

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Медичний факультет**

**Кафедра медицини та фізичної терапії**

**ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ НЕВРОЗАХ У ДІТЕЙ**

**Кваліфікаційна робота**

ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка 4 курсу  
06-431 групи  
Спеціальності 227 Фізична реабілітація  
Освітньо-професійної програми «Фізична  
терапія, ерготерапія»»

Купріянова Ольга Анатоліївна  
Керівник: д.м.н., професор Чаланова Р.І.

Рецензент: к.м.н., доцент Гайдай М.І.

Херсон – 2020

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП .....</b>	<b>3</b>
<b>Розділ 1. Особливості прояву неврозів і неврозоподібних станів у дітей дошкільного віку.....</b>	<b>6</b>
1.1. Неврози загального походження.....	6
1.2. Системні неврози.....	15
1.3. Особливості неврозних станів у дітей.....	23
<b>Розділ 2. Методи фізичної реабілітації дітей з неврозами</b>	<b>25</b>
2.1. Реабілітація в педіатрії	25
2.2. Фізична реабілітація при неврастенії	32
2.3. Фізична реабілітація при неврозі нав'язливих станів	33
2.4. Фізична реабілітація при психастенії та істерії	34
<b>Розділ 3. Застосування лікувальної фізичної культури при неврозах у дітей</b>	<b>37</b>
3.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування використання фізичних факторів в реабілітації хворих неврозами	37
3.2. Застосування ЛФК при неврастенії	39
3.3. ЛФК при істерії та психастенії	41
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>43</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>44</b>

## ВСТУП

Інтерес до проблеми неврозів визначається насамперед великою поширеністю цього захворювання. За офіційними даними ВООЗ, число неврозів за останні 65 років виросло в 24 рази, у той час як число психічних захворювань усього в 1,6 рази. Неврози спостерігаються у 20% людей. У дитячому віці у дівчаток неврози виникають в три рази частіше, ніж у хлопчиків [9].

Велику групу неврозів складають системні неврози, які проявляються руховими порушеннями, включаючи мовні і вегетативні розлади поведінки. Цей вид неврозів часто зустрічається у дітей раннього та шкільного віку. Такі неврози є домінуючою формою вираження невротичного стану. Порушеннями при системному неврозі є невротичні судоми; невротична відсутність апетиту; невротичне заїкання; невротичний розлад сну; виникнення енурезу неорганічної природи; патологічні звички дитячого віку такі, як, наприклад, смоктання пальців, обгризання нігтів, онанізм, висмикування волосся та ін [19].

Група неврозів була названа «системною», оскільки вказує відношення до психогенної обумовленої дисфункції певної функціональної системи людини. Порушення якоїсь ділянки ланцюжка системи призводить у результаті до певного розладу [24].

Невротичний енурез - втрата контролю над сечовипусканням у нічний або денний час. Вплинути на розвиток цього прояву неврозу можуть порушення на будь-якому рівні функціональної системи. Як правило, більше 70 % хворих мають спадкову обтяженість даними розладом. Причиною неорганічного енурезу у дітей може бути розлучення батьків, народження братів або сестер, відрив від матері, початок навчання в школі [4].

Невротичні судоми проявляються у швидких, мимовільних і постійно повторюваних вокалізаціях або стереотипних рухах. Однакову роль у розвитку цього розладу грають як психогенні чинники, так і генетика.

Зазвичай судоми проявляються в миганні або інших рухах лицьових м'язів. Рідше тіки проявляються на нижніх кінцівках або тулубі. З віком тіки проходять [6].

Енкопрез невротичний - це нездатність дітей контролювати виділення калу. Розлад призводить до довільного або мимовільного нетримання калу в місцях, які для цієї мети не призначені. Ця проблема дуже часто пов'язана з порушенням соціалізації дитини. Наприклад, якщо занадто рано почати вчити дитину користуватися горщиком, він може потерпіти кілька невдач. В наслідок цих невдач розвинеться розлад. Півтора відсотка дітей у віці до п'яти років страждають цим розладом [15].

Невротичне заїкання - це розлад ритму і темпу мовлення. Воно пов'язане з судомами м'язів, які беруть участь у процесі мовлення. Зазвичай причиною захворювання стає емоційне пошкодження дитини, конфлікти в родині. Симптоми можуть не спостерігатися при співі або взаємодії з тваринами [4].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Випускна робота виконана в рамках науково-дослідної теми кафедри здоров'я людини «Відновлення здоров'я людей різних вікових груп шляхом фізичної реабілітації», що затверджена Вченою радою інституту (протокол №3 від 24.11.2008 р.).

**Мета випускної роботи** – розкрити зміст основних засобів фізичної реабілітації, які використовуються при системних неврозах у дітей дошкільного віку.

**Відповідно до мети дослідження були виділені наступні завдання:**

1. Розкрити особливості прояву неврозів і неврозоподібних станів у дітей дошкільного віку.
2. Визначити методи фізичної реабілітації при неврастенії, неврозах навязливих станів, істерії та психастенії.
3. Обґрунтування використання фізичних факторів в реабілітації хворих неврозами дітей дошкільного віку.

4. Розкрити особливості застосування лікувальної фізичної культури при неврозах у дітей.

**Об'єкт дослідження** – методи фізичної реабілітації осіб з порушеннями нервової системи.

**Предмет дослідження** – вплив засобів фізичної реабілітації на покращення здоров'я дітей дошкільного віку з неврозами.

Для вирішення поставлених завдань було використано наступні **методи дослідження**: описовий, порівняльний, аналіз методичної та навчальної літератури, опитування та бесіди з лікарями та вихователями дошкільних навчальних закладів.

**Наукова новизна** дослідження полягає в тому, що отримані дані збагачують наявні уявлення про особливості напрямів та засобів фізичної реабілітації при системних неврозах у дітей дошкільного віку і дозволяють обґрунтувати напрямки реабілітаційної роботи з її усунення.

**Практичне значення одержаних результатів.** На основі отриманих результатів може бути спланована реабілітаційна робота, спрямована на зменшення проявів різних видів неврозу у дітей дошкільного віку. Запропонований підхід може бути використаний в навчально-виховному процесі дошкільних навчальних закладів для реабілітації дітей з системними неврозами.

**Структура випускної роботи.** Робота викладена на 47 сторінках друкованого тексту і складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури (51 найменування).

## РОЗДІЛ 1

### ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НЕВРОЗІВ І НЕВРОЗОПОДІБНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

#### 1.1. Неврози загального походження

Невростенія. Терміном «астенічний невроз» («неврастенія») прийнято позначати психогенне захворювання невротичного рівня, у клінічній картині якого провідне місце займає астенічний синдром.

У хворих неврастенією дійсно є численні прояви підвищеної збудливості нервової системи: запальність, безсоння, загальна гіперестезія, гіперестезія органів почуттів, тахікардії і поряд із цим симптоми швидкого виснаження функцій: фізична й психічна стомлюваність, м'язова слабкість, нестійкість уваги й ін.[15]

В етіології астенічного неврозу в дітей і підлітків, основна роль належить тривалим або навіть хронічним психотравмуючим ситуаціям, найчастіше пов'язаними з конфліктною ситуацією в родині (систематичні сварки між батьками, конфлікти обумовлені алкоголізмом батьків, ситуація пов'язана з розлученням батьків). Важливу роль у походженні неврастенії у дітей мають також деякі форми неправильного підходу батьків до виховання, особливо надмірні вимоги й зайві обмеження, що перевищують можливості дитини [44].

Найважливішим фактором зовнішніх умові, що сприяє розвитку астенічного неврозу, варто вважати перевантаження дитини різними заняттями, у першу чергу інтелектуальними (підвищене навчальне навантаження в спеціалізованих школах мовного, фізико-математичного й іншого профілю, додаткові заняття в різних гуртках і секціях, у музичній школі й т.д.). Сам по собі фактор інтелектуальної (або також і фізичної) перевантаження в дитячому й підлітковому віці хоча й може викликати

більш-менш виражену психічну астенізацію, однак при відсутності психотравмуючої ситуації не веде до розвитку астенічного неврозу [3].

Головні болі- одна з найчастіших скарг хворих неврастенією. Рідко мова йде про сильний головний біль, дифузний або мігреноподібний. У більшості випадків відзначається лише невизначене відчуття тиску немов від надягнутої на голову важкої шапки («каска неврастеніків» по Шарко) або від обруча, що стягає череп. Запаморочення носить звичайно характер простого, дифузного, несистемного, що з'являється при різких рухах, при роботі в похилому положенні або у зв'язку зі стомленням, хвилюванням.

Симптоми з боку серцево-судинної системи. Хворі часто скаржаться на відчуття стискання або поколювання в області серця, почуття завмирання, зупинки серця або, навпаки, посиленого серцебиття, «розпирання» або «порожнечі» у грудях. Часті відхилення з боку пульсу. Усяке хвилювання, навіть жвава розмова, викликає серцебиття й задишку. Хворі неврастенією легко червоніють і бліднуть [7].

Симптоми з боку шлунково-кишкового тракту. Особливо характерні скарги хворих неврастенією на поганий апетит, на те, що вони мало їдять й у зв'язку із цим худнуть.

