социализации и интеграции в общество.

Для построения экспериментальной работы с инвалидами - колясочниками мы определили уровень физической подготовленности.

Оценивание уровня развития физической подготовленности проводили с использованием программы тестирования, включающей в себя 5 тестов:

1. Тест «Купера» 12 минутный бег (езда на инвалидной коляске), м.
2. Поднимание туловища, тест «лечь - сесть» из положения сед, кол-во раз.
3. Наклоны туловища вперед, из положения сидя на коляске, см.
4. Повороты на 360° в право и влево, секунды.
5. Фигурное вождение коляски «змейка», секунды.

Результаты исследования представлены в таблице 3.

Результаты исследования показали, что физическая подготовленность у участников экспериментальной и контрольной группы до эксперимента в основном по всем показателям имеют одинаковый уровень. Только по тесту «лечь - сесть» экспериментальная группа показала лучший результат.

Сравнивая результаты между экспериментальной группой и контрольной группой, мы не увидели достоверного различия  $p < 0,05$ . Данные позволили судить о том, что уровень физической подготовленности до начала проведения педагогического эксперимента, практически одинаковый как в экспериментальной, так и контрольной группах.

В экспериментальной - занятия по мини-гольфу проходили 2 раза в неделю примерно 1,5 часа.

Занятие состояло из трех частей:

В подготовительной части применялись общеразвивающие упражнения без предметов, с предметами в разных исходных положениях: сидя на инвалидной коляске (активного типа), сидя, лежа на животе, на спине, а также упражнения в движении и дыхательные упражнения (приложение 2).

Основная часть занятия включала: непосредственно игру по мини-гольфу и выполнение разработанного нами комплекса упражнений с использованием специализированного инвентаря для мини-гольфа. Комплекс проводился в начале или в конце основной части. В зависимости задач занятия. Комплекс состоит из:

- ОРУ без предметов в различных исходных положениях (лежа, сидя, на коляске).
- ОРУ с предметами:
  - с гимнастическими палками,
  - с мячами (для гольфа, тенниса, волейбола, бочче) (жонглирование мячами).
- Пальчиковая гимнастика.
- Упражнения с передвижениями.
- Упражнения в движении.

Занятия проводились по конспекту пример которого приводим

Части урока	Содержание	Время	Методические указания
Подготовительная	<p>1. Построение, приветствие, сообщение задач занятия.</p> <p>2. Дыхательные упражнения с поднятием рук вверх. Повороты головы.</p> <p>3. О.Р.У.</p> <p>а) И. п.: сидя на коляске. Соединяем плечи впереди, округляем спину. Округляем грудную клетку, соединяем плечи сзади. 5-8 раз.</p> <p>б) И. п.: сидя на коляске лицом к партнеру и держась за руки. Перетягивание партнером в свою сторону с отклонением туловища назад и вперед. 5-8 раз.</p> <p>в) И. п.: сидя на коляске. Разворот туловища влево, правой рукой опираясь на колесо или спинку коляски для максимального разворота. То же в другую сторону. 6-8 раз</p> <p>г) И. п.: сидя на коляске, в руках на коленях волейбольный мяч. Выполнение: выпрямить руки и поднять мяч над головой, делать наклоны туловищем вправо и влево с осторожностью.</p> <p>д) И. п.: сидя на коляске, руки на ободах колес. На полу в линии на расстоянии чуть большего размера коляски стоят мячи (либо другое оборудование). Движение на коляске змейкой, с соблюдением скоростного режима, но при этом аккуратно, объезжая препятствия. 2-3 раза</p>	15 мин	Следить за осанкой, положением рук и правильностью выполнения движений.
Основная	1. Разработка танцевальных движений туловищем на коляске.	30 мин	

	<p>- Оттолкнуться с места, набрать небольшую скорость. Вращательные движения бедрами таким образом, чтобы коляски ехала змейкой. Руки при этом параллельны полу.</p> <p>-повороты туловища вправо и влево с одновременным выпрямлением руки и вращением кистью.</p> <p>- Делать движение на коляске описывая воображаемую восьмерку длиной 4 метра. Упражнение на скорость.</p> <p>2. Специальные танцевальные упражнения:</p> <p>- Встать по парам, рука, которая ближе к партнеру, у него на плече. Синхронные движения в одну и в другую сторону.</p> <p>-отработка синхронных движений спиной друг к другу ближе и дальше.</p> <p>-кружения в паре</p> <p>- быстрый разворот на месте</p> <p>-быстрые развороты на максимально близком расстоянии друг от друга в противоположные стороны</p> <p>3. Измерение пульса</p>		<p>Следить за правильностью выполнения движения. Следить за окраской кожных покровов (побледнение, покраснение).</p> <p>Следить за техникой безопасности при выполнении сложных упражнений.</p>
Закл ючит ельн ая	<p>1. Упражнения на расслабления</p> <p>а) Поднять прямые руки вверх и медленно опустить, вверх вдох, вниз-выдох.</p> <p>б) руки вдоль тела и чуть согнуты. Повороты туловища, представляя, что руки-это веревки. Выполнять с осторожностью, избегая колес.</p> <p>в)И.п. руки вверх. Потягивания вверх попеременно одной и другой рукой.</p> <p>г) Наклоны вперед к стопам. Делать с осторожностью, чтобы не опрокинулась коляска.</p> <p>2. Построение, подведение итогов занятия</p>	15 мин	<p>Домашнее задание: просмотр видео на тему “теннис на коляске” в интернете и повтор теннисных движений.</p>

В заключительной части проводились упражнения на расслабление, гибкость (приложение 2, 3). После занятия проводился опрос занимающихся о самочувствии.

На 3-ем этапе проведено повторное тестирование для определения уровня физического развития и физической подготовленности.

В конце педагогического эксперимента, чтобы определить эффективность методики снова проводили тестирование для определения уровня физической подготовленности среди инвалидов - колясочников

экспериментальной и контрольной группы. Данные исследования представлены в таблице 3 и на рисунках 1,2,3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей физической подготовленности инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата экспериментальной группы (ЭГ) и контрольной группы (КГ) до и после педагогического эксперимента

№п/п	Показатели	группа	показатели	До эксп.	После эксп.	Темп прироста	
						Ед	%
1.	Тест Купера 12-ти минутный бег (м)	ЭГ	М	870	856	-14	-7,4
			σ	154,43	69,03		
		КГ	М	872	774	-98	-6,7
			σ	156,55	86,95		
2.	Тест "лечь-сесть" (кол. раз)	ЭГ	М	12,05	15,95	3,9	19
			σ	5,19	5,34		
		КГ	М	8,62	7,75	-0,87	-7
			σ	3,29	4,81		
3.	Наклон, см	ЭГ	М	- 6,2	- 4,07	2,13	25
			σ	7,33	8,7		
		КГ	М	- 4,07	- 5,67	-1,6	-26
			σ	8,7	8,18		
4.	Повороты на 360° (кол. раз)	ЭГ	М	16,71	11,29	5,42	18
			σ	11,32	9,57		
		КГ	М	12,78	14,56	-1,78	-17
			σ	13,02	13,47		
5.	Фигурное вождение коляски «змейка» (секунды).	ЭГ	М	16,2	12,6	3,6	20
			σ	0,77	0,7		
		КГ	М	15,9	16,5	-0,6	-26
			σ	0,67	0,69		

Примечание: М – среднее арифметическое; σ – среднее квадратическое отклонение;\* - достоверность различия ( $p < 0,05$ ) внутри группы; ° - достоверность различия ( $p < 0,05$ ) между ЭГ и КГ

Результаты тестирования физической подготовленности инвалидов с поражением опорно - двигательного аппарата, представленные в таблице 3, дают право говорить об изменении показателей физической подготовленности инвалидов - колясочников в результате основного педагогического эксперимента. Увеличение к концу эксперимента, таких качества как сила, гибкость, быстрота у участников экспериментальной

группы, является показателем значения как физических нагрузок вообще, так и разработанного нами комплекса с элементами мини-гольфа, в частности.

Прирост силовых показателей в тесте «лечь-сесть» - на 19% в экспериментальной и ухудшился на 7% в контрольной группе. К концу эксперимента гибкость улучшилась почти на 25 %, а в контрольной на 26% ухудшилась. Координационные способности, которые определялись двумя тестами в контрольной группе показатель снизился в поворотах на 360° на 17%, а фигурное вождение коляски на 26%. В экспериментальной группе результаты улучшились на 18% и 20% соответственно. Результаты достоверны.

