

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет»  
(Национальный исследовательский университет)  
Институт спорта, туризма и сервиса  
Кафедра Спортивного совершенствования

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент к.б.н., доцент

\_\_\_\_\_ В.В. Епишев  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой к.б.н.,  
доцент

\_\_\_\_\_ А.С. Аминов  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**МЕТОДИКА РЕГУЛИРОВАНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ  
СОСТОЯНИЙ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ПЛОВЦОВ С  
ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–49.04.01.2019.138 ПЗ.ВКР

Руководитель проекта  
д.б.н., профессор

\_\_\_\_\_ А.В. Ненашева  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Автор проекта  
студент группы ЗСТ-337

\_\_\_\_\_ Д.В. Кочубейник  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Нормоконтролер к.б.н., доцент

\_\_\_\_\_ Е.В. Задорина  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	8
Глава I. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ ПЛОВЦОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА .....	11
1.1 Детский церебральный паралич: клинические проявления, формы и сопутствующие синдромы .....	11
1.2 Физиологические и психологические особенности развития спортсменов с детским церебральным параличом .....	16
1.3 Система классификации спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата для участия в спортивных состязаниях .....	23
1.4 Методики психологической коррекции ситуативной тревожности у спортсменов высокой квалификации .....	28
Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	36
2.1 Организация исследования .....	36
2.2 Методы исследования .....	42
Глава III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ .....	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	53
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	55

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Россия сегодня входит в число ведущих стран, наиболее активно развивающих паралимпийское движение. Спорт – это великолепная естественная лаборатория человеческих возможностей, а спортивная деятельность – тот путь, где человек стремится к совершенству, используя свои физические данные. Спорт обладает высокой мотивацией, четкими критериями оценки деятельности, требует самоотдачи. Связана эта деятельность с большим физическим и психическим напряжением, необходимостью преодолевать как сопротивление сильного соперника, так и собственные слабости. Успешное выступление в соревнованиях зависит не только от высокого уровня физической и тактико-технической подготовки спортсмена, но и от его психологической подготовленности.

Учитывая имеющиеся патологии у спортсмена-инвалида при постановке задач спортивной подготовки и планировании тренировочного процесса, физическая культура и спорт будут целенаправленно способствовать воздействию на его организм, развитию компенсаторных адаптационных механизмов и позволят добиться ему наивысших спортивных результатов.

Актуальность исследования связана с тем, что даже на уровне спорта высших достижений психологическое сопровождение спортсменов представлено фрагментарно и несистематично. Это объясняется как нехваткой специалистов в данной области (в штате сборной – тренеры, менеджеры, медики, сервисмены), так и недостаточностью методических разработок в области психологической помощи и поддержки, адаптированной под возможности спортсменов с инвалидностью. В особенности такая помощь необходима спортсменам с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП), уровень подготовки которых наиболее тесно связан с саморегулированием психоэмоциональных состояний и возможностью преодоления ситуативной тревожности. Налицо противоречие

между необходимостью целенаправленной регуляции уровня ситуативной тревожности спортсменов с детским церебральным параличом и невозможностью ее эффективного осуществления в связи с отсутствием фундаментальных знаний об особенностях и структуре построения методики регуляции неблагоприятных психологических состояний в подготовительной части тренировочного процесса. Остроту данной проблемы в полной мере испытывают пловцы, успешность которых зависит не только от их гидродинамической устойчивости, но определяется также их психическими и личностными качествами [21].

**Объектом** исследования является психологическая подготовка пловцов-паралимпийцев, следовательно, его **предметом** – наиболее эффективные методы предсоревновательной психологической подготовки спортсменов.

**Цель** исследования – теоретическое обоснование и экспериментальная проверка эффективности методов регуляции психологических состояний высококвалифицированных спортсменов-пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата.

**Рабочая гипотеза** исследования заключается в том, что детский церебральный паралич – наиболее сложное заболевание центральной нервной системы, которое влияет на психоэмоциональное состояние и физические возможности спортсмена и требует комплексного индивидуального подхода к каждому спортсмену. Сложность одновременного регулирования физического и психологического состояния спортсмена с таким заболеванием подтверждается отсутствием разработанных единых комплексов тренировочных методик.