Симптоми з боку сечостатевої сфери. Хворі скаржаться на прискорені позиви на сечовипускання, що залежить від їх загального нервово-психічного стану, при хвилюваннях різко підсилюється, у стані спокою стає малопомітною або навіть повністю проходить. Багатьох хворих турбує відчуття печіння при сечовипусканні, викликане більшим змістом солей у сечі. Особливо сильну тривогу викликають у хворих неврастенією неполадки з боку статевої функції, які можуть бути дуже різноманітними, стосуючись як статевого потяга, так і статевої сили. У хворих неврастенією часто виявляється зниження статевого потяга, рідше спостерігається патологічно підвищене лібідо. Ослаблення статевої сили може доходити до повної нездатності до статевих зносин внаслідок відсутності або різко недостатньої ерекції, частіше спостерігаються тільки окремі невдалі статеві акти на фоні

більш-менш нормального статевого життя. Функціональні порушення в сечостатевої сфері дуже турбують таких хворих, у край важко переживаються ними, позначаються на їхньому настрої, працездатності, статеві розлади в деяких випадках виступають на перший план у клінічній картині, надаючи специфічне забарвлення всієї хвороби. Це так називана статеве неврастенія. Більшості випадків важкі форми статевої неврастенії пов'язані з конституціональною слабкістю нервової системи, з більш-менш глибокою невропатією.[9]

Ослаблення пам'яті не характерно для неврастенії, хоча й може іноді спостерігатися при ній. У більшості випадків, коли хворі неврастенією скаржаться на погану пам'ять, у дійсності мова йде тільки про неувважність, про нестійкість уваги у зв'язку з недостатністю внутрішнього гальмування.

Зниження працездатності - найважливіший симптом неврастенії. Клінічно воно може виражатися подвійно: швидкою появою почуття стомлення й помітним падінням продуктивності праці [13].

У класичних випадках захворювання починається з гіперстенічних проявів, потім з'являються дратівлива слабкість і гіпостенія. У хворих з гіперстенічною стадією відзначається підвищена дратівливість, нервозність, нестриманість, нетерпимість, розлади уваги. Крім того, у періоди загострення відзначаються явища ментизма: думки починають безладно плутатися, хаотичні [26].

Нерідко розвивається проміжне між гіпер- і гіпостенією стан, що супроводжується спочатку підвищеною збудливістю, дратівливістю зі швидкою виснажливістю, розвитком слабості, а потім підвищеною апатією, байдужністю, пригніченістю.

Неврастенічні розлади можуть здобувати депресивне фарбування й у процесі прогресування захворювання досягати розвитку невротичної депресії.

Неврастенія викликається перенапругою нервової системи. Чим слабкіша нервова система суб'єкта, тим легше виникають порушення. Однак



неврастенією нерідко занеджують також особи із сильним неврівноваженим типом нервової системи. Тільки велика перенапруга, протягом тривалого часу може викликати невроз в осіб з нервовою системою сильного врівноваженого типу [34].

Перенапругу викликають різного роду афективні переживання негативного характеру (хвороба або смерть близьких, життєві невдачі, неполадки в сімейному житті, неприємності по роботі, страх, побоювання, розчарування у своїх силах, у людях, відношенням яких людина дорожила, і т.д.). Багато авторів підкреслюють особливе значення для неврастенії не сильних, але тривалих негативних емоцій. Перенапруга може бути зв'язана також із тривалим і напруженим функціонуванням нервової системи (важка або відповідальна робота, що не чергується з необхідним відпочинком і достатнім сном, сильні хвилювання, й т.д.). У деяких випадках перенапруга є причиною неврастенії, що розвивається набагато пізніше («відстрочений зрив») [17].

Часто неврастенія викликається перенапругою, пов'язаним з необхідністю постійно стримувати себе, придушувати свої емоції, приховувати своє відношення до вчинків або висловлень оточуючих людей, тривалий час виконувати роботу, що не подобається й не дає задоволення. Перенапруга може також бути пов'язана з роботою, що вимагає великої уваги, зосередженості, у якій кожна помилка чревата наслідками (щоб зосередити увагу на чому-небудь одному, необхідно шляхом внутрішнього гальмування придушити ряд усіляких зовнішніх, і внутрішніх подразнень, сторонніх для тієї справи, яким людина зайнята). Зрив особливо легко виникає в осіб, які й у звичайних умовах із працею володіють собою, не вміють чекати, квапливі у своїх діях і висловленнях [41].

Виникненню неврастенії сприяє ослаблення організму, що завжди відбивається на нервовій системі.

Істерія. Терміном «істеричний невроз» у сучасній психіатрії позначають психогенне захворювання, що характеризується різноманітними

(соматовегетативними, моторними, сенсорними, афективними) розладами невротичного рівня, у виникненні й клінічних проявах яких провідна роль належить психогенетичному механізму «умовної приємності або бажаності» для хворого даних розладів.

Походження істерії найчастіше пов'язане із психічною травмою, але відомо роль тут грають також інфекції, інтоксикації, виснаження, фізична травма й інші фактори, що створюють придбаний нахил до істерії. Особливо варто підкреслити етіологічне значення недоліків виховання й несприятливих соціальних відносин. Питома вага екзогенних й ендогенних причин в етіології неврозу різко варіює. Відношення їх навпаки пропорційно: чим різкіше виражене нахил до хвороби, тим менше роль психічної травми, і навпаки, в осіб, малообтяжених у невропатичному або психопатичному відношенні, тільки афективні переживання великої сили можуть викликати відповідні розлади.

Роль психічної травми дуже велика. Істерія завжди виникає під впливом психічного переживання. Нервово-потрясіння може бути пов'язане з яким-небудь зовнішнім моментом або із внутрішнім конфліктом. Психічний фактор грає таку більшу роль в етіології й патогенезі неврозу, у походженні й конструюванні симптомів хвороби, що істерію всі автори розглядають як зразок психогенії [3].

Нерозумне виховання має істотне значення для розвитку істерії. Кожна здорова дитина, а тим більше нервово- і психічно нестійкі діти мають потребу в систематичному виховному впливі родини й школи. Відсутність такого раціонального, здорового впливу з боку старших або- що ще гірше - шкідливий вплив на дитину: потакання його капризам, виховання егоцентризму, переконання, що йому все можна, що він не такий, як інші діти, а краще їх, що він стоїть в центрі життя родини, що йому всі зобов'язані доставляти приємне, він же не має ніяких обов'язків, -сприяють розвитку істеричного характеру, що утворить фон, на якому проявляються симптоми істерії [30].

Симптоми істерії вкрай численні й різноманітні. Хвороба може викликати різного характеру й сили розладу в руховій, чутливій, вегетативно-трофічній і психічній сферах. Серед істеричних розладів у дитячому віці переважають моторні й соматовегетативні порушення.

Частим руховим розладом істеричного типу, на думку Г. Е. Сухаревой (1959), є астазия-абазия, тобто як би неможливість стояння й ходьби при збереженні пасивних й активних рухів лежачи. Астазия-абазия в основному зустрічається в підлітків, переважно дівчинок. Даний розлад викривається відносною тривалістю. В одному з наших спостережень астазия-абазия, що виникла в дівчинки 13 років у результаті переляку, пов'язаного зі спробою її згвалтування п'яним чоловіком, зберігалася біля напівроку [10].

У генезі подібних випадків астазии-абазии, очевидно, грає роль, механізм патологічної фіксації суб'єктивного відчуття слабості в кінцівках, що виникає нерідко в момент сильного страху. «Умовна бажаність» даного симптому в наведеному спостереженні визначалася тим, що він як би рятував дівчинку від психотравмуючої ситуації, пов'язаної з розслідуванням обставин случаючи, медичним обстеженням, зміною відносини навколишніх, котрим став відомий цей випадок.

Значно рідше у дітей зустрічаються істеричні парези й паралічі. До них відносяться рідко спостережувані випадки парезів кінцівок переважно нижній парапарез), що охоплюють або всю кінцівку, або частину її, строго обмежену суглобною лінією (нога до коліна, стопа й т.п.), і не відповідним зонам іннервації м'язів. У дітей майже не зустрічаються розгорнуті істеричні психомоторні припадки класичного типу. Зрідка вони можуть виникати в старших підлітків-дівчинок. Однак рудиментарні форми істеричних психомоторних припадків відзначаються нерідко, переважно в ранньому й дошкільному віці [29].

Особливу форму примітивних істеричних припадків у дітей раннього віку (приблизно від 6 міс до 3 років) представляють так називані афект-респіраторні напади. Вони виникають у зв'язку з якою-небудь ситуацією, що

викликає в дитини сильне невдоволення, образу. Напад починається по типу істеричних випадків, однак слідом за цим наступають переривчасті глибокі подихи, які завершуються повною зупинкою подиху в експіраторній фазі (у зв'язку із судорожними скороченнями м'язів гортані), зі швидким розвитком ціанозу. Соматовегетативні розлади в дітей зустрічаються значно частіше, ніж рухові порушення. Прояви їх досить різноманітні: біль у животі, особливо в епігастральній області, біль в області серця, головний біль, блювота, порушення ковтання, запор, затримка сечовипускання й т.п. Через підвищену сугестивність і самосугестивність дітей і підлітків з істеричним неврозом характер соматовегетативних розладів у них часто визначається особливостями тих або інших проявів соматичних захворювань у навколишніх. У зв'язку з такою підвищеною сугестивністю дітей і підлітків з істеричними розладами тривале перебування їх у соматичному або неврологічному стаціонарі разом з важкими соматичними й неврологічними хворими може стати джерелом виникнення додаткових соматовегетативних і рухових істеричних порушень [6].

Особливу форму істеричних розладів, переважну для дітей молодшого шкільного й почасті дошкільного віку, представляє істеричний варіант психогенного мутизма, що частіше проявляється у вигляді елективного (виборчого) мутизма

Більш оформлені істеричні неврози, як правило, спостерігаються лише в підлітків. У цьому віці вони часто схильні до затяжного плину, а нерідко до переходу в істеричний варіант невротичного розвитку особистості.