Рис.1. Изменение показателей по тесту «лечь - сесть» (кол-во раз)

до и после эксперимента в ЭГ и КГ

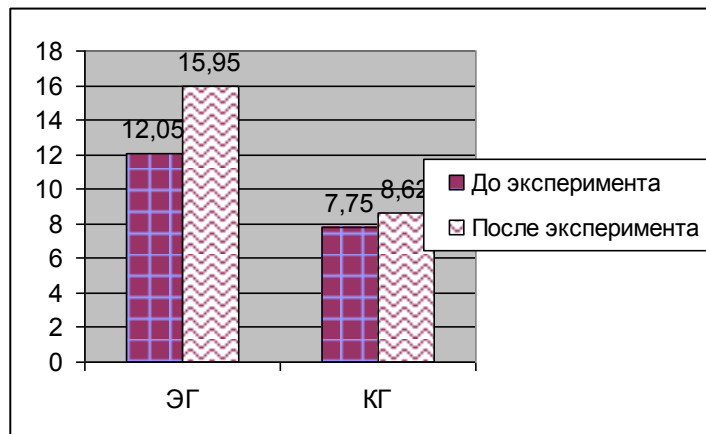


Рис.2. Изменение показателей по тесту «наклоны туловища вперед (из положения сидя)» (см) до и после эксперимента в ЭГ и КГ

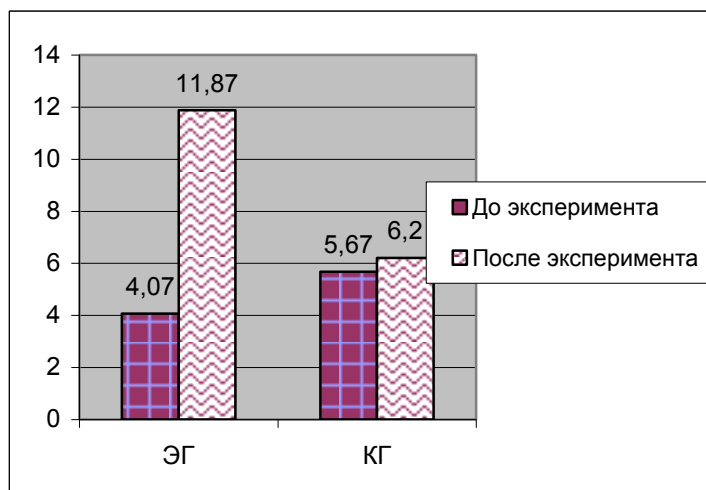
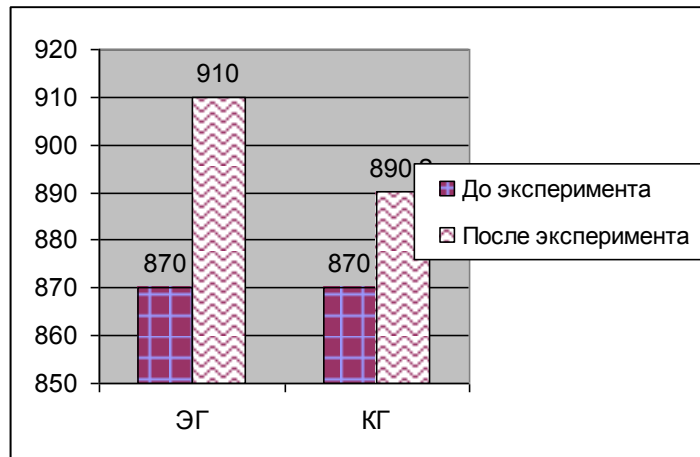


Рис. 3. Изменение показателей по тесту «Купера» 12 минутный бег (м) до и после эксперимента в ЭГ и КГ



Для примера приведем психолого-педагогическую характеристику Башаева Сергея 1992 г.р.

Общая моторика характеризуется хорошим контролем над движениями, мелкая моторика развита очень хорошо. Функция восприятия достаточно развита, ученик не испытывает трудности при действии по зрительному образцу и по словесной инструкции. Восприятие развито лучше, чем мышление. Внимание устойчивое и неистощимое, снижено в пределах возрастной нормы произвольность, концентрация и переключаемость. Зрительная память, кратковременная и долговременная, достаточно развиты. Средний уровень механической памяти, уровень логической памяти ниже. При запоминании не устаёт, запоминает средние объёмы движений и упражнений. Наглядно-действенное и наглядно-образное мышление развиты лучше, чем словесно-логическое. Соответствуют норме данного возраста. Не выявляются нарушения устного речевого развития, фонематического слуха. Уровень сформированности понятий и ориентация в окружающем мире достаточны и соответствует возрасту.

В целом для Сергея характерны небольшая утомляемость, устойчивое внимание, преобладание процессов, возбуждения над процессами торможения, настойчивость в достижении результата.

К освоению упражнений подходит очень ответственно. Темп работы на уроке высокий при самостоятельном и коллективном выполнении простых (однотипных) заданий, упражнения, требующие переключения внимания не вызывают снижения темпа. Сергей на занятиях активна, задания вызывают большой интерес. Учебная мотивация высокая. Самоконтроль развит высоко в пределах возрастной нормы, навыки самостоятельной работы формируются в недостаточном объеме и формируются с трудом. Отношения с тренером спокойные, ровные и доброжелательные; требования и поручения тренера выполняет охотно и с желанием. На замечания и похвалу чаще реагирует адекватно и с юмором. Сергей общительна, с другими членами группы доброжелательна, в коллективных играх участвует часто, но никогда не бывает лидером. Имеет устойчивый интерес к теннису на колясках и очень сильное желание заниматься спортом.

Анализ кривой нагрузки по пульсу. Кривая нагрузки по пульсу соответствует задачам подготовительной, основной и заключительной частям занятия. В подготовительной части пульс не превышает 120 ударов в минуту, что соответствует задачам этой части.

Было проведено исследование по вышеуказанным методикам 36-ти инвалидов-колясочников.

С помощью методики Э.Хайма для определения копинг-поведения исследование проводилось дважды (в начале и конце) во всех группах инвалидов-колясочников, основным методом была групповая психотерапия.

Колясочники чаще использовали конструктивные формы когнитивных стратегий (32%), (неконструктивные - 57% и относительно конструктивные - 11%).

Из адаптивных форм чаще встречались: «проблемный анализ» в 18% случаев, «установка собственной ценности» - 12% и «сохранение самообладания» - 9%. Такие формы когнитивных копинг-стратегий считаются не успешными в преодолении трудностей, не направлены на анализ возникших проблем и путей выхода из них, на ослабление



самоконтроля и самооценки, ослабляющих уверенность в возможности совладания с ситуацией угрозы, психологическое благополучие индивида. При этом для мужчин был более характерен вариант «проблемного анализа», а для женщин – «установка собственной ценности».

В группе колясочников недавно получивших травму позвоночника чаще встречалась «растерянность» (68%) и реже – «диссимуляция» (8%). Также редко пациенты выбирали относительно адаптивные формы когнитивных стратегий – «относительность» (5%), «придача смысла» (6%) и «религиозность» (5%).

В группе лиц оказавшихся на инвалидной коляске более 5 лет, несколько реже встречались конструктивные типы когнитивных стратегий преодоления (49%), связанных с самоуважением, более глубоким осознанием собственной ценности как личности, верой в себя при разрешении трудностей, а также неконструктивные - (27%), в том числе «растерянность» перед трудными ситуациями, что в целом способствовало более высокой их адаптивности. Среди вариантов эмоционального копинга у недавно травмированных отмечено преобладание дезадаптивных форм (47%), из которых чаще встречались «подавление эмоций» (21%) и «покорность» (15%), реже – «самообвинение» (5%) и «агрессивность» (6%). Из конструктивных типов – «оптимизм» и «протест» (16% и 9% соответственно). В 26% случаев у пациентов отмечалось относительно конструктивное копинг-поведение – «эмоциональная разрядка» (13%) и «пассивная кооперация» (16%). В группах больных мужчин и женщин выявлены следующие различия: у мужчин преобладали адаптивные формы эмоциональных копинг-стратегий в виде «оптимизма», а у женщин - преобладание относительно адаптивных форм в виде «эмоциональной разрядки».

Эмоциональные копинг-стратегии в группе людей более 5 лет пользующихся инвалидной коляской чаще были представлены конструктивными формами копинг-поведения: 42% здоровых при

столкновении с трудностями использовали «оптимизм» и 20% - «протест»; реже встречалось неадаптивное копинг-поведение: у 11% было отмечено «подавление эмоций», у 15% - «самообвинение» и у 7% - «покорность». Из относительно адаптивных форм отмечены: «пассивная кооперация» в 19% случаев, «эмоциональная разгрузка» - лишь в 4% случаев.