Для проверки эффективности гипотезы исследования требуется решение следующих **задач**:

1. Охарактеризовать типы тревожности, свойственные спортсменам с детским церебральным параличом.

2. Установить особенности возникновения наибольшего уровня тревожности у спортсменов с детским церебральным параличом.

3. Определить наиболее эффективные способы регуляции нежелательных психологических состояний спортсменов.

**Научная новизна исследования** состоит в обосновании роли психологической подготовки как фактора успешного выступления спортсменов с детским церебральным параличом, разработке рекомендаций по составлению карты психологической подготовки согласно психофизическим способностям спортсменов-паралимпийцев.

**Результаты исследования.** В течение исследуемого периода было проведено семь замеров психо-эмоционального состояния спортсменов высокой квалификации. Каждый участник экспериментальной группы отметил положительное воздействие на свое психологическое состояние от проведенной с ними работы: уменьшился тремор, тревожность, боязнь выступить неудачно. У всех членов группы, как показали данные контрольного тестирования на компьютере, наблюдалось повышение уровня уверенности в своих силах. Вследствие целенаправленной работы над коррекцией ситуативной тревожности улучшились и показатели времени заплыва.

Разработанная программа из семи контрольных этапов коррекции и тестирования показала свою эффективность и улучшила психологическое состояние спортсменов на 10–15 %.

Исследование подтвердило целесообразность работы над психологической подготовкой спортсменов с диагнозом «детский церебральный паралич». Было бы интересно продолжить изучение вопроса с целью создания комплексной долгосрочной программы подготовки спортсменов-инвалидов высокого класса в данном виде спорта.

# **Глава I. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ ПЛОВЦОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

## **1.1 Детский церебральный паралич: клинические проявления, формы и сопутствующие синдромы**

Во время работы со спортсменами с детским церебральным параличом чрезвычайно важно учитывать особенности их психического развития – аномалию, возникшую в результате раннего органического поражения головного мозга и повлекшую за собой различные двигательные, речевые и сенсорные дефекты [15].

Детский церебральный паралич развивается в связи с поражением головного мозга, произошедшем внутриутробно, в родах или в период новорожденности, когда основные структуры мозга еще не созрели. Морфологические данные говорят о том, что у детей, страдающих церебральным параличом, процесс, начавшийся еще внутриутробно, может продолжаться годами [6].

Наиболее часто встречаются следующие виды патологических рефлексов при данном заболевании:

- отсутствие защитного рефлекса (в отличие от здорового новорожденного в положении ничком голова не поворачивается в сторону);
- угнетение рефлекса опоры (отсутствует рефлексорное выпрямление ног);
- лабиринтный тонический рефлекс (характеризуется напряжением мышц сгибателей и разгибателей туловища и конечностей, напряжением разгибателей шеи и спины и др.);
- спастическая диплегия (характеризуется нарушением опорной функции ног);

- двойная гемиплегия (характеризуется параличом всех конечностей) и другие виды патологических рефлексов.

В основе клинической картины детского церебрального паралича – двигательные расстройства, которые формируются по типу параличей и парезов, а также различные нарушения речи и психики [6].

Всего определяют три стадии развития заболевания:

\* В первой, ранней стадии, происходят острые нарушения, которые способны вызывать патологию регуляции тонуса мышц и подавлять врожденные двигательные рефлексы. Сразу после рождения может появиться судорожный синдром, который затем либо исчезает, либо стойко удерживается. У ребенка начинает резко задерживаться формирование начальных элементов психического и предречевого развития. Наблюдается недоразвитие пяточных костей, часто они развиваются асимметрично. Удлинены пяточные (ахилловы) сухожилия, уплотнены икроножные мышцы. К концу второго месяца у ребенка может сформироваться функциональный кифоз или кифосколиоз в поясничном и нижнем грудном отделах позвоночника. В этот период отмечают отсутствие или недостаточность первичных зрительных и слуховых реакций.