Динаміка істеричного неврозу в підлітків звичайно складається з двох етапів: підгостро й гостро (після афективно-шокової реакції) виникаючої істероневротичної реакції, що відрізняється клінічною простотою й виражений одним, рідше двома істеричними симптомами, і етапу затяжного істероневротичного стану (істеричного неврозу у власному змісті) з поліморфною симптоматикою, що включає не тільки істеричні розлади, але й

інші невротичні порушення (астенічні, іпохондричні й ін.), які обумовлені загостренням під впливом психогенного захворювання [9].

При істерії можуть спостерігатися паралічі й парези, що нагадують в одних випадках центральні, в інші - периферичні, мляві. Локалізуватися вони можуть у різних областях тіла. Найчастіше спостерігається істерична моноплегія (руки), геміплегія або істеричний нижній парапарез. Рідше зустрічається параліч мови, м'язів шиї й інших м'язових груп.

Нерідке явище - істеричні контрактури, які вражають частіше суглоби кінцівок, але можуть також локалізуватися в хребті, м'язах шиї (істерична кривошия) і особи (спазм кругового м'яза ока). Істеричні паралічі й контрактури можуть зникати під час сну.

Часто спостерігаються розлади ходи. Найбільш відома істерична астазия-абазия, тобто психогенна неможливість стояти й ходити. Слабості ніг при цьому синдромі може не бути: лежачи в постелі, хворий добре виконує ногами всі рухи; втрачені тільки певні функції - стояння, ходьба. Астазия-абазия нерідко сполучається з істеричним парезом ніг [41].

Мовні розлади при істерії спостерігаються нерідко. Сюди відносяться істерична німота або глухонімота, заїкуватість, істеричне скандування мови. Близько примикає до них істерична афонія.

Психостенія. Психостенія була вперше виділена й описана як особлива, самостійна хвороблива форма наприкінці минулого сторіччя Пьером Жані.

Етіологія й патогенез. Прийнято вважати, що в походженні психастенії основну роль грає невропатичний і психопатичний нахил. Екзогенні моменти тільки провокують хворобу й викликають загострення розладів, що вже були. Цим психастенія різко відрізняється від придбаної неврастенії, що виникає під впливом випадкових несприятливих факторів у людей, що були до того здоровими. Однак є всі підстави думати, що екзогенні моменти грають не останню роль й у походженні психастенії; серед них найбільше значення мають виховання й негативні моральні фактори, що діяли в дитинстві.

Початкові ознаки можуть виявлятися й стати об'єктом уваги лікаря вже в ранньому дитячому віці. Частіше хворі психастенією звертаються за медичною допомогою у віці 18—35 років. Перше звертання до лікаря із приводу психастенічних симптомів після 40 років зустрічається рідко. Чоловіки страждають психастенією приблизно в 1½ рази частіше, ніж жінки [45].

Основу психастенії становить своєрідна нервово-психічна організація суб'єкта - так званий психастенічний характер. Жані виводив всі симптоми описаного їм неврозу з «недостатності психічної напруги», з «нездатності випробовувати точно почуття відповідно до дійсного положення», з конкретною реальністю [6].

Всі симптоми психастенії, у край численні і різноманітні, можуть бути зведені до двох груп: нервово-соматичним і нервово-психічним. Нервово-соматичні симптоми психастенії ті ж, що при неврастенії, але виражені часто більш інтенсивно.

Основне місце в клінічній картині психастенії належить нервово-психічним симптомам. Ними головним чином і визначається вага кожного випадку. Жані у свій час указав, що описана їм форма виражається в області інтелекту одержимістю болісними сумнівами, в області емоцій - нав'язливими страхами, в області волі – нерішучістю [47].

Одним з кардинальних симптомів психастенії, може бути самим тяжким з них, є почуття недостатності, власної неповноцінності. Хворі не впевнені в собі, вони вважають себе гірше всіх, ні на що негідними, домінуючий настрій їх - тривожно-недовірливий. Збираючись приступати до якої-небудь справи, хворою психастенією заздалегідь переконаний, що воно йому не вдасться, що із цього нічого не вийде. Він повний страхів і важких передчуттів. Йому ввижаються десятки непереборних перешкод, він терзається необґрунтованими коливаннями й сумнівами.

Багато хворих психастенією перебувають цілком у владі своїх вісцеральних відчуттів. Вони прислухаються до биття свого серця, пульс, зі

страхом реєструють найменші неприємні відчуття в області грудей, стежать за актом травлення, прислухаючись до гурчання в животі, педантично вивчаючи свій апетит, ритм і характер стільця. Зовсім особливе місце в цьому ряді займають скарги на «непорядки» з боку статевої функції.

Працездатність хворих з вираженою психастенією знижується. При мало або помірковано вираженій психастенії вона зберігається цілком. Тривожно-недовірливий характер цих хворих, їхня непевність у собі, схильність надмірно аналізувати свої дії часто анітрошки не заважають їм виконувати службові обов'язки. Навпаки багато хто з них маючи досить гарні здатності значаться на відмінному рахунку й дійсно прекрасно працюють. Важка психостенія може привести до тимчасової непрацездатності [44].

## **1.2. Системні неврози**

Тік. Тіком називають мимовільні блискавичні посмикування клінічного або тонічного характеру, що часто повторюються в тих самих м'язових групах, що нагадують який-небудь довільний або рефлекторний руховий акт. Тикова судорога найчастіше відтворює мимічний рух або жест або захисний рефлекторний акт (наприклад, миготіння, покахикування). Судороги ніколи не поширюються на м'язи мимовільного руху. Вони часто охоплюють групи з декількох м'язів різної іннервації на противагу більш елементарним геміспазмам особи. Тикова судорога являє собою комплекс координованих рухів, що здаються доцільними, але в дійсності не мають ніякої мети, нічим не виправданих [47].

Тикові посмикування неритмічні, відділені друг від друга відрізками часу різної тривалості. Напади повторюються набагато рідше, ніж при спазмах. Хворі часто прагнуть замаскувати, сховати свій тик якими-небудь довільними рухами. Гіперкінез підсилюється під впливом емоцій, стомлення, напруги й повністю припиняється вчасно сну. Характер таких хворих

звичайно тривожно-недовірливий, з вираженою схильністю до нав'язливих станів [12].

З боку кінцівок: може спостерігатися почісування, згинання й розгинання стопи, згинання коліна або навіть блискавичне згинання обох колін.

В області рота: ссання пальця, кінчика мови, губ, судорожне витягування губ хоботом, надування щік, онихофагія (рух обгризування нігтів), рух мовою, начебто суб'єкт видаляє якусь харчову грудочку з ясен, судорожне стискання щелеп або рух ними, як при жуванні, тикове спльовування.

В області дихальної мускулатури: сопіння, фиркання, шмигання носом, хропіння, змушене покашлювати.

Хвороба судорожних посмикувань (*maladie de tics convulsifs*), описана Жиль де ля Туретом, характеризується генералізацією тикових подіргувальних. Ця рідка форма розвивається тільки у лиць із важкими проявами невропатичної конституції [32].

Діагноз. Тикові посмикування можуть виступити як симптом органічної поразки центральної або периферичної нервової системи. Відомо, що тикова судорога в м'язах особи нерідко спостерігається в якості резидуального симптому після вилікуваного паралічу лицьового нерва. Тики в сполученні з іншими гіперкінезами або без них не раз описувалися при епідемічному енцефаліті. Посмикування, що нагадують тикові, можуть спостерігатися іноді при аміотрофічному бічному склерозі. Зазначені клінічні форми необхідно виключити перш, ніж зупинитися на діагнозі тиків. Необхідно враховувати також можливість істеричного тиків [7].

Заїкання. Заїкання - розповсюджений невроз, при якому страждає безперевність, плавність мови внаслідок виникнення судорожних рухів у м'язах, що приймають участь в акті мови. Всі інші немовні рухи цих м'язів заїкуватих здійснюються нормально. Цей розлад стоїть, таким чином, близько до професійних дискінезіям. Клініка й плин. Починається



заїкуватість у віці 4-8 років. Хлопчики страждають ним частіше, ніж дівчинки (відповідно 70% й 30%) [44].

Хвороба проявляється мимовільними судорожними затримками під час мови, через які мовець багаторазово повторює один звук або зовсім не може почати мова. Судороги виникають частіше перед початком слова, рідше - посередині його, але завжди тільки на згодних звуках. При хвилюваннях мова значно погіршується. Окремі звуки добре вимовляються навіть особами з важкою заїкуватістю; розлад проявляється тільки при сполученні звуків у слова, що відрізняє заїкуватість від недорікуватості, що є саме літеральним дефектом.

Судороги можуть бути відсутніми або бути значно слабкіше при деяких формах мови, наприклад співі, декламації, шепоті, при шумі, мові наодинці, грі на сцені. Описано випадки, коли сильно заїкувані люди, виступаючи на сцені, говорили так вільно, що в глядачів не виникало навіть думки про їхній недолік. Демосфен, що страждав найтяжкою заїкуватістю, домігся, як відомо, того, що вимовляв свої мови зовсім плавно, але при цьому він завжди наслідував Периклу голосом, дикцією й жестикуляцією. Маска Перикла була необхідною умовою успішного перетворення безпомічного заїки в підкорюючого оратора. Факти подібного роду яскраво підкреслюють місце психогенного фактора в етіології, патогенезі й лікуванні заїкуватості.