При обследовании у недавно травмированных выявлен широкий выбор поведенческих стратегий - от активных (конструктивных), способствующих успешной адаптации, до пассивных (неконструктивных) при преодолении трудных ситуаций в различных сферах жизни, адаптации не способствующих. Из представленных для выбора различных типов копинг-поведения чаще всего использовались конструктивные формы (37%). Среди них «обращение» (23%), «сотрудничество» (11%), «альтруизм» (5%). Это варианты копинг-поведения, относящиеся к способствующим успешной адаптации и выражающиеся в активном поведении личности по разрешению сложных ситуаций. Почти с такой же частотой выбиралось дезадаптивное поведение - «активное избегание» (16%) и «отступление» (21%), предполагающее отказ от решения проблем. Остальные пациенты выбирали относительно конструктивные типы копинг-поведения, адаптивность которых зависит от значимости ситуации преодоления, - «компенсация» (16%), «конструктивная активность» (4%) и «отвлечение» (12%). Это формы поведения, отражающие стремление к временному отходу от решения проблем. При временных и незначимых трудностях такое поведение может считаться адаптивным, помогая успешно преодолевать трудности, но при длительных и значимых стрессовых воздействиях оно может расцениваться как дезадаптивное, способствующее поддержанию эмоционального напряжения, связанного с этими воздействиями.

При сравнении частоты использования тех или иных вариантов поведенческих копинг-стратегий получены следующие различия: женщины несколько чаще (41,6%) использовали адаптивное поведение, чем мужчины (32,5%), направленное на активное сотрудничество с окружающими, а

мужчины относительно чаще (37,5%), чем женщины, предпочитали поведение, предполагающее переключение с неприятностей на отдых, развлечение, алкоголь. Здоровые люди прежде всего выбирали конструктивные формы копинг-поведения (57%) и использовали их чаще, чем больные неврозами, что может свидетельствовать о более высокой адаптивности при преодолении трудностей здоровыми лицами по сравнению с больными неврозами.

Из успешных поведенческих стратегий преодоления у людей, давно пользующихся для передвижения инвалидной коляской, встречались: "альтруизм" - 8% случаев, "сотрудничество" - 14% и "обращение" - 27%. Они отличались достоверно меньшим использованием неконструктивных форм копинг-поведения (в 19% случаев), включавших "активное избегание" (13%) и отступление (7%). Количество относительно конструктивных форм преодолевающего поведения в группах было почти одинаковым, но если пациенты отвлекались от своих проблем и трудностей с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды (16% против 5% в группе здоровых), то испытуемые старались забыть о своих неприятностях, погружаясь в любимое дело, путешествуя, исполняя свои заветные желания (22% против 11% в группе больных).

При этом у недавно травмированных выявляется возобладание активности когнитивных стратегий копинга, в отличие от здоровых людей, что говорит о стремлении к изменению их статуса больных людей. Групповая психотерапия усиливает адаптивные формы копинг поведения и редуцирует формы дезадаптации. Поэтому, наряду с общепринятыми техникой и приемами проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, целесообразен также акцент на поддержании и развитии у пациентов адекватного, конструктивного копинг-поведения для более успешного преодоления болезни, стрессовых ситуаций и трудностей в различных сферах социального функционирования.

Пациент заинтересован в обретении психического равновесия, ослаблении и устранении болезненных расстройств, эффективном приспособлении к жизни при проявлениях болезни и ее последствиях, оптимальной адаптации к требованиям лечения. Лица из ближайшего окружения пациента ожидают от него сохранения прежнего статуса в семье и на работе, поддержки социальных контактов. Психотерапевту же важно учесть все это многообразие целей для развития разнонаправленных механизмов совладания у больного, что повышает эффективность лечебно-реабилитационных воздействий.

№1. При проведении психологического исследования испытуемый свободно идет на сотрудничество, устанавливая с экспериментатором неформальный контакт. Высказывает своё беспокойство и волнение по поводу результатов обследования. Мотив экспертизы сформирован. Задания понимает быстро и верно, работает по инструкции. Психомоторный темп - средний. Уровень трудоспособности устойчивый. В целом, фон настроения ровный, обследуемый спокоен, уверен в себе. Эмоциональные реакции адекватные. К допускаемым ошибкам критичен.

Целью экспериментально-психологического обследования явилось выявление реабилитационного потенциала личности.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методики: тест Люшера, тест Спилберга, методика Хайме.

Для испытуемого характерно умеренное деятельное возбуждение. Он не страшится столкновения с трудностями и чувствует себя способным многое преодолеть и справляется со своими обязанностями в пределах средних, сложившихся требований. В привычной обстановке он переходит от работы к отдыху и обратно, от одного вида деятельности к другому без существенных затруднений, поскольку имеется достаточно времени для переключения. В случае необходимости способен преодолевать усталость волевым усилием, однако после этого в его делах и самочувствии просматривается длительный шлейф сниженной работоспособности.

Необходимым для него является относительно четкое субъективное разделение времени работы и времени отдыха.

Испытуемый защищается от тревоги деланным оптимизмом. Своих недостатков и промахов старается не замечать, не анализирует их внутренних причин. Он весь ориентирован вовне и ведет себя ситуативно, по обстоятельствам. В манере поведения могут быть утрированно подчеркнуты «детские» черты поведения: поиск острых ощущений; стремление к приятности и удовольствию, в ущерб объективной пользе; ребячливость.

Испытуемый неосознанно (возможно - и осознанно) безжалостен к себе. В той или иной форме постоянно проверяет себя на выживаемость, например: алкоголем при больной печени, или острыми блюдами при желудочных расстройствах, или слишком легкой одеждой при частых простудных заболеваниях, и т.д. Он последовательно избегает расслабленного покоя. В каком-то смысле ему приятно только тогда, когда он в чем-то себя ущемляет, «наступает на горло собственной песне». Подобное «самоедство» сочетается попытками видеть в себе железного человека. Насмешки над чужими слабостями кажутся ему оправданными и необходимыми. Актуальная жизненная ситуация воспринимается им скорее как временная, промежуточная, а главное в его жизни - где-то еще впереди. Вопреки развитой чувственности испытуемый пытается утвердить в своем поведении логическое, рациональное начало. Излишне сильное желание видеть себя реалистом, человеком практически обедняет поведение испытуемого. Он достаточно надежен в делах, но в его действиях, образе мышления не хватает оригинальности и новизны. В отношениях с людьми могут регулярно возникать проблемы, поскольку испытуемый сохраняет достаточно большую дистанцию между собой и партнерами, а также бывает не прочь по иронизировать над ними.

У испытуемого выявлен меланхолический тип отношения к своему заболеванию, для которого характерно  $\neg$  свехудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения.

Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Испытуемый пользуется защитными механизмами, которые травмирующую информацию перерабатывают «как бы» безболезненным способом для личности: "вытеснение" - является механизмом защиты, благодаря которому переходят в разряд бессознательных, те недоступные для инвалида провоцирующие тревогу чувства, мысли и желания. Как думает большинство исследователи, интелектуализация, проявляющаяся в большинстве случаев для решения конфликтных и фрустрирующих ситуаций при отсутствии переживаний лежит в основе других механизмов защиты личности. Говоря иначе, инвалид пресекает переживание, которое вызвало неприятная или неприемлемая ситуация, выстраивая щит манипулируя логическими установками, невзирая на доказательства противоположных фактов.

У испытуемого получены низкие баллы по методике Спилберга. Пониженное значение баллов отражает определенно высокий уровень уверенности в себе, самооценки и способности к самоактуализации, отсутствие затруднений при принятии решений, стремление к самостоятельности и доминированию в социальных отношениях. Но иногда низкая тревожность требует повышенного внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности или может, является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Таким образом, выраженные явления психической дезадаптации у испытуемого - отсутствуют. Реабилитационный потенциал испытуемого средний.

№ 2. При проведении психологического исследования испытуемая свободно идет на сотрудничество, устанавливая с экспериментатором

неформальный контакт. Мотив экспертизы сформирован. Задания понимает быстро и верно, работает по инструкции. Психомоторный темп - средний. Уровень трудоспособности устойчивый. В целом, фон настроения ровный, обследуемая спокойна, уверена в себе.

Цель экспериментально-психологического обследования - выявление реабилитационного потенциала личности.

Для решения поставленной задачи были использованы следующие методики: тест Люшера, тест Спилберга и методика Хайме.

Испытуемая справляется со своими обязанностями в пределах средних, сложившихся требований. В привычной обстановке она переходит от работы к отдыху и обратно, от одного вида деятельности к другому без существенных затруднений, поскольку имеется достаточно времени для переключения. В случае необходимости способна преодолевать усталость волевым усилием, однако после этого в её делах и самочувствии просматривается длительный шлейф сниженной работоспособности.