\* Вторая стадия заболевания начинается после окончания острых явлений. В это время развиваются начальные резидуальные явления. Данный период характеризуется тем, что установочные рефлексы у ребенка не формируются или же формируются недостаточно, они могут задерживаться в развитии до 2–5 лет и больше, но могут не появиться совсем. Тонические рефлексы в это время продолжают нарастать. Резко задерживается в своем развитии произвольная моторика. На основе существующих двигательно-кинестетических нарушений формируется патология схемы тела, зрительной ориентировки в пространстве (оптико-пространственный гнозис), последовательность действий в различных ситуациях (праксис). У ребенка формируется речевая патология, которая усугубляет нарушение психического развития. Ослаблены его контакты с окружающими. Но в

возрасте 2–5 лет у детей с начальной резидуальной стадией заболевания нередко начинают развиваться двигательные, психические и речевые функции. При этом чем раньше начинается систематическое лечение ребенка, тем более активно происходит развитие.

\* Третья стадия заболевания – условно называемая конечная резидуальная стадия. В этот период происходит окончательное оформление патологии двигательного стереотипа, организация контрактур и деформаций. Отчетливо виден характер психических и речевых расстройств. К таким речевым расстройствам относится и дизартрия, протекающая на фоне общей задержки речевого развития. Наряду с нарушением эмоционально-волевой сферы наблюдаются нарушения корковых функций – дизграфия, акалькулия и др., они становятся серьезным препятствием при обучении ребенка. На этой стадии заболевания возможны два пути развития: в одном случае дети будут способны передвигаться самостоятельно или с поддержкой, смогут овладеть письмом, некоторыми элементами самообслуживания, навыками в быту; в другом будет происходить нарастание множественных артрогенных контрактур, тяжелых деформаций, начнется фиброзное перерождение мышц, суставов и связок, остановится развитие речи и психики [6].

В зависимости от того, каков характер двигательных расстройств, определяют несколько форм детских церебральных параличей:

\* Спастическая диплегия – это форма, при которой преимущественно поражаются ноги. Тонические рефлексы обычно исчезают к 2–4 годам. Дети со спастической диплегией нередко страдают вторичной задержкой психического развития. Если вовремя начать и, главное, правильно проводить лечение, то такая задержка к 6–8 годам может быть устранена.

\* Гемиплегическая (или гемипаретическая) форма в 80% случаев развивается в период новорожденности. Отмечается различная интенсивность двигательных расстройств, в зависимости от которой у ребенка диагностируют гемиплегию или гемипарез.



Гемиплегия бывает в основном у детей раннего возраста. По мере развития мозга и в результате правильно подобранного лечения, двигательные расстройства становятся менее выраженными, особенно это заметно по нижней конечности и проксимальным отделам верхней конечности. Это можно расценивать уже как явления гемипареза.

Проявления гемипареза у детей и у взрослых различны: у детей при этом диагнозе наблюдается замедление роста костей и укорочение длины паретичных конечностей.

\* Двойная гемиплегия – это спастический тетрапарез. При нем руки поражены в такой же степени, как и ноги, или даже больше. При двойной гемиплегии преобладает ригидность мышцы. Имеет место усиление ригидности под влиянием стойких тонических рефлексов (шейного и лабиринтного). Плохо или совсем не развиты установочные выпрямительные рефлексы и произвольная моторика. Дети со спастическим тетрапарезом не могут сидеть, стоять и ходить.

\* Гиперкинетическая форма характеризуется произвольными движениями – гиперкинезами. При этой форме могут быть также параличи и парезы. Уже в 4–6 месяцев начинают выявляться гиперкинезы в артикуляционной и скелетной мускулатуре, а до 2–3 лет задерживается редукция тонических и развитие установочных рефлексов. После 3 лет установочные рефлексы и произвольная моторика начинают развиваться удовлетворительно. 90% больных детей страдают речевыми нарушениями, чаще это гиперкинетическая дизартрия. При этом в большинстве случаев развитие интеллекта идет вполне удовлетворительно.