Повторення слів і фраз слідом за мовцем (відбита мова) вдається , хворому порівняно легко. Крім судорожних рухів у м'язовому апараті мови (локальні судороги, що ставляться до первинних явищ заїкуватості), при вираженій заїкуватості спостерігаються й більше розповсюджені содружні рухи довільної мускулатури особи, тулуба й кінцівок, зміна ритму, сили й глибини дихальних екскурсій, які повинні нібито полегшити заїкуватий акт мови. Із цією же метою, а також для того, щоб трохи сховати вага дефекту, хворі вставляють у свою мову багато зайвих слів, які вимовляються ними легко: «от», «як його», «це», «так сказати» і т.п. [18].

Заїкуваті відчують страх перед розмовою, особливо бояться деяких «важких» звуків. Цікаво, що ці «важкі» звуки іноді швидко міняються. Хворий, що до цього випробовував утруднення на звуках «п», «м», «до», раптом зауважує, що він не в змозі виговорити слово з початковою буквою «в».

Заїкуватість треба відрізнити від надмірно швидкої, «кулеметної» мови (tachylalia, batarismus), при якій немає ні мовних судорог, ні затримок, ні страху перед мовою. Суб'єкти з «кулеметною» мовою нерідко зустрічаються в родинах заїк. Істеричне «заїкуватість» відрізняється від щирого тим, що виникає воно звичайно в дорослих людей, що страждають істерією, під впливом сильного переживання й досить добре піддається суггестивної терапії [8].

Розлади сну. Психогенні розлади сну в дітей і підлітків, незважаючи на їх відносно більшу поширеність, мало вивчені. Почасти це пов'язане із труднощами об'єктивізації порушення сну й більшими віковими й індивідуальними розходженнями тривалості й глибини сну. Необхідна тривалість сну значно міняється з віком від 16-18 год. у добу в дитини 1-го року життя до 10,5—11 год. у віці 7—10 років й 8,5 — 9 год. у підлітків 14—16 р. Крім того, з віком відбувається зрушення сну убік переважно нічного часу, у зв'язку із чим більшість дітей старше 7 років не випробовують бажання спати в денні годинники. Для встановлення наявності розладу сну має значення не стільки його тривалість, скільки глибина, обумовлена по швидкості пробудження під впливом зовнішніх подразників, а також тривалість періоду засипання [11].

Нерідкими проявами невротичних розладів сну бувають сноходіння (сомнамбулізм) і сноговоріння. Як правило, у цьому випадку вони пов'язані зі змістом сновидінь, нерідко відбивають окремі психотравмуючі переживання. При них часто можливий контакт із дитиною, що невластиво, наприклад, сноходіння й сноговоріння епілептичного генеза [18].

Диференціальний діагноз у дітей з невротичними розладами сну в основному повинен проводитися з пароксизмальними порушеннями сну при епілепсії (особливо так названої скроневої) і епілептиформних станах. Відмінності невротичних нічних страхів, сомнамбулізму й сногворіння від подібних епілептичних порушень були описані раніше.

Нічні пробудження невротичного походження на відміну від епілептичних позбавлені раптовості виникнення й припинення, значно більше тривалі, не супроводжуються виразною зміною свідомості [7].

Розлад апетиту(анорексія). Ця група системних невротичних розладів широко поширена й включає різні порушення «харчового поведіння» у дітей, пов'язані з первинним зниженням апетиту. Вони зустрічаються у 20% учнів 1-х класів й у 14% дітей 10-літнього віку.

Невротична анорексія найчастіше спостерігається в дітей раннього й дошкільного віку. В етіології анорексії відіграють роль різноманітні психотравмуючі моменти: розлука з матір'ю, приміщення в дитячу установу, нерівний виховний підхід до дитини, фізичні покарання, недостатня увага до дитини, рідше -шокові й субшокові психічні травми. Безпосереднім приводом до виникнення первинної невротичної анорексії часто є спроба матері насильно нагодувати дитини при відмові його від їжі, перегодовування, випадковий збіг годівлі з яким-небудь неприємним враженням (різкий окрик, переляк, пов'язані з тим, що дитина випадково подавилася, сварка дорослих і т.п.).

Найбільш важливим сприятливим внутрішнім фактором є невропатичний стан (уроджена або придбана), якому властива різко підвищена вегетативна збудливість і нестійкість вегетаційної регуляції. Із зовнішніх факторів мають значення надмірна тривожність батьків відносно стану харчування дитини й процесу його годівлі, застосування угод, розповідей й інших відволікаючих від їжі моментів, а також неправильне виховання із задоволенням всіх примх і капризів дитини, що веде до його надмірної розпеченості [13].

Патогенез невротичної анорексії зв'язують зі зниженням збудливості харчового центра під впливом негативної індукції з боку вогнищ застійного порушення в інших утвореннях головного мозку. Важлива роль у виникненні й закріпленні невротичної анорексії належить механізму патологічного условно-рефлекторного зв'язку, що утвориться під час прийому їжі й зумовлює стійке негативне відношення до неї.

Енурез. Терміном «енурез» позначають стан неусвідомленого упускання сечі, переважно під час нічного сну. До невротичного енурезу ставляться ті випадки, у виникненні яких причинна роль належить психогенним факторам. Про енурез як патологічний стан говорять при нетриманні сечі в дітей починаючи з віку 4 років, тому що в більше ранньому віці воно може бути фізіологічним, будучи пов'язане з віковою незрілістю механізмів регуляції сечовипускання й відсутністю зміцненої навички втримувати сечу. Поширеність енуреза в дитячому віці становить 10%, у тому числі середовище хлопчиків - 12%, середовище дівчинок - 7%. До початку шкільного віку, по даним того ж автора, енурез відзначається в 4,5% дітей, а до кінця пубертатного періоду цей розлад спостерігається рідко [43].

Нічне нетримання сечі може бути обумовлено органічним захворюванням нервової системи, особливо спинного мозку. У таких людей акт сечовипускання й у бодрствуючому стані має ті або інші дефекти. Крім того, у них завжди виявляються й інші симптоми поразки нервової системи. Так, причиною енуреза є сховане розщеплення дужок хребців, якщо воно супроводжується й спинальною дизрафією або оболонково-кореневим процесом [9].

Залежно від часу виникнення енуреза його підрозділяють на первинний і вторинний. При первинному енурезі нетримання сечі відзначається з раннього дитинства без проміжного періоду сформованої навички охайності характеризуючого здатністю втримувати сечу не тільки під час пильнування, але й під час сну. Вторинний енурез виникає після більш-менш тривалого - не менш 1 року періоду наявності навички охайності. Невротичний енурез

завжди є вторинним. Первинний енурез, у генезі якого відіграє роль затримка дозрівання систем регуляції сечовипускання, ми називаємо дизонтогенетичним. Він часто має сімейно-спадкоємний характер [21].

Дитина починає мочитися довільно, тобто під контролем коркових апаратів, у бодрствуючому стані, до кінця першого року життя. Під час сну він у цьому віці ще мочиться в постіль, не просипаючись. Тільки пізніше, на другому році життя, дитина здобуває здатність просипатися під впливом доцентрових імпульсів з міхура, якщо цей рефлекс правильно виховується. При енурезі може мати місце слабкість коркових приладів, що регулюють акт сечовипускання, що утрудняє вироблення міцного умовного рефлексу. Разом з тим немаловажне патогенне значення приписується також незвичайній глибині сну (страждаючі енурезом сплять дуже міцно).

У патогенезі неврозоподібного енуреза основна роль належить ушкодженню сформованого, але ще недостатньо зрілого й зміцненого механізму регуляції сечовипусканні. Серед патофізіологічних механізмів називають також гальмування «сторожового пункту» у корі при значній глибині сну, стану зрівняльної й парадоксальної фаз у коркових елементах, що регулюють сечовипускання, патологічне стан вісцерального аналізатора внаслідок порушення взаємодії перших і другий сигнальних систем кори в період дозрівання механізмів вищої нервової діяльності, виникнення вогнища застійного порушення в структурах кори, відповідальних за регуляцію сечовипускання [14].

Подібні патологічні зміни в характері, що сполучаються з фіксованою невротичною симптоматикою, зокрема із збереження нічним нетриманням сечі, дозволяють говорити про виникнення невротичного формування особистості. При другому клінічному варіанті прогноз захворювання гірше, частіше спостерігається перехід у невротичне формування особистості, незважаючи на тенденцію до поступового згасання й зникненню нетримання сечі в пубертатному й постпубертатному віці. Основним джерелом

невротичного формування (розвитку) особистості є реакція особистості на нетримання сечі з виникненням стійкого почуття неповноцінності [15].

Енкопрез. Енкопрезом називають мимовільне виділення калу, що виникає при відсутності аномалій і захворювань нижнього відділу кишечника або сфінктера анального отвору. Захворювання зустрічається приблизно в 10 разів рідше енуреза. Найбільше число випадків доводиться па вік від 7 до 9 років. Після 16 років невротичний енкопрез не зустрічається. У хлопчиків він виникає частіше, ніж у дівчинок, - у співвідношенні 3:1 або навіть 10:1.

Причинами виникнення енкопреза є в більшості випадків хронічні психотравмуючі ситуації в родині, тривала емоційна депривація, а також надмірно строгі вимоги батьків до дитини (відносно його охайності, зовнішнього вигляду й т.п.) [40].

Клінічна картина невротичного енкопреза характеризується тим, що в дитини, що мали до того навички охайності, періодично в денний час невелика кількість випорожнень на білизні; частіше батьки скаржаться, що дитина тільки «злегка бруднить штани», у рідких випадках виявляються більше рясні випорожнення. Як правило, дитина не випробовує позиву до дефекації, спочатку не зауважує наявності випорожнень і лише через деякий час відчуває неприємний запах. У більшості випадків болісно переживають свій недолік, соромляться його, намагаються сховати від батьків забруднена білизна. Своєрідною реакцією особистості на енкопрез може бути надмірне прагнення дитини до охайності й акуратності. Частота нетримання калу може бути індивідуально різної. Розлад нерідко відрізняється завзятим характером. У більшості випадків енкопрез сполучається зі зниженим тлом настрою, дратівливістю, плаксивістю. Частим супутнім симптомом є невротичний енурез [44].