Необходимым для неё является относительно четкое субъективное разделение времени работы и времени отдыха испытуемая отличается исключительной непосредственностью и естественностью во всех своих проявлениях. Способность к какому-либо самоконтролю у неё развита слабо, поскольку нет серьезной потребности что-то в себе контролировать: то, что она думает, то и говорит; что переживает, то большими буквами «написано» у неё на лице и т. д. Она живет в согласии со своими достоинствами и недостатками. На все она смотрит как бы с легкой улыбкой, надолго не задерживаясь на одной идее, одном деле, отношениях с одними и теми же людьми. Она изменчива, подвижна и активна. Но эта активность не давит на окружающих, а скорее притягивает за собой. Ограничивать себя рамками официального долженствования, принимать жесткие ответственные решения, холодно взвешивать «за» и «против» она определенно не способна. Глубинная вера в лучшее будущее помогает испытуемой большей частью пребывать в светлом, легком, оптимистическом настроении. Испытуемая

является определенно эмоциональным человеком в том смысле, что эмоции её разнообразны, тонко дифференцированы и живо откликаются на все происходящее как вовне, так и в её внутреннем мире. Её воображения вполне хватает на то, чтобы вносить элементы творчества, неординарности в её дела и поступки. Бывает, что фантазия далеко уносит его от обыденной жизни и повседневных обязанностей.

Испытуемая в достаточной степени независима от чужих мнений и обстоятельств. В её поведении явный приоритет имеют личные убеждения и принципы. Она старается избегать ситуаций, в которых ей нужно было бы слепо подчиняться.

У тестируемой выявлен эргопатический тип отношения к болезни. При этом типе отношения к болезни психическая и социальная адаптация существенно не нарушается, но наблюдается снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение "значения" заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, "уходом" в работу, отрицанием подчас факта заболевания.

По методике Хайме ведущим механизмом психологической защиты является отрицание, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс или сторона самое себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью. Иными словами, информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается.

Актуальная самооценка обследуемого находится в нормативном диапазоне, и указывает на эмоциональную устойчивость.

Таким образом, на первый план входит эмоционально-аффективная сфера, которая помогает испытуемой справляться с жизненными



трудностями. Так же она отличается зрелостью взглядов и стремлением к утверждению общечеловеческих ценностей.

В результате психологического обследования выявлено: реабилитационный потенциал хороший; реабилитационный прогноз благоприятный; нарушение интеллектуально мнестических функций не выявлено.

Приведенные данные показывают, что спектр использования различных копинг-стратегий (эмоциональной, когнитивной и поведенческой) у испытуемых достаточно широк, что указывает на имеющиеся у них возможности к адаптации. Полученные данные по копинг-поведению здоровых людей могут быть использованы при определении групп риска среди лиц, деятельность которых связана со стрессогенными факторами, при разработке для них психогигиенических и психопрофилактических программ.

### **3.2. Анализ методик диагностики адаптивных способностей**

#### **ИНВАЛИДОВ-КОЛЯСОЧНИКОВ**

Методика Хайм позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы.

К когнитивным копинг-стратегиям относятся 10 их вариантов. Это: "игнорирование и переключение мыслей на другие, "более важные" темы, чем болезнь; принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода определенной философии стоицизма; диссимуляция болезни, игнорирование и снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью; сохранение самообладания - равновесия, самоконтроля, стремление не показывать своего болезненного состояния другим; проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям; относительность в оценке болезни, сравнение с другими,

находящимися в худшем положении; религиозность, стойкость в вере («со мною Бог»); состояние растерянности и переживание безысходности создавшегося положения; придание болезни значения и смысла, например отношение к болезни как вызову судьбы или проверке стойкости духа и др.; самоуважение - более глубокое осознание собственной ценности как личности.

Далее представлены 8 вариантов эмоциональных копинг-стратегий. Это: переживание протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональная разрядка - отреагирование чувств, вызванных болезнью, например, плачем; изоляция - подавление, недопущение чувств, адекватных ситуации; оптимизм с уверенностью в благоприятный исход трудной ситуации; пассивное сотрудничество - доверие с передачей ответственности врачу; покорность, фатализм, капитуляция; самообвинение, возложение вины на себя; переживание злости, раздражение, связанные с ограничением жизни болезнью.

К поведенческим копинг-стратегиям относятся 8 вариантов. Это: отвлечение - обращение к какой-либо деятельности, уход в работу;

альтруизм - забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план;

активное избегание - стремление избегать «погружения» в процесс лечения;

компенсация - отвлекающее исполнение каких-либо собственных желаний, например покупки чего-то для себя;

конструктивная активность - удовлетворение какой-то давней потребности, например, совершить путешествие;

уединение пребывание в покое, размышление о себе;

активное сотрудничество - ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе;

поиск эмоциональной поддержки - стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

Виды копинг-поведения были распределены Хайм на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

Адаптивные варианты копинг-поведения. Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся: «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания» - формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. Среди эмоциональных копинг-стратегий: «протест», «оптимизм» - эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации. Среди поведенческих копинг-стратегий: «сотрудничество», «обращение», «альтруизм» - под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты копинг-поведения. Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся: «смирение», «растерянность», «диссимуляция», «игнорирование» - пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей. Среди эмоциональных копинг-стратегий: «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность» - варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других. Среди поведенческих копинг-стратегий: «активное

избегание», «отступление» - поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления. Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся: «относительность», «придача смысла», «религиозность» - формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. Среди эмоциональных копинг-стратегий: «эмоциональная разрядка», «пассивная кооперация» - поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам. Среди поведенческих копинг-стратегий: «компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность» - поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

В инструкции к опроснику Э.Хайма исследуемым предлагается отметить в регистрационном бланке по одному из вариантов копинг-поведения, с помощью которых ими разрешаются трудности и стрессовые ситуации. Выбранные утверждения соответствуют определенным табличным названиям типов копинг-поведения. При обработке результатов в группах исследуемых определяется частота выбора конкретного варианта копинг-поведения в данной группе.

Показаниями к использованию предлагаемой методики Э.Хайма являются:

– изучение характеристик копинг-поведения у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами для уточнения их роли в генезе указанной патологии;

- исследование неадаптивных форм копинг-стратегий у лиц, находящихся в стрессовых ситуациях, для коррекции их копинг-поведения;
- проведение групповой или индивидуальной психотерапии, в ходе которых выявляются неадаптивные формы копинг-стратегий для последующей их коррекции и формирования адаптивного копинг-поведения;
- составление психогигиенических и психопрофилактических программ учетом формирования адаптивных форм копинг-поведения как для здоровых лиц, подвергающихся стрессу, так и для больных пограничными нервно- психическими расстройствами. Противопоказаний к использованию методики нет. Можно лишь отметить неадекватность применения методики Э. Хайма у пациентов, страдающих психозами, которые не могут достаточно осознанно и объективно оценивать реальность».

Тест опросник Спилбергера (тревожность):

«Вводные замечания. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов; расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями:

напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить или только личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным».

"Хорошо известно, что воздействие цвета может оказать на человека как физиологический, так и психологический эффект. Это обстоятельство давно уже учитывается в искусстве, эстетике, гигиене производства. Поскольку эмоциональное отношение к цвету может характеризоваться или предпочтением его (выбором), или безразличием, или отказом от него (негативной «оценкой»), то оно учитывается и в психодиагностике.

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета нередко отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Зарубежные психологи применяют иногда тест Люшера в целях профориентации при подборе кадров, комплектовании производственных коллективов, в этнических, геронтологических исследованиях, при рекомендациях по выбору брачных партнеров. Значения цветов в их

психологической интерпретации определялись в ходе разностороннего обследования многочисленного контингента различных испытуемых.

Характеристика цветов (по Люшеру) включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета. Основные цвета:

синий - символизирует спокойствие, удовлетворенность;

сине-зеленый - чувство уверенности, настойчивость, иногда упрямство;

оранжево-красный - символизирует силу волевого усилия, агрессивность, наступательные тенденции, возбуждение;

светло-желтый - активность, стремление к общению, экспансивность, веселость.

При отсутствии конфликта в оптимальном состоянии основные цвета должны занимать преимущественно первые позиции. Дополнительные цвета: фиолетовый; коричневый; черный; нулевой (0). Символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов (как основных) в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям, что будет доказано ниже».

В качестве испытуемого ниже приведена выборка Башаев Сергей 1992г.р.

Первая выборка было проведена 09.11.2015.

Поставленные цели и соответствующее этим целям поведение

Первая выборка

Большая потребность в отдыхе, релаксации, покое и эмпатии. Думает, что к нему относятся с недостаточно уважительно, результатом чего стала его повышенная тревожность и беспокойство. Из-за неудовлетворения потребностей, думает, что его ситуация невыносима.

Вторая выборка

Страдает от тех воздействий, которые в тесте отвергает как неприятные (интерпретация для -2,-3 или-4; все они в данном случае применимы) и сильно сопротивляется. Требуется оставить его в покое.

Данное положение вещей и уместно при этом поведении

Первая выборка

При попытке добиться успеха, сталкивается с трудностями. Несмотря на то, что пытается скрыть свою импульсивность, его действия привели к осложнению и неопределенности, и он стал тревожиться и раздражаться (предшествующая группа цветов характеризует попытку компенсации этого и других конфликтов).

Вторая выборка

происходит затруднение в достижении желаемой степени близости в коммуникациях из-за боязни встретить отказ и излишней осторожности.

Сдерживаемые желания и неуместное при этом поведение

Первая выборка

Высокая степень обидчивости из-за эгоцентричности. Способен получать физическое удовлетворение от физической активности, но эмоционально демонстрирует равнодушие.

Вторая выборка

Ищет пути избавления от бедственного положения в котором находится. Способен получать удовлетворение от физической активности.

Свойства отрицания, подавления и несущие тревогу.

Первая выборка

Физиологическая интерпретация

Вызванные острым разочарованием тревога и стресс, порождают конфликт между надеждой и необходимостью.

Психологическая интерпретация

Тревожная неуверенность, к которой привели разочарованность и разбившиеся надежды, привела к сомнениям в том, что в будущем



положение хоть немного улучшится, из-за чего всё важное откладывается на потом. Очень велико давление создаваемое конфликтом между надеждой и необходимостью. Видит избавление в занятии пустяками.

Коротко: нерешительность вызванная этим конфликтом (первая группа цветов нужна для компенсации).

Вторая выборка совпадает с первой: проблема актуальна, вызванное стрессом поведение уместно

Первая выборка

При постановке новых целей, страх и разочарование от несбывшихся надежд приведут к новым поражениям, вызывающим усиление тревоги. Пытается найти спасение в отношениях построенных на гармонии и спокойствии, которые оградят его от новых разочарований и недостатка в признании.

Вторая выборка

Разочарование и боязнь, что определять какие-либо новые цели не имеет смысла, вызвали тревогу, ощущение пустоты и презрения к самому себе, в котором он не признается. Его отказ признать это, заставляет его выработать своевольное и вызывающее отношение.

Вторая выборка была проведена 19.12.2015

Желаемые цели и поведение, продиктованное этими целями

Первая выборка

Потребность чувствовать себя причиной и иметь более широкую сферу влияния делает его беспокойным, движимым собственными желаниями и надеждами. Может пытаться распространять свою деятельность слишком широко.

Вторая выборка

Большое желание успеха, новых впечатлений и эмоций. Хочет развивать чувство свободы, сбросить путы неуверенности, побеждать и жить насыщенной жизнью. Любит общение с другими людьми, наполнен

энтузиазмом. Положительно воспринимает всё новое, современное и инновационное. Благодаря новым интересам расширяет сферу деятельности. С оптимизмом смотрит в будущее.

Существующее положение вещей и уместное при этом поведении

Первая выборка

Пытается создать твердое основание, на котором он воздвигает надежное, спокойное и свободное от проблем будущее, в котором он получит уважение и призвание.

Вторая выборка совпадает с первой

Сдерживаемые свойства и неуместное при этом поведение

Первая выборка

Эмоционально заторможен. Чувствует себя вынужденным идти на компромиссы и поэтому ему трудно сохранить уступчивую эмоциональную привязанность.

Вторая выборка

Эгоцентричен и поэтому легко обижается, из-за чего в своих отношениях с другими часто оказывается в изоляции.

Отрицаемые, подавляемые или же несущие тревогу свойства

Первая выборка

Физиологическая интерпретация

Стресс, вызванный подавляемой чувствительностью (в 7/8 поз. и, особенно, когда есть пометка "тревога").

Психологическая интерпретация

Получает наслаждение от всего тонкого, изящного, изысканного, однако, сохраняет критическую позицию и не позволяет себе увлечься, пока полностью не убедится в том, что все это неподдельно и целостно. Поэтому держит свои эмоциональные отношения под строгим и неусыпным контролем - он должен знать "на каком он свете". Требуя от других полной

искренности - она должна защищать его от собственной ему тенденции к излишней доверчивости.

Коротко

Контролируемая "реактивность".

Вторая выборка

Физиологическая интерпретация

Выраженная восприимчивость к внешним раздражителям (в 7/8 поз. и, особенно, когда есть пометка "тревога").

Психологическая интерпретация

Хочет преодолеть ощущение пустоты и ликвидировать разрыв, который, как он чувствует, отделяет его от других. Стремится узнать жизнь со всех сторон, испытать все возможности, прожить жизнь сполна. Поэтому он негодует, когда его как-либо ограничивают или стесняют, и требует, чтобы ему не чинили препятствий и предоставили свободу.

Коротко, Надеется на будущее самоопределение.

Актуальная проблема или поведение, вызванное стрессом

Первая выборка

Боязнь, что ему могут помешать достичь того, чего он хочет, приводит к тем его беспокойным поискам ощущения удовлетворенности в какой-либо "иллюзорной" или бессмысленной деятельности.

Вторая выборка

Борется с ограничениями и запретами и требует, чтобы ему дали возможность развиваться свободно

Вывод: мы видим, что вторая выборка более оптимистична. У Сергея появилось больше веры в себя и свои возможности. Он настроен бороться за реализацию себя как личности, при этом отсутствует агрессивность. Он надеется на будущее и активно хочет реализовать себя в социуме. С психологической и социологической точки зрения внедрение тенниса на

колясках среди инвалидов стало полностью оправданным и дало хороший результат в психологическом плане.

### **3.3. Влияние соревновательной деятельности на психологический климат в семьях инвалидов-колясочников**

Люди, имеющие инвалидность зачастую ведут ограниченный четырьмя стенами образ жизни, что ведет к развитию комплексов неполноценности и замыканию в своем узком мирке, а зачастую к алкогольной и наркотической зависимости, а также к более серьезным нарушениям психики, ведущим к суицидальному поведению. Поэтому организация семинаров, встреч и мероприятий в группах, очень благотворно влияет на психологическое состояние инвалидов колясочников.

Человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата испытывает ограничения в связях с общественностью. Инвалидам затруднительно не только взаимодействовать с окружающим миром в силу своих ограниченных возможностей, но и в преодолеть значительные барьеры на пути включения в социальное и культурное пространство. Вынужденная изоляция приводит к не меньшим страданиям, чем заболевание, повлекшее за собой инвалидность. Поэтому к медицинской, профессиональной и другим традиционным видам реабилитации важно приобщить работу по восстановлению социально-культурных связей. Интеграция в общество людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата станет эффективной, если основывать ее на поддержании достоинства инвалидов, их возможностей.

Также общение в таких группах оказывает влияние на формирование коммуникативных навыков, новых жизненных целей и задач. Особенностью коллективной терапии является реализация мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию социально уязвимых категории населения, он направлен на решение проблемы психологической и реабилитации людей с ограниченными возможностями; привлечения инвалидов молодого возраста к культурным, духовно-нравственным

ценностям и здоровому образу жизни. Во время таких занятий происходит обмен мнениями и опытом между колясочниками недавно оказавшимися на инвалидной коляске и инвалидами имеющими большой опыт жизни в таком положении и нашедшими себя в новом качестве.

Положительный опыт других людей являются мощным средством психологического воздействия. Спортивные соревнования, танцы на колясках, вечера творчества, компьютерные занятия, коммуникативные тренинги — формы социокультурной реабилитации, которые оказывает существенное положительное влияние на инвалидов всех возрастных групп, но особое значение занятие танцами на колясках и другими видами спорта имеет для инвалидов молодого возраста, возвращают им радость принадлежности к обществу. Коллективная терапия поможет многим молодым инвалидам преодолеть преграду, отделяющую их от общества.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заключение по результатам психологического тестирования участников Фестиваля «Спорт без границ» и членов их семей. По окончании наших исследований мы можем заметить, что выбранные нами диагностические методики позволили нам составить эффективную реабилитационную программу для всех участников эксперимента. Инвалиды-колясочники в возрасте до 35 лет легче шли на контакт и легко вливались в созданные во время реабилитационных действий коллективы. Участники более старшего возраста шли на контакт под влиянием опытных колясочников, приглашенных для обмена опытом и психологов на инвалидных колясках.

Особенно эффективными были тренировки по танцам и теннису на колясках, мини-гольфу и бочча, тестирование по методу Люшера показало психо-эмоциональное состояние испытуемых значительно улучшалось, после занятий.

Соревнования совместно с членами семей колясочников позволил улучшить микроклимат в ближайшем окружении испытуемых.

Цель нашего исследования - поиск эффективных средств психологической реабилитации людей, оказавшихся на инвалидной коляске, в результате травмы позвоночника, была нами достигнута.

Наш педагогический эксперимент показал правильность выбранной нами методологии, т.к. у всех испытуемых было выявлено улучшение психологического состояния, оно выражалось в ясной постановке жизненной цели, стремлении к активизации жизненной позиции, улучшения внутрисемейных отношений.