Діагностика розладу будується на основі сполучення мимовільного нетримання калу з різними невротичними порушеннями при наявності той або іншої ситуації, що травмує дитину. Диференціальний діагноз варто

проводити із симптомом енкопреза при олігофренії, шизофренії, органічних захворюваннях головного мозку, а також з нетриманням калу при аномаліях будови нижнього відділу кишечника (мегаколон) і захворюваннях спинного мозку [10].

У випадках шизофренії й резидуально-органічних психічних розладів, у тому числі супроводжуючись розумовою відсталістю, нетримання калу часто пов'язане з патологією потягів (дитина зазнає насолоди, відчуваючи випорожнення, може грати з ними), відсутнє почуття сорому, прагнення сховати недолік. Мегаколон з раннього дитинства проявляється схильністю до завзятих запорів, які супроводжуються постійним мимовільним виділенням невеликих кількостей випорожнень. Нетримання калу при захворюваннях спинного мозку сполучається із грубими неврологічними розладами з боку нижніх кінцівок і відрізняється рясними мимоволі, що відходять випорожненнями [7].

Енкопрез як прояв реакції протесту частіше буває короткочасним і звичайно сполучається з порушеннями поведінки страйкового характеру.

### **1.3. Особливості неврозних станів у дітей**

Визнаний і скандально відомий у минулому поет Росії Сергій Єсенін колись сказав, що здаватися усміхненим і простим — найвище у світі мистецтво. В наш час, розмовляючи з людиною по телефону або листуючись по Інтернеті, звичайно не відчуєш його доброї усмішки та сердечного погляду. Напружений темп життя сучасного суспільства ніяк не сприяє розвитку теплих стосунків. Мова йде не тільки про стосунки на роботі, але й у сімейному колі. Великий бізнес з його жорсткими методами управління часто примушує працівників усіх рівнів відчувати себе майже нікчемними. Через це люди на роботі знаходяться під неослабним тиском і стресом. А дім для багатьох — це лише місце для ночівлі. У них не вистачає часу, щоб зібратися усією сім'єю, сісти за стіл і поговорити, так би мовити, як на духу.

Підлітки, що зайняті своїми комп'ютерами, живуть у віртуальному світі та ізолюють себе від інших членів сім'ї. Спроби батьків спілкуватися з дітьми часто викликають роздратування. Те ж саме стосується й взаємовідносин дорослих людей, в тому числі сімейних [13].

У сучасних умовах швидкоплинного життя, в більшості випадків, у моменти емоційних навантажень, навіть найважчих, людина вимушена «вмикати гальмівну систему», тобто намагається при будь-яких обставинах зберігати спокій. Про людину, яка вміє тримати себе в постійній, належній його особистості формі, звичайно говорять: людина культурна, вихована, вольова, веде себе з достоїнством. І це правильно. Така поведінка відповідає найвищим поняттям про мораль сучасної людини. Але у таких випадках навантаження на себе приймає нервова система. Однак наші нерви, як і все у світі, мають певний запас міцності. Поступово цей запас вичерпується. З'являються аномалії та хвороби, що є як прямим, так і опосередкованим наслідком перенапруження нервової системи. Одними з поширених захворювань, пов'язаних з її перенапруженням, є неврози [19].

Згідно з популярною медичною енциклопедією неврози належать до групи нервово-психічних оборотних захворювань, обумовлених психічним перенапруженням. Вони проявляються різноманітними нервово-психічними розладами. За клінічними проявами вирізняють наступні види неврозів: неврастенію, істерію та невроз нав'язливих станів[25].



## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З НЕВРОЗАМИ

#### 2.1. Реабілітація в педіатрії

В основу реабілітації хворого дитини повинні бути покладені такі принципи:

1. Реабілітація хворої дитини повинна здійснюватися в умовах установи, що розташовує всіма видами відновного лікування, висококваліфікованими кадрами, що має в достатньому обсязі кошти ефективного контролю, а також добре налагоджений зв'язок з іншими лікувальними і реабілітаційними установами.

2. Реабілітація хворої дитини повинна починатися на самих ранніх стадіях хвороби, складаючи спочатку природну і органічну частину лікувальних заходів, доповнюючи і збагачуючи комплексне лікування.

3. Процес реабілітації повинен здійснюватися безперервно, поки не буде досягнуто в мінімально можливих термінах максимальне відновлення здоров'я та дієздатності дитини.

4. Реабілітація на кожному своєму етапі повинна носити комплексний характер, під яким мається на увазі, перш за все, об'єднана єдиною метою діяльність медичних працівників, педагогів, психологів, соціологів та інших учасників реабілітаційного процесу.

5. Індивідуальний характер як програми реабілітації, так і застосовуваних засобів, що враховують індивідуальні особливості особистості дитини і своєрідність патологічних, морфологічних і функціональних змін.

6. Повернення хворої дитини до звичайних для нього умов життя, виховання, навчання, занять спортом, а при необоротних змінах - адаптації до нових умов життя [34].

Реабілітацію хворої дитини ділять на три етапи.

I. Клінічний етап - забезпечення всебічного клінічного одужання і відновлення функції уражених систем, підготовка всього організму хворої дитини до наступного етапу реабілітації. Перший етап реабілітації закінчується при одужанні дитини від основного захворювання, при відновленні функції або при достатній компенсації втрачених в результаті хвороби Функе.

II. Санаторний етап - відбувається нормалізація функцій ураженої системи, поряд з нормалізацією інших органів і систем. При завершенні етапу - відсутність клінічних, рентгенологічних та інших ознак патологічного процесу і його активності.

III. Адаптаційний етап - досягається повне відновлення здоров'я дитини, вік дитини до звичайних для нього умов життя, занять фізкультурою і спортом.

Контингент хворих, яким необхідно відновне лікування:

- Діти з хворобами органів дихання;
- Діти з хворобами нервової системи;
- Діти із захворюваннями сечовивідної системи;
- Діти хворі на ревматизм;
- Діти з хронічною патологією носоглотки;
- Діти із захворюваннями опорно-рухового апарату та наслідками травм.

Реабілітація, відновне лікування дітей та підлітків з різною патологією і відхиленнями в поведінці проводяться в наступних установах:

1. Система охорони здоров'я:
  - \* Відділення відновного лікування дитячих поліклінік;
  - \* Центри реабілітації та відновного лікування (міські, міжрайонні);
  - \* Спеціалізовані центри реабілітації для дітей з ЛОР - патологією, патологією органів зору та ін.
2. Система освіти;
  - \* Спеціалізовані дитячі установи;

- \* Оздоровчі дитячі садки (групи);
- \* Групи «Особлива дитина» дитячих садків;
- \* Міські (обласні) психолого медико-педагогічні консультації (ПМПК);
- \* Школа - центр спеціальної діагностики;
- \* Спеціалізовані навчальні заклади;
- \* Центри медико-педагогічної реабілітації для дітей з ЗПР;
- \* Центр реабілітації та милосердя (спеціальна навчально-виробнича школа);
- \* Дитячий профілакторій;
- \* Експериментальна школа для аутичних дітей;
- \* Спеціальна (корекційна) школа для неповнолітніх, які мають відхилення у розвитку і вчинили суспільно-небезпечні діяння;
- \* Класи для дітей з відхиленнями в розумовому розвитку (зі складним глибоким дефектом) у спеціальних (корекційних) освітніх школах.

### 3. Система соціального захисту:

- \* Реабілітаційний центр для дітей та підлітків з обмеженими можливостями;
- \* Соціально-реабілітаційний центр для неповнолітніх;
- \* Соціальний притулок для дітей і підлітків;
- \* Центр допомоги дітям, які залишилися без піклування батьків [26].

У системі охорони здоров'я організація відновного лікування дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах дещо відстає від служби реабілітації для дорослих.

Матеріально-технічна оснащеність і кадрова забезпеченість поліклінічних установ дозволяє проводити в них такі види відновного лікування, як лікувальна фізкультура (лікувальна гімнастика, механотерапія, гідрокінезотерапія, лікувальне плавання), апаратна фізіотерапія (різні види електролікування, включаючи електросон, світлолікування, ультразвук), озокерито- парафінолікування, аерозолі-інгаляції, масаж (загальний,

точковий, сегментарний, гідромасаж), консервативне ортопедичне лікування та ін. Також практикується голкорексфлексотерапія, трудотерапія, психотерапія, лікувальна хореографія [44].

Для забезпечення контролю за проведенням відновного лікування в ряді поліклінік організовані реабілітаційні комісії. До їх складу, як правило, входять завідувач відділенням відновного лікування, фізіотерапевт і лікар з лікувальної фізкультури.

Комісія проводить відбір дітей на відновлювальне лікування, розробляє індивідуальні плани лікування кожного хворого (з урахуванням необхідного характеру та обсягу лікувально-оздоровчих заходів), вирішує питання про час і місце їх проведення (у поліклініці, дошкільному закладі, школі, вдома і т.д.). направляє дітей, у разі необхідності, на лікування в стаціонар або санаторій, здійснює систематичний контроль за повнотою, якістю та ефективністю відновного лікування з урахуванням результатів функціональної діагностики, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстеження, коригує індивідуальні плани відновного лікування, оформляє епікризи на дітей, минулих певний цикл відновного лікування, із зазначенням рекомендацій щодо подальшого спостереження дитини, проведення повторних курсів лікування, дотримання певного режиму, дієти, відпочинку [19].