По завершению курса реабилитации:

- трое испытуемых поступили в институт;
- 7 человек нашли работу;

- все участники исследования продолжают занятия спортом и танцами на колясках и ведут активный образ жизни;

- близкое окружение инвалидов-колясочников, ослабило чрезмерную опеку и в большинстве своем предоставило им возможность делать самостоятельный выбор в разрешении жизненных проблем.

Идея "независимой жизни" является ядром концепции программы психологической помощи, которой руководствуются реабилитационные центры. Суть этой идеи можно выразить двумя тезисами:

- Люди с инвалидностью имеют право быть включенными во все спектры жизни общества, на независимость, возможность самоопределиться, как все здоровые люди;

- поддерживать эти возможности должна государственная система инновационных социальных служб, открывающая доступ инвалидам - колясочникам во все сферы жизнедеятельности.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Александровский Ю. А., Лобастое О. С., Спивак Л. И., Шукин Б. П.// «Психогении в экстремальных условиях» - Москва., 1991, С.9
2. Айшервуд М. «Полноценная жизнь инвалида» Перевод с англ., М., «Педагогика», 1991.
3. Ашмарин Б.А. Теория и методика физического воспитания. Учебник для студентов факультета физической культуры педагогических институтов по спец. 0303.// Физкультура. - М.: Просвещение, 1990
4. Бальсевич, В.К., Годик М.А. Система общеевропейских тестов для оценки физического состояния человека /В.К.Бальсевич, М.А.Годи // Теория и практика физической культуры, 2004.–№5–С.68.
5. Белопухов А. « Я - спинальник» - М., «КИНТ», 1993.
6. Березин Ф. Б. «Психическая и психофизиологическая адаптация» - Л.: Наука, 1988.
7. Бочарова, В. Г., "Педагогика отношений в социуме: перспективная альтернатива". М., 1991. - 291 с.
8. Василюк Ф.Е., «Уровни построения переживания и методы психологической помощи». // Вопросы психологии, 1988. №5.
9. Визитей Н.Н. Сущность и социальные функции современного спорта: Метод, материалы в помощь тренерам, докладчикам, пропагандистам сбор. олимп. команд СССР / Гос. ком. СССР по физ. культуре и спорту. Упр. пропаганды. - М.: Сов. спорт, 1988.
10. Власова Г.А. Реабилитация больных с травматическим поражением спинного мозга. Автореф. канд. лис. Л., 1986.
11. Вон Кью Кит "Искусство цигун". ФАИР-ПРЕСС, 2006.- 30-45 с.
12. Воронович, Б.А. "Созидательный потенциал человека: социально-философские исследования". -М.: Мысль, 1988. 188 с.
13. Воротилкина И.М. " Физкультурно-оздоровительная работа в школьном образовательном учреждении: Метод". Пособие.- М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004.- 144 с.



14. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский (Сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М. Лифанова). - М.: Просвещение, 1995
15. Гарпин А.Е., «Танцы на колясках» Общественно-литературный всероссийский журнал «Голос», № 14, 2005г. Екатеринбург
16. Головаха Е.Д., «Человек в экстремальной производственной ситуации» - Киев «Наукова Думка», 1990.
17. Головачева, Е.А. К вопросу организации процесса физического воспитания дошкольников с задержкой психического развития /Е.А.
18. Головачева, И.А. Ильченко / материалы Всероссийской научно-практической конференции (Волгоград, 18-20 октября 2012). - Волгоград: ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2012.
19. Григорьев В.И., Курамшин Ю.Ф. Методические принципы занятий физическими упражнениями.// Теория и методика физической культуры: Учебное пособие. - СПб., 1999
20. Дмитриев В.С., Жиленкова В.П., Верхало Ю.Н., Орлов В.П. Предмет учебно-педагогической дисциплины физической культуры и спорта инвалидов»./Сб. матер, к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов. - М.: Малаховка. 1993. т. 1.
21. Додонов Б.И. Структура и динамика мотивов деятельности // Вопросы психологии. - 1984. - № 4.
22. Додонов Б.И. Эмоциональная направленность и корреспондирующие свойства личности // Вопросы психологии. - 1994. - № 6.
23. Дориццы-Малер Н., « Я живу» - Воронеж, «Траст», 1995. Перевод с немецкого.
24. Дружинин В.Н., «Экспериментальная психология» СПб.: Питер, 2003. Индолев Л., «Тем, кто в коляске и рядом с ними» — Пермь, «Здравствуй», 1995.
25. Дубровский В.И. Реабилитация в спорте. - М.: ФиС, 1991.
15. Елизаров А.Н., " Введение в психологическое консультирование" М., 2003

26. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник, том 2 / С.П. Евсеев. - М.: Советский спорт, 2007. - 448с.
27. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) / С.П. Евсеев // Теория и практика физической культуры - 1998.- № 1.
28. Евсеев С.П., Курдыбайло. С.Ф., Морозова.О.В. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов.//Учебн. пособ. -СПб., 1996.
29. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура и социальная интеграция инвалидов. //Матер. Российск. национ. конгр. «Человек и его здоровье». - СПб. 1998.
30. Евстафьев Б.В. Понятийный словарь по физической культуре и спорту /Б.В. Евстафьев.- Л., 1990.
31. Железняк Ю.Д., Петров П.К. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте: Учебное пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 272с.
32. Жиленкова В.П. Становление и развитие адаптивной физической культуры инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата. - СПб.: Адаптивная физическая культура, №1-2, 2000.
33. Зациорский В.М. Основы спортивной метрологии / В.М. Зациорский.- М.: Физкультура и спорт, 1982.-
34. Краснов В. И., Юркин М. М., Войцех В. Ф. и др., «Социальная и клиническая психиатрия» - С-Петербург, «Питер», №1, 1993
35. Кузнецова Л.В., «Основы специальной психологии» М., «Просвещение», 2002.
36. Курышева, И. В. Психологические основы музыкально-творческого развития личности в образовательном процессе : автореф. дисс. . докт. психол. наук : 19.00.07 / Курышева Ирина Валерьяновна. - Н. Новгород, 2011. - 53 с.
37. Курьсь, В. Н. Ритмическая гимнастика в школе / В.Н. Курьсь, Н.Н. Грудницкая. - Ставрополь: СГУ, 1998.

38. Крысюк, О.Б. Роль ритмической гимнастики в реабилитации пациентов с инфарктами миокарда / О.Б. Крысюк, А.Ю. Рябчикова // Адаптивная физическая культура. - 2011. - № 4 (48).
39. Киреева, Л.А. Влияние музыки Моцарта на координирующую активность двигательных центров при синдроме вегетативной дистонии /
40. Л.А. Киреева, В. Н. Яковлев, Н. В. Зеленина // Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сборник научных статей II Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием. Том 2 / [под. ред. 41. Г.В. Бугаева, И.Е. Поповой]. - Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2013.
42. Королева, К.И. Арт-терапия как один из новых методов психофизической коррекции / К.И. Королева // Адаптивная физическая культура. - 2008. - № 3 (35). - С. 42-45.
43. Костромина С.Н., «Исследование процесса решения диагностических задач практическим психологом» Дисс., - М., 1997.
44. Курышева, И. В. Психологические основы музыкально-творческого развития личности в образовательном процессе : автореф. дисс. . докт. психол. наук : 19.00.07 / Курышева Ирина Валерьяновна. - Н. Новгород, 2011. - 53 с.
45. Курысь, В. Н. Ритмическая гимнастика в школе / В.Н. Курысь, Н.Н. Грудницкая. - Ставрополь: СГУ, 1998.
46. Курамшин Ю.Ф., Попов В.И. Теория и методика физической культуры //Учебное пособие -СПб., 1999.
47. Лабунская В.А., «Невербальное поведение: Социально-перцептивный подход». - Ростов н/Д., 1986
48. Леонтьева А.А., «Психология общения». - М.,1997.-с.365.
49. Лебединская, К.С. Основные вопросы клиники и систематики. Актуальные проблемы диагностики ЗПР /К.С. Лебединская. - М., 1982.
50. Лисицкая, Т.С. Тренировка выносливости в аэробике / Т.С. Лисицкая, Л. В. Сиднева. - М.: Просвещение. 2001.

51. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: учебное пособие / Н.Л. Литош. - М.: СпортАкадемПресс, 2002.
52. Личность, культура, этнос: современная психологическая антропология под ред. А.А.Белика. М., 2001.
53. Лубовский, В. И. Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития /
54. В.И. Лубовский, Г.Р. Новикова, В.Ф. Шалимов // Дефектология. - 2011.
55. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры. -М.: ФиС. 1991. 240 с.
56. Михайлова Ю.Г., Евсеев С.П., Девятова М.В. О возможности самостоятельных занятий лечебной гимнастикой инвалидов со спинномозговой травмой.//Матер. межд. конгр. «Человек и его здоровье». - СПб., 1997.
57. Менделевич В.Д., «Клиническая и медицинская психология» М., «Просвещение», 1999.
58. Мякинченко, Е.Б. Аэробика. Теория и методика проведения занятий / Е.Б. Мякинченко, М.П. Шестаков. - М., 2002 г.
59. Наборщикова, С. Видеть музыку, слышать танец: Стравинский и Баланчин. К проблеме музыкально-хореографического синтеза / С. Наборщикова. - М.: издательство «Владос», 2010.
60. Орлова, Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; отв. ред. Г.И. Ефремова. - М.: Издательство ЮРАЙТ, 2012.
61. Орлов А.Б., «Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практики». М., 1995.
62. Осадчих А.И., Леонов С.А., Киселев С.А., Савостина Е.А. Некоторые методологические проблемы инвалидности (социальные и медицинские аспекты). //Тез. докл. 1 межд. конф. "Инвалиды: социальная и физическая реабилитация - физкультурно-оздоровительные технологии". -М., 1993

63. Организация спортивно-массовой работы с лицами, имеющими нарушения функций спинного мозга. //Метод, реком. -М.: Сов. спорт, 1991.
64. Павлова Т.Н. Организация физкультурно-спортивной работы среди инвалидов г. Москвы.//Сб. матер, к лек. по физич. культ, и спорту инвалидов. -М., 1993 .-С. 18-26.
65. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей: учеб. для студ. Сред. Мед. Заведений / Н.Н.Петрова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006.
66. Петрушин, В. И. Отражение эмоций в музыке / В. И. Петрушин // Музыкальная психология и психотерапия. - 2010. - № 5 (17). - С 15-18
67. Попова Л.В., Дьяконов Г.В., «Идентификация как механизм общения и развития личности: Методологические рекомендации» - М., 1988.
68. Правосудов В.П. "Учебник инструктора по лечебной физической культуре". – М.: Физкультура и спорт, 1980. – 415 с.
69. Семаго К Я., Семаго М. М., «Руководство по психологической диагностике». М., 2000.
70. Смелзер Н. Социология. - М., 1994
71. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высших учебных заведений / под ред. Н. М. Назаровой. - Т.2: Общие основы специальной педагогики / [Н. М. Назарова, Л. И. Аксёнова, Т. Г. Богданова, С. А. Морозов]. - М.: Издательский центр «Академия», 2008.
72. "Справочник для москвича-инвалида". - М., «Русский инвалид» - «Посох», 2000.
73. Столяренко Л.Д. «Основы психологии», Ростов-на-Дону. Феникс, 2002.
- 74.Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., «Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы», Психол. журн. - 1992а. - Т. 13. - № 2. - С.4
75. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., «Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний» // Психол. журн. — 1996. — Т. 15. - № 5. - С. 9, 14

76. Титова Н.А., «Записки из параллельного мира», — Пермь, РИЦ «Здравствуй», 1997.
77. Торубаров Ф. С, Чинкина О. В. «Психологические последствия аварии» // Клиническая медицина. — 1991.-69:24-28.
78. Уколова, Л.И. Педагогически организованная музыкальная среда как средство становления духовной культуры человека: автореф. дисс. . докт. пед. наук : 13.00.08 / Уколова Любовь Ивановна. - Москва, 2008.
79. Усанова О. Я. «Специальная психология». М., 1990.
80. Ваит А., Gatchel R., Schaeffer M., "Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island" , //Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1983. - 51: 565-572.
81. Davidson L. M., Baum A. , "Chronic stress and PTSD" //J. of Consulting and Clinical Psychology. - 1986. - 54: 303-308.
82. Collins D. L., de Cawalho A. B. (1993)." Chronic Stress from the Goiania" 137 Cs radiation accident //Behavioral Medicine.- 1993.-18:149-157.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

## Приложение 1

Санитарно-гигиеническое обследование спортивного сооружения и мест проведения учебно-тренировочных занятий.

Дата и время обследования: 15.02.2016 10.00 ч

Адрес: Приморский 49, УСК "Олимп"

Специфика здания: Гандбольные поля, одноэтажное здание

Спортивный зал :

- Длина -42 м

- Ширина – 30м

- Высота – 12м

$S = 42 \times 30 = 1260$  м.кв. ,  $n=19$  чел,  $h=12$  м,  $S1=1260/19= 66,3$  м.кв.

Воздушный куб  $V$  возд.=  $66.3 \times 12 = 795,6$  м.куб.

Пол покрыт прорезиненным покрытием для теннисных кортов и спортзалов.

Стены бетонные, окрашенные масляной краской.

Имеется 15 отверстий для подачи воздуха, 15 отверстий для выдувания воздуха.

В зал ведут 4 двери: 2 входных, 1 грузовая, соединительная с другим помещением (проход).

Освещение естественное боковое с 2-х сторон. Окна большие, занимают 1/3 стены. Расстояние от окна до пола 4 метра. Стекла чистые, очистка 2 раза в год-весной и осенью. Окна защищены сеткой на расстоянии метра по всему периметру.

Освещенность дневным светом:

- у наружной стены 45 лк.

- у внутренней стены 43 лк.

Освещение искусственное:

Осветительные приборы люминесцентные лампы в количестве 12 шт,  $N=200$ лк.

Освещенность искусственным светом :

- у внутренней стены 142 лк

- в центре зала 148 лк

Коэффициент аэрации  $N = 1/35$

Оборудование в зале соответствует техническим требованиям:

Скамейки, баскетбольные кольца, гандбольные мячи, конусы, волейбольные мячи, ворота для минифутбола и гандбола.

Наличие и содержание аптечки первой помощи соответствует норме.

Выводы.

Зал соответствует санитарно-гигиеническим нормам. Присутствует вентиляция, что способствует проветриванию помещения, углекислый газ не накапливается. Спортивный зал имеет достаточное количество инвентаря, чтобы обеспечить занятия учеников. Стены и пол в хорошем состоянии. Освещения в зале достаточно. Напряжение на глаза отсутствует.



### Годовой план график учебно-тренировочного процесса.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XI	XII
Распределение учебно-тренировочного материала											
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
3	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
4	12	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
5	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
6	2	4	6	8	8	8	8	8	8	8	8
7			4		4		4		4		4
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Части урока	Содержание	Время	Методические указания
I	Подготовительная	15 мин.	Следить за осанкой, положением рук и правильностью выполнения движений.
	1. Построение, приветствие, сообщение задач занятия.	2 мин	
	2. Дыхательные упражнения с поднятием рук вверх. Повороты головы.	3 мин	
	3. О.Р.У. а) И. п.: сидя на коляске. Соединяем плечи впереди, округляем спину. Округляем грудную клетку, соединяем плечи сзади. 5-8 раз. б) И. п.: сидя на коляске лицом к партнеру и держась за руки. Перетягивание партнером в свою сторону с отклонение туловища назад и вперед. 5-8 раз. в) И. п.: сидя на коляске. Разворот туловища влево, правой рукой опираясь на колесо или спинку коляски для максимального разворота. То же в другую сторону. 6-8 раз г) И. п.: сидя на коляске, в руках на коленях волейбольный мяч. Выполнение: выпрямить руки и поднять мяч над головой, делать наклоны туловищем вправо и влево с осторожностью. д) И. п.: сидя на коляске, руки на ободах колес. На полу в линии на расстоянии чуть большего размера коляски стоят мячи (либо другое оборудование). Движение на коляске змейкой, с соблюдением скоростного режима, но при этом аккуратно, объезжая препятствия. 2-3 раза	10 мин	
II	Основная	30 мин	Следить за правильностью выполнения движения. Следить за
	1. Разработка танцевальных движений туловищем на коляске. - Оттолкнуться с места, набрать небольшую скорость. Вращательные движения бедрами таким образом, чтобы		

	<p>коляски ехала змейкой. Руки при этом параллельны полу.</p> <p>-повороты туловища вправо и влево с одновременным выпрямлением руки и вращением кистью.</p> <p>- Делать движение на коляске описывая воображаемую восьмерку длиной 4 метра.</p> <p>Упражнение на скорость.</p>		<p>окраской кожных покровов (побледнение, покраснение). Следить за техникой безопасности при выполнении сложных упражнений.</p>
	<p>2. Специальные танцевальные упражнения:</p> <p>- Встать по парам, рука, которая ближе к партнеру, у него на плече. Синхронные движения в одну и в другую сторону.</p> <p>-отработка синхронных движений спиной друг к другу ближе и дальше.</p> <p>-кружения в паре</p> <p>- быстрый разворот на месте</p> <p>-быстрые развороты на максимально близком расстоянии друг от друга в противоположные стороны</p>		
	3.Измерение пульса	2 мин	
Ш	Заключительная	13 мин	
	<p>1.Упражнения на расслабления</p> <p>а) Поднять прямые руки вверх и медленно опустить, вверх вдох, вниз-выдох.</p> <p>б) руки вдоль тела и чуть согнуты. Повороты туловища, представляя, что руки-это веревки. Выполнять с осторожностью, избегая колес.</p> <p>в)И.п. руки вверх. Потягивания вверх попеременно одной и другой рукой.</p> <p>г) Наклоны вперед к стопам. Делать с осторожностью, чтобы не опрокинулась коляска.</p>	9 мин	<p>Домашнее задание:</p> <p>просмотр видео на тему “теннис на коляске” в интернете и повтор теннисных движений.</p>
	2. Построение, подведение итогов занятия.	4 мин	