Відновлювальне лікування дітей не може обмежуватися лише рамками лікувального або дитячого закладу - воно повинно тривати в сім'ї хворого. Від родини дитини, від ступеня розуміння батьками важливості їх ролі у виконанні медичних рекомендацій з відновлювального лікування, рівня їх активності в цьому процесі в значній мірі залежать кінцеві результати лікування. При цьому від батьків потрібно прояви особливої уваги до хворої дитини, терпіння, значна витрата сил і енергії [29].

Це ставить перед поліклініками задачу по організації роботи з сім'єю дитини з метою перетворення її в помічника і усвідомленого виконавця рекомендацій, що призначаються для виконання на дому. Вона полягає, в

основному, в інформації батьків про характер і особливості перебігу захворювання у дитини, а також у навчанні їх методикою виконання деяких лікувально-оздоровчих заходів, включаючи лікувальну фізкультуру, масаж, загартовування.

Організація роботи дитячої поліклініки з сім'єю дитини, що потребує відновлювальному лікуванні (загальні принципи і залежно від патології) розроблені у методичних рекомендаціях.

Основними напрямками цієї роботи є:

1. Цілеспрямоване медико-гігієнічне навчання сім'ї з метою формування високого рівня знань та медичної активності батьків з різних питань захворювання дитини, що потребує відновлювальному лікуванні, з використанням при цьому різних форм і методів цього навчання.

2. Здійснення програми практичного навчання матері або інших членів сім'ї у випадках призначення заходів лікувально-відновного характеру для їх виконання в умовах сім'ї.

3. Здійснення наступності між дитячою поліклінікою та сім'єю дитини в період проведення відновного лікування.

4. Систематичний контроль за проведенням і правильністю виконання батьками (і школярами) призначених рекомендацій.

Лікарський контроль в період відновного лікування дитини повинен включати:

- \* Контроль за організацією в сім'ї режиму дня, харчування, сну, відпочинку;

- \* Контроль за обсягом шкільних та позашкільних навантажень;

- \* Контроль за організацією лікувального режиму відповідно до захворювання дитини;

- \* Контроль за проведенням і правильністю виконання в домашніх умовах призначених рекомендацій, насамперед - лікувальної гімнастики і масажу [32].

Доцільно вивчення думки батьків про організацію роботи відділень відновного лікування. З цією метою слід періодично проводити анкетне опитування батьків (в першу чергу батьків, чиї діти не завершили лікування), що дозволить з урахуванням результатів опитування розробити конкретні заходи щодо встановлення виявлених недоліків [34].

Останнім роки все більш широке поширення набувають форми організації відновного лікування безпосередньо в шкільних установах і школах, здійснювані дитячими поліклініками спільно з адміністрацією установ системи освіти. Контингенти дітей, яким показано проведення відновного лікування в дитячих колективах, визначаються як реабілітаційної комісією поліклініки, так і лікарями дитячих установ після проведення диспансеризації. У цю групу, як правило, включаються діти з хронічними і рецидивуючими захворюваннями вуха, горла і носа, бронхо - легеневої системи, опорно-рухового апарату, а також часто хворіють діти.

На місцях, в дошкільних установах і школах діти забезпечуються такими видами відновного лікування як апаратна фізіотерапія, розширюється: підключається медикаментозна терапія, трав'яні відвари і коктейлі, дієтотерапія.

Організацію відновлювального лікування в дошкільних установах, школах необхідно поєднувати з посиленням в цих установах роботи з фізичного виховання і загартовування, створенням в кожній з них міні стадіонів, обладнаних канатами, кільцями, брусами, перекладинами, біговими доріжками, тренажерами.

У всіх територіях Росії відкриті освітні дитячі установи оздоровчого або санітарного типу спеціалізовані для реабілітації дітей з ортопедичними захворюваннями, патологією слуху, зору, нервової системи.

Необхідність довготривалих комплексних педагогічних, лікувальних та організаційних заходів обумовлюють актуальність завдання пошуку нових форм роботи з контингентом дітей-інвалідів. Перспективним напрямком, з

цієї точки зору є спеціалізовані групи дошкільних закладів для дітей-інвалідів [44].

Групи «Особлива дитина» призначені для дітей інвалідів з важкими порушеннями ЦНС. Згідно з положенням про групу для дітей-інвалідів з важкими порушеннями ЦНС «Особлива дитина», група може бути відкрита в дошкільному закладі будь-якого типу. Прийому в групу підлягати діти з церебральними паралічем, діти із затримкою інтелектуального та мовленнєвого розвитку, діти з недостатністю моторної функцій, з епілептичним синдромом з рідкісними судорожними нападами, без грубого розлади поведінки, діти з нервово-м'язовими розладами.

Протипоказання не підлягають направленню до групи діти, які страждають частими епілептичними випадками, психічними захворюваннями, які вимагають регулярної активної терапії, діти з агресивною поведінкою, прогресуючої гідроцефалією, вадами розвитку з лікворреєю.

Основні завдання:

- \* Забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів;
- \* Організація інтелектуального та особистісного розвитку дітей-інвалідів;
- \* Соціальна адаптація;
- \* Надання психотерапевтичної допомоги батькам.

У дитячий заклад дитину направляє міська медико-педагогічна комісія. Перед вступом до групи проводиться обстеження, що включає огляд лікарів-спеціалістів, оцінку фізичного і нервово-психічного розвитку.

У групах організується лікувально-виховний процес, сутність якого полягає в строгій послідовності і спадкоємності різних видів лікування та реабілітації. Спільна робота психолога, логопеда, медичного та педагогічного персоналу дошкільного закладу, раціональна організація режиму дня, індивідуальний підхід до кожної дитини, робота з батьками дітей-інвалідів - основні напрямки діяльності груп «Особлива дитина» [45].

Термін, що минув з часу відкриття груп, дозволив узагальнити наявний досвід роботи, намітити основні тенденції подальшого розвитку. Визначити основні труднощі в роботі: складність взаємодії медичної служби районних поліклінік і дошкільних установ.

Особлива увага повинна бути приділена реабілітації дітей з різними формами порушення і затримками нервово-психічного розвитку в умовах дошкільного закладу. Медико-педагогічні заходи з оздоровлення дітей здійснюються за участю фахівців дитячої поліклініки та сім'ї дитини.

У системі освіти координуючі функції з соціальної реабілітації дітей з проблемами в розвитку виконує міська міжвідомча психолого - медико - педагогічна консультація:

- \* Створює ефективну систему допомоги дітям з вадами у розвитку та дітям-інвалідам;
- \* Вирішує проблеми, пов'язані з їх вихованням, навчанням, трудової та професійної підготовкою, працевлаштуванням, інтеграцією їх у суспільстві;
- \* Об'єднує і використовує різні галузі науки і практики для соціальної реабілітації дітей з проблемами, стабілізації і зміцнення їх сім'ї, зменшення кількості правопорушень неповнолітніх [47].

## **2.2. Фізична реабілітація при неврастенії**

Лікування неврозів комплексне і проводиться в психоневрологічних диспансерах, лікарнях, поліклінічних та санаторно-курортних закладах.

Передусім слід усунути несприятливі чинники, що спричинили захворювання. Далі використовують психотерапію, медикаментозні препарати, що нормалізують співвідношення процесів збудження і гальмування, а також застосовують фізичну реабілітацію у вигляді ЛФК, лікувального масажу, фізіотерапії і працетерапію [26].

Основна задача занять ЛФК – загальнозміцнювальний вплив. Фізичні вправи при неврозах вирівнюють динаміку нервових процесів,



координують функції кори і підкірки, першої і другої сигнальних систем.

Регулярне застосування ЛФК згладжує різні розлади вегетативної нервової системи. В умовах стаціонару використовується РГГ, малорухомі і рухливі ігри, елементи епітерапії, психотерапевтичні впливи, масаж, гідротерапію.

Методика ЛФК диференційована в залежності від типу неврозу:

Метою лікувальної гімнастики хворих з неврастенією є тренування і посилення процесів активізації гальмування, відновлення й упорядкування збуджувальних процесів.

Заняття лікувальною гімнастикою варто проводити в ранкові години.

Дозування навантаження і тривалість занять починається з мінімуму і поступово зростає.

Ослабленим варто починати заняття лежачи в ліжку чи сидячи після 10' хв масажу. Тривалість ЛГ не більш 10 хв з використанням дихальних вправ.

Для збудливих хворих рекомендується почергове скорочення і розслаблення м'язів, дихальні вправи, масаж рук і ніг.

В основній частині заняття: елементи спортивного тренування, естафетний біг з різними завданнями. Чергування з вправами на розслаблення і дихальними вправами [36].

### **2.3. Фізична реабілітація при неврозі нав'язливих станів**

Слід враховувати, що хворим на неврози важко зосередити увагу. Потому реабілітолог не повинний давати хворим непосильних вправ, але необхідно виховувати позитивне відношення хворих до фізичних вправ. Важливим елементом у проведенні занять лікувальною гімнастикою є музичний супровід, який варто використовувати як засіб, здатний і збудити і

заспокоїти. Тривалість заняття лікувальної гімнастики спочатку 15-20 хв і поступово доводиться до 35-40 хв.

При неврозі нав'язливих станів хворі недовірливі, малорухомі, загальмовані. Для їхньої активізації використовується добре відомі їм вправи, емоційно скрашені, що виконуються у швидкому темпі, без фіксації уваги на точності виконання [21].

Доцільно проводити заняття ігровим методом, включаючи рухові ігри, елементи спортивних ігор, елементи змагань, екскурсії. У процесі заняття необхідно відвернути увагу хворого від нав'язливих думок.

Під час заняття використовують життєрадісну музику, в різному темпі – від повільного і помірного до швидкого. Хворим рекомендується виконувати від 60 до 120-130 рухів у хвилину з великою амплітудою.

Для подолання сором'язливості варто вводити вправи, що переборюють перешкоди, вправи на рівновагу, силові вправи, вправи в парах. Групи по 12-15 чоловік. Тривалість заняття від 5-7 до 20-30 хвилин.

При страху висоти рекомендується: ходіння по колоді з поступовим збільшенням висоти, стрибки з височин. При страху появи серцевих болів, інфаркту міокарда (і відсутності органічних передумов) рекомендується хворим лише бути присутнім на заняттях, потім залучати їх до виконання вправ, відволікаючи від нав'язливих думок, створювати іншу домінанту [23].

#### **2.4. Фізична реабілітація при психастенії та істерії**

Психастенікам рекомендується й у домашніх умовах продовжувати заняття гімнастичними вправами, грати у волейбол, їздити на велосипеді, більше ходити, кататися на лижах.

При істеріях задачами ЛФК є: зниження емоційної лабільності, підвищення активної вольової діяльності другої сигнальної системи. Вправи необхідно призначати в уповільненому темпі, вимагаючи точності

виконання. Виконання вправ по розповіді реабілітолога без показу. Команди подаються повільно, плавно. У групі не більш 10 чоловік. Підвищення активності вольової діяльності досягається виконанням силових вправ на снарядах у повільному темпі, з навантаженням на великі м'язові групи. На початку заняття варто супроводжувати музикою спокійною, повільною [28].

Лікувальна гімнастика при істеричному паралічі повинна сполучатися з впливом на хворого через другу сигнальну систему (розповідь). Пасивні вправи паретичних кінцівок викликає потік імпульсів до рухових аналізаторів і виводять його зі стану гальмування. Важливо домогтися, щоб хворий допомагав реабілітологу у виконанні пасивних рухів, а потім виконував самостійно. У заняттях варто уникати сильних емоційних роздратувань, але використовувати ігри, що вимагають інтенсивної роботи м'язів, не залучених до контрактур і паралічів, а так само концентрувати увагу [15].

Лікувальний масаж застосовують для покращання настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і гальмування в ЦНС, її функціональної здатності; підготовки до занять фізичними вправами. Використовують сегментарно-рефлекторний або регіонарний точковий масаж комірцевої чи поперекової зони, класичний масаж. При гіперстенічній формі неврастенії і разі збудження хворого використовують легкі погладження і розтирання, а при гіпостенічній – масаж проводять енергійно з використанням всіх прийомів. Масажують голову і потилицю при головному болю. Ослабленим хворим рекомендують 10-хвилинний масаж перед початком занять ЛГ [37].

Фізіотерапію призначають для покращання психоемоційного стану хворого; зменшення підвищеної нервової збудженості, підсилення процесів гальмування, нормалізації сну, загартування і загального зміцнення організму [44].

Фізіотерапевтичні методи застосовують диференційовано, залежно від виду неврозу, його форми та клінічного перебігу захворювання. Використовують електрофорез медикаментами, електросон, УФО. При гіперстенічній формі неврастенії застосовують вогкі укутування, повітряні ванни, сон на відкритому повітрі. При гіпостенічній формі неврастенії, неврозі нав'язливих станів рекомендують обтирання водою температурою 340С з поступовим зниженням її до 250С. Хворим на істерію призначають хвойні ванни, вогкі укутування, гальванізацію ділянки хребта, індуктотермію, електростимуляцію [34].

Працетерапію застосовують для загального зміцнення організму, підтримання фізичної працездатності, самоствердження у можливості ставити собі завдання і виконувати їх. Використовують в'язання, вишивання, швацькі, слюсарні і столярні роботи, працю у садку, на присадибній ділянці.

Хворим на невроз показано санаторно-курортне лікування на кліматичних курортах загального профілю. Тих, що страждають на невроз нав'язливих станів слід направляти у спеціалізовані місцеві санаторії. При загостреннях неврозу санаторно-курортне лікування протипоказано [44].

## РОЗДІЛ 3

# ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ НЕВРОЗАХ У ДІТЕЙ

### **3.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування використання фізичних факторів в реабілітації хворих невробами**

Фізичні вправи при невробах вирівнюють динаміку основних нервових процесів (збудження і гальмування), координують функції кори і підкірки, першої та другої сигнальної системи. Регулярне застосування фізичної культури згладжує різні розлади вегетативної нервової системи [21].

Лікувальна фізкультура при реабілітації хворих невробами розглядається як природно-біологічний метод з фізично обґрунтованим застосуванням фізичних вправ, природних факторів при регламентації загального режиму хворого [26].

Регулярне застосування фізкультури згладжує різні розлади вегетативної нервової системи. ЛФК крім лікувально-профілактичних, ставить перед собою і виховні завдання. Вона залучає хворого в свідоме і активну участь у боротьбі з недугою. Поліпшення поведінкових реакцій слід пояснити взаємозумовленим участю першої та другої сигнальних систем в процесі навчання хворих невробами фізичним вправам. Спокійний і впевнений ток відіграє велику роль. Слід враховувати позитивний вплив фізичних вправ на емоційну сферу хворого. Фізичні вправи у вигляді гімнастики, ігор, прогулянок, туризму, купання і плавання, стимулюють у хворих різні фізіологічні механізми і викликають відчуття бадьорості, сприяють усуненню непевності, неспокою, страху, різних невротичних явищ: систематичні, методичні правильні фізичні вправи підвищують у хворих невробами стійкість нервово-психічної сфери, сприяють розвитку більш урівноваженою реакції поведінки [7].

Призначаючи ЛФК при неврозах, зокрема, необхідно враховувати загальні закономірності тренування.

Вони засновані на:

- Системному застосуванні;
- Повторюваності;
- Регулярності;
- Тривалості;
- Поступовості;
- Адекватності.

У процесі тренування проявляється тонізуючий, стимулюючий вплив фізичних вправ на нервову систему і весь організм. При цьому потрібно враховувати, що хворі неврозами потребують щадному відношенні. Так великі навантаження, особливо з елементами змагання, неадекватні станом регуляторних, нервових механізмів, порушують нервову регуляцію функцій і призводять до нервових дистрофій.

Необхідно дотримуватися помірності в фізичних навантаженнях і забезпечувати хворим спокійну зовнішню обстановку.

ЛФК - це не тільки процес вправи, вона одночасно грає роль охоронного режиму. При підборі фізичних вправ і побудові курсу вправ необхідно брати до уваги зміни в емоційній сфері, розлади сну і ряд вегетативних порушень.

ЛФК при неврастенії слід застосовувати диференційовану залежно від стадії захворювання, враховуючи загальний стан хворого, основну симптоматику в різних стадіях неврастенії і різну адаптацію хворих до фізичних вправ.

Основна мета занять - загальнозміцнююча дія. Вправи застосовуються помірної інтенсивності для всіх м'язових груп, що поєднуються з поглибленим диханням, з опором, з обтяженням, зі снарядами, на снарядах. Доцільно застосовувати цілі гімнастичні комбінації. Вправи на увагу, рівновага, стрибки, метання [21].

При істеричних контрактурах і паралічі слід використовувати вправи, що вимагають інтенсивної активності м'язів, не залучених в контрактури і паралічі, а також концентрацію уваги.

Хворих, у яких невроз проявляється переважно в загальмованості і пригніченості (психастенія), необхідно постійно й наполегливо активізувати. Рекомендується використовувати добре знайомі вправи, які не фіксую увагу на точності виконання вправ.

Найбільш благотворно на хворих діє санаторний режим. Реабілітаційні заходи в санаторних умовах характеризуються загальнозміцнюючим дією на весь організм і спрямовані на загартовування організму, підвищення працездатності та психологічної стійкості. Широко використовуються прогулянки, екскурсії, заняття в басейні, елементи спорту, туризму. Обов'язково включається масаж, різні види психотерапії, фізіо і бальнеотерапії [26, 44].

### 3.2. Застосування ЛФК при неврастенії

ЛФК при гипостенической неврастенії з вираженим погіршенням переносимості фізичних навантажень застосовують ще з більшим їх обмеженням до них. Призначають найбільш полегшені, прості по побудові вправи. Використовуються також вправи на розвиток функції вестибулярного апарату. Зазвичай процедури проводять індивідуально або малогрупових методом. Хворим рекомендовані дозовані лікувальні прогулянки на лижах, загартовування (таблиця 3.1)/

Таблиця 3.1

#### Лікувальна фізична культура при різних формах (стадіях) невратенії

Неврастенія I	Неврастенія II	Неврастенія III
Гіперстенія	Дратівлива слабкість	Гіпостенія
Завдання		
Сприяти посиленню процесів гальмування,	Зміцнення збуджувального і гальмівного	Підвищення психофізичного тону, фізичне зміцнення. Психотерапевтичн

організації поведінки в колективі	процесів.Вирівнювання вегетативних відхилень	ий вплив
<b>Лікувальна гімнастика</b>		
Групові заняття. Вправи виконуються ритмічно, в спокійному темпі.Різноманітні вправи на точність виконання, вправи на координацію, емоційні, з уповільненням темпу. Дисциплінуючі вимоги. Тривалість 26-30 хв.	Малогрупових заняття.Помірне фізичне навантаження. Дихання 1: 2. Вправи на координацію, точність, рівновага, на прискорення і уповільнення темпу.Вправи в ігровій формі, прості рухливі ігри	Індивідуальні заняття.Вправи в положенні лежачи, сидячи і стоячи.Вправи коригуючі, з дозованим напруженням, дихання 1: 1. Вправи на розвиток функції вестибулярного апарату.Включати паузи для відпочинку
<b>Спортивно-прикладні вправи та ігри</b>		
Прогулянки, ближній і далекий туризм, лижі, ковзани, плавання, веслування та ін. Містечка, волейбол, теніс, рухливі ігри. Полювання та риболовля. Дотримання режиму	Прогулянки дозовані, ближній туризм, дальній - на пароплаві. Прогулянки на лижах, купання, веслування дозована.Крокет, кеглі, городки, рухливі ігри. Дотримання режиму праці та відпочинку, сну, харчування і руху	Прогулянки дозовані, обтирання, душі. Дозовані прогулянки на лижах, купання

В процедуру входять паузи для відпочинку, входять вправи в полегшених вихідних положеннях (лежачи, сидячи), для підвищення загального тонусу включають вправи коригуючі і з дозованим напруженням, які чергуються з дихальними [21].