### Определение плотности занятия путем хронометрирования

Часть занятия	Вид деятельности	Объяснение и показ	Выполнение упражнения	Ожидание и отдых	Простой
Подготовительная (10 минут)	Построение	1.00			
	Построение в шеренгу	1.30	0.30		
	Прослушивание замечаний по дисциплине, задач занятия	2.20			
	Выполнение поворотов на месте	4.25	1.45		
	Перестроение для выполнения ОРУ	8.55	0.15		
	Выполнение ОРУ	17.30	9.45		
Основная (15-20 минут)	Прослушивание и просмотр задания	20.00			
	Выполнение теннисной связки	20.30			
	Выполнение второй теннисной связки	22.40	0.30		
	Выполнение основных теннисных движений	24.00			
	Построение в шеренгу	24.50	0.30		
	Показ схемы расстановки	36.00			
	Выполнение двух связок и основных теннисных движений	36.30	10.00		
Заключительная (10-12 минут)	Построение в шеренгу	37.00	0.30		
	Упражнения на растягивания	39.00			
	Подведение итогов занятия	41.00			

#### Общая плотность занятия.

При определении общей плотности занятия учитывается вся полезная деятельность группы, включая организацию, объяснение и показ упражнений, а также непосредственное выполнение физических упражнений.

Время, затраченное на объяснение и показ, составляет 10'30''.

Время, затраченное на выполнение упражнений, составляет - 67'20''.

Время, затраченное на ожидание и отдых, составляет - 9'30''.

Время, затраченное на простой, составляет - 1'.

Общее время занятия составляет - 90'.

Общая плотность занятия вычисляется по следующей формуле:

$$\text{Общая плотность занятия} = \frac{\text{Полезная деятельность}}{\text{Время занятия}} * 100\%$$

Исходя из данных, вычислим общую плотность занятия:

$$\text{Общая плотность занятия} = 5300 / 5400 * 100\% = 98\%$$

Общая плотность занятия составила – 98%, причинами снижения процента общей плотности занятия стали индивидуальные особенности занимающихся.

В моторную плотность занятия входит только то время, которое было затрачено непосредственно на выполнение физических упражнений.

Моторная плотность занятия представляет собой суммарное время двигательной активности в течение всего занятия, выраженное в процентах:

$$\text{Моторная плотность занятия} = \frac{\text{Время двигательной активности}}{\text{Время занятия}} * 100\%$$

Исходя из данных, вычислим моторную плотность занятия:

$$\text{МПЗ} = 67,3 / 90 * 100\% = 75\%$$

Моторная плотность занятия хорошая, так как очень хорошая дисциплина. Простой почти не наблюдалось.

Вычислим процентное соотношение каждой составляющей занятия к общему времени:

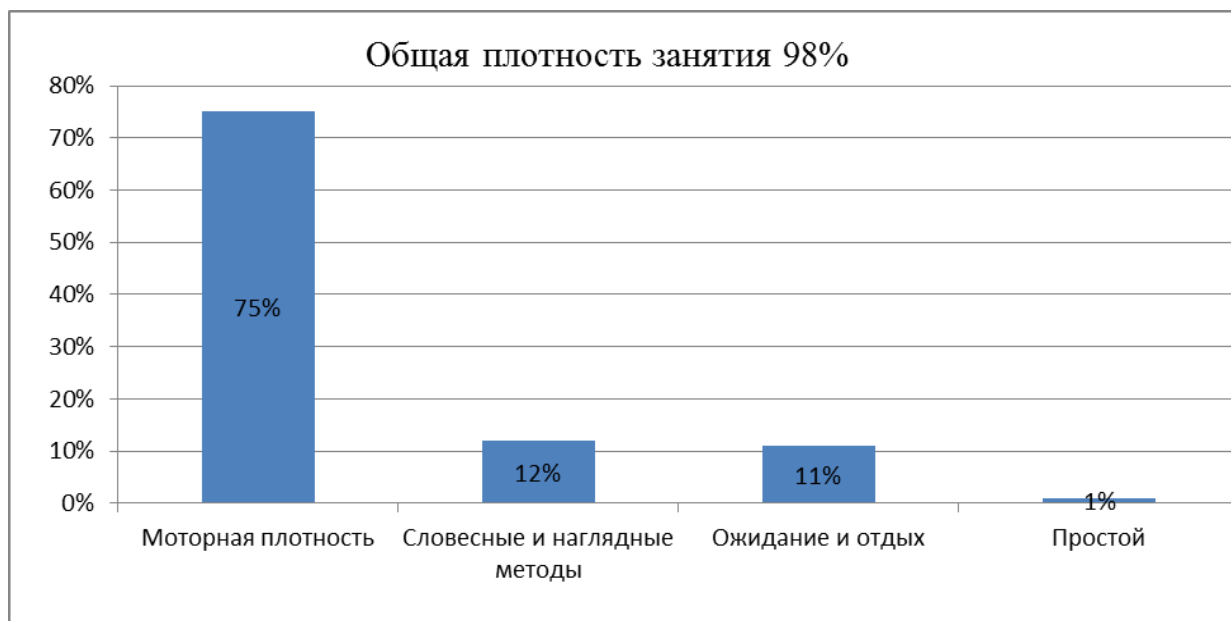
$$\text{Объяснение и показ} = 630 / 5400 * 100\% = 12\%;$$

$$\text{Выполнение упражнений (моторная плотность)} = 75\%;$$

$$\text{Ожидание и отдых} = 570 / 5400 * 100\% = 11\%;$$

$$\text{Простой} = 60 / 5400 * 100\% = 1\%.$$

Наглядно это выглядит так:



Приложение :

### Определение нагрузки в процессе занятия по пульсу.

Дата проведения – 01.04.2016

Задачи занятия:

1. Совершенствование теннисной связки.
2. Воспитание координации, гибкости и концентрации
3. Отработать правильное выполнение теннисной связки инвалидов-колясочников

Наблюдение проводилось за Башаевым Сергеем.

№ п/п	Пульс		Упражнения, до и после которых подсчитывался пульс
	с за 10"	с за 1'	
1	12	72	В покое, до начала занятия
2	12	72	Во время прослушивания задач занятия

3	13	78	После упражнений
4	15	90	После наклонов головы
5	19	114	После разминки
6	17	102	После выполнения поворотов
7	18	108	После выполнения прокатов на коляске
8	18	108	После выполнения наклонов
9	20	120	После выполнения упражнений на месте
10	21	126	После выполнения движений руками над собой
11	18	108	Во время отдыха
12	21	126	После выполнения основных движений на коляске
13	18	108	Во время отдыха
14	21	126	После выполнения всей танцевальной связки и проката на коляске
15	19	114	В начале выполнения удара
16	23	138	В конце выполнения удара
17	21	126	Во время выполнения удара
18	15	90	После построения
19	12	72	После подведения итогов занятия



Кривая нагрузки по пульсу соответствует задачам основной части занятия. При выполнении верхней передачи в паре пульс составил 126 ударов в минуту, что соответствует данной нагрузке. В перерывах между упражнениями пульс опускался до 108 и 120 ударов в минуту, это говорит о том, что Елена делала пассивную нагрузку, и ее пульс постепенно снижался. Во время исполнения танца пульс составил 138 ударов в минуту, что оказалось чуть выше нормы, но вследствие опроса, оказалось, что Елена не выспалась. После физической нагрузки пульс нормализовался, процесс восстановления соответствует норме.

Результаты исследования:

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что исходная гипотеза получила экспериментальное подтверждение

Для определения силовой выносливости был проведен тест Купера.

12-минутный беговой тест Купера (дистанция, км)

	девушки		Парни	
	до	после	До	после
$\pm S_{\bar{x}}$	1,04±0,07	1,11±0,07	1,38±0,07	1,50±0,07
Достоверность различий	0,05	0,05	0,05	0,05

Видно улучшение силовой выносливости как среди девушек, так и среди парней. Что легко объяснить применением средств О.Ф.П. и специальными упражнениями для улучшения владения коляской и выработки скоростной выносливости, такие как описывание восьмерки на скорости и объезд препятствий на скорости, длительные нагрузки на верхнюю часть тела.

В качестве психологического исследования был применен тест Люшера.