### 3.3. ЛФК при істерії та психастенії

Застосування ЛФК в формі організованих і переважно групових занять лікувальною гімнастикою з використанням різних вправ з уповільненням і зміною темпу вправи на точність зупинки руху часта і спокійна команда і вимоги до точності виконуваних рухів можуть позитивно впливати на динаміку основних нервових процесів і сприяти поліпшенню реакцій поведінки. Рекомендується виконувати вправи після усного пояснення (без показу), коли завдання адресовано безпосередньо до другої сигнальної системи (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

#### Лікувальна фізична культура при істерії і психастенії

	Істерія	Психастенія
Патофізіологіческая та клінічна характеристика	Процес гальмування ослаблений, переважання підкірки і першої сигнальної системи. Підвищена збудливість, часта зміна настрою. Яскрава емоційність та ін.	Переважають процеси гальмування, друга сигнальна система. Інертність коркових процесів, їх мала рухливість. Хворі замкнуті, емоційна рухливість знижена
Завдання	Розвиток гальмівного процесу, регламентація поведінкових реакцій в колективі, дисциплінованість та ін.	Підвищення емоційного тону і збудження автоматичних і емоційних реакцій
Методика	Лікувальна гімнастика груповим методом, підвищена вимогливість до дисциплінованості та точного виконання вправ. Команда спокійна і чітка. Вправи виконуються ритмічно, із зміною і особливо з уповільненням темпу. Вправи з ускладненням координації, на	Лікувальна гімнастика груповим методом. Вправи з прискоренням темпу, на рівновагу, в метанні і лову м'яча, з подоланням перешкод та ін. Емоційний фон процедури підтримувати з використанням ігор.

Методика ЛФК при неврозах і соматогенно обумовлених невротичних станах визначається характером захворювання і функціональних розладів тієї чи іншої системи.

При лікуванні необхідно створити для хворих неврозами найбільш сприятливі умови. Повноцінні результати приносить лікування хворих неврозами в санаторіях, де ЛФК є органічною частиною режиму. Її поєднують з кліматотерапією, з фізіотерапевтичними процедурами (електролікування), а при відповідних показаннях та з бальнеотерапією [44].

## ВИСНОВКИ

1. Неврози та неврозоподібні стани частіше за все виникають у дітей від двох до семи років. Основними проявами захворювання є відмова від їжі (анорексія) та нервові нудоти, заїкання, нічне недержання сечі (енурез), насильницькі рухи (тики), страхи тощо.
2. Розвиток неврозів виникає внаслідок психотравми, несприятливих умов середовища та виховання (тривала конфліктна обстановка у сім'ї або несподіваний переляк).
3. Реабілітацію хворої дитини з неврозами ділять на три етапи: клінічний етап, санаторний етап - відбувається нормалізація функцій ураженої системи, поряд з нормалізацією інших органів інших органів і систем та адаптаційний етап - досягається повне відновлення здоров'я дитини, вік дитини до звичайних для нього умов життя, занять фізкультурою і спортом.
4. Визначено, що повноцінні результати приносить лікування хворих неврозами в санаторіях, де ЛФК є органічною частиною режиму, та її поєднання з кліматотерапією, фізіотерапевтичними процедурами (електролікування), а при відповідних показаннях та з бальнеотерапією.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Бараш Б. А. Психотерапия и психопрофилактика невротических расстройств у студентов музыкального вуза: Дисс. канд. мед. наук. – Л., 1985. – 456 с.
2. Валлон А. Психическое развитие ребенка. - М., 1967. – 345 с.
3. Василюк Ф. Пережить горе. О человеческом в человеке. - М. , 1991. – 342 с.
4. Гиляровский В. А. Психиатрия. – М. , 1954. – 458 с.
5. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура. — М.: Владос, 1999. - 608с.
6. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 250 с.
7. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 106-200.
8. Ефимкина Р. П. Детская психология. – Н., 1995. – 325 с.
9. Жамкочьян М. "Я плохой", или Проблема идентификации в школе: Знание – сила. М., 1994 – 368 с.
10. Заболотских И. Б., Илюхина В. А. Основы различий стрессорной устойчивости здорового и больного человека.- К., 1995. – 366 с.
11. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. - М. , 1993. – 286 с.
12. Изрина С. Н. Организация помощи и первичной профилактики в ситуациях кризиса (обзор зарубежной литературы). Проблемы профилактики нервных и психических расстройств: Под ред. Мягер В. К. – Л. , 1976. – 448 с.
13. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс.- С. –Петербург., 2005.– 372 с.
14. Каминский Ю. Г. Стресс и вся правда о стрессе.– М., 2003 – 380 с.

15. Каптелин А.Ф., Лебедева И.П. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
16. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. – В., 1990. – 445 с.
17. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. - М., 1983. – 322 с.
18. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. - М, 1992. - 445 с.
19. Комплексные исследования в суицидологии: Сб. научн. трудов. – М., 1986. – 466 с.
20. Коркушко А.О., Чуприна Г.М. Вплив низькоінтенсивного НВЧ-випромінювання на периферичні відділи нервової системи// Лікарська справа. – 2000. – № 7–8. - С. 60–62.
21. Лебедева І.П. Основи лікувальної фізичної культури. Лікувальна фізкультура в системі медичної реабілітації. - М: Медицина, 1995. - С.14-39.
22. Лисицын Ю. П. Кризисные явления в здравоохранении и теориях медицины капиталистических стран. – М., 1964. – 344 с.
23. Лукомский И.В., Стэх Э.Э., Улащик В.С. Физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учебное пособие [для медицинских училищ]. – Минск: Высшая школа, 1998. – 285 с.
24. Льюис Ш., Льюис Ш. К. Ребёнок и стресс. М., 2008. – 368 с.
25. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. - Київ: „Олан”, 2004. – 559 с.
26. Мухин В.М. Физическая реабилитация. – К.: Олимпийская литература, 2000. – 424 с.
27. Неврозы и пограничные состояния. /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко. – Л., 1972. – 368 с.
28. Петровского А. В. Возрастная и педагогическая психология: Под ред. А. В. Петровского - М., 1979. – 395 с.

29. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів. – Харків: ХаДІФК, 2000 – 365 с.
30. Поварова И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах / И.А. Поварова — СПб., 2004. — 348 с.
31. Поканевич В.В. Современные аспекты рефлексотерапии / Поканевич В.В., Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. // Лік. справа. — 2000. — № 1. — С. 21–24.
32. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебник для студентов , обучающихся по спец. Физическая реабилитация. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005 – 409 с.
33. Правосудова В.П. Підручник інструктора лікувальної фізичної культури М.:Фис, 1980. С. 70-86.
34. Самусев Р.П., Семин Ю.М. Анатомия человека. – 3-е изд. – М.: Оникс, 2005. – С. 56-100.
35. Селье Г. На уровне целого организма. – М. , 1972. – 358 с.
36. Селье Г. Стресс без дистресса. - М. , 1979. – 275 с.
37. Селье Г. Эволюция концепции стресса. – Н., 1976. – 448 с.
38. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. – Л. , 1987. – 322 с.
39. Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика. – Л. , 1987. – 367 с.
40. Спортивная медицина, лечебная физическая культура и массаж. /Под редакцией С.Н. Попова – М.: Физкультура и спорт, 1999 – 457 с.
41. Справочник по детской лечебной физкультуре. /Под ред. М.И. Фонарева. – М., 2005. – 120 с.
42. Стресс и психическая патология. Сборник научных трудов. – М. , 1983. – 412 с.
43. Султанов В.К. Исследование объективного статуса больного. – Санкт-Петербург: ПИТЕР, 1997.-240 с.

44. Федюкович Н.И. Внутренние болезни изд. 3-е доп. И перераб.-Ростов н/д: Феникс, 2005 - 576 с.
45. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений/ Под общей ред. проф. С.Н.Попова. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2005. – С. 23-56.
46. Фокин В.Н. Краткий курс массажа.-М.: Гранд, 1998.- С.15-20.
47. Частная патология: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений /С.Н. Попова. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 256 с
48. Черепанова Е. Когда невыносимо. Семья и школа. – М., 1993. – 401 с.
49. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребёнку. - М. , 1997. – 392 с.
50. Шабалов Н.П. Детские болезни: ученик. 5-е изд. В двух томах. Т. 2. – СПб: Питер, 2006. – С. 149-186.
51. Ясногородский В.Т. Справочник по физиотерапии. – М.: Медицина, 1992. – 60 с.