\* Атонически-астатическая форма детского церебрального паралича характеризуется низким тонусом мышц, наличием патологии тонических рефлексов, отсутствием или недоразвитием установочных рефлексов и высокими сухожильными рефлексам. Если детей лечить правильно и систематически, то к 3–5 годам они овладевают произвольными движениями,

но такие проявления, как атаксия, гиперметрия, интенционный тремор могут остаться [6].

При разных формах заболевания избирают свое направление восстановительной терапии, поэтому всегда акцентируют внимание на тех синдромах, которые сопутствуют той или иной форме заболевания.

1) Судорожный синдром. Иногда появляется в первые дни жизни ребенка и остается стойким на протяжении многих лет. Он свидетельствует о тяжелом течении заболевания. Судороги, которые появляются после 2–3 лет болезни, обычно протекают по типу развернутых эпилептических приступов.

2) Псевдобульбарный синдром возникает рано, в первые недели жизни, а в дальнейшем развивается псевдобульбарная дизартрия.

3) Диэнцефальный синдром характеризуется гипертермией, жаждой, понижением и лабильностью артериального давления, нарушением щелочно-кислотного равновесия в форме метаболического или смешанного ацидоза. Диагностируется в раннем возрасте.

4) Гипертензивный синдром проявляется у детей первых месяцев жизни и выражается психомоторным возбуждением или, напротив, заторможенностью, нарастанием неврологической симптоматики. Старшие дети жалуются на головные боли, у них наблюдается астения, истощение, иногда – нарушение сна, возбуждение [6].

Исходя из описанной симптоматики детского церебрального паралича, уже на начальных стадиях болезни выставляется диагноз. При этом учитываются такие основные диагностические признаки заболевания, как: аномальное развитие двигательной системы, наличие тонических рефлексов, диссоциация между нарастанием тонических и отсутствием или слабостью установочных рефлексов и др.

На третьей стадии заболевания установление диагноза уже не вызывает затруднений, так как в это время клиническую картину четко характеризует симптоматика: нарушение произвольной моторики,

остаточная активность тонических рефлексов, недоразвитие установочных рефлексов, гиперкинезы, атаксия, « мозаичная » задержка или недоразвитие психики, наличие речевых расстройств [6].

Таким образом, механизм нарушения развития детской психики сложен и определяется как временем, так и степенью локализации мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется, как правило, грубым недоразвитием интеллекта. Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего – познавательной деятельности. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания ребенка [15].

## **1.2 Физиологические и психологические особенности развития спортсменов с детским церебральным параличом**

Отечественные ученые (И.Ю. Левченко, Е.М. Маслюкова, С.Н. Шаховская и др.) выделяют целый ряд психологических особенностей детей с детским церебральным параличом:

- Своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными сенсорными, речевыми и двигательными дефектами;
- Дисгармоничный, неравномерный характер нарушений отдельных психических функций: снижение объема механической памяти, низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации и переключения внимания;
- Наличие выраженных астенических проявлений: повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- Нарушение формирования познавательной деятельности;

- Ограниченный запас знаний и представлений об окружающем мире (вследствие снижений социальных контактов, условий обучения и воспитания);
- Различное состояние интеллекта, зависящее от уровня поражения головного мозга: задержка умственного развития, задержка психического развития, интеллект нормальный или близкий к нормальному;
- Нарушение эмоционально-волевой сферы личности;
- Раскоординированное взаимодействие различных анализаторских систем [34].

Специфика двигательного развития людей с детским церебральным параличом заключается в нарушениях движений конечностей и всех частей тела. Выделяют следующие виды нарушений:

- ✓ Гиперкинезы (беспорядочные непроизвольные движения конечностей);
- ✓ Нарушение движений различных частей тела в результате спазмов мускулатуры (параличей);
- ✓ Деформации и контрактуры, ортопедические нарушения, появляющиеся вследствие выраженного двигательного дисбаланса мышц;
- ✓ Кривошея, кифоз, кифосколиоз грудного отдела позвоночника, сколиоз, дисплазия тазобедренного сустава, подвывих и вывих бедер, эквиноварусная, эквиновальгусная и плосковальгусная установка стоп и др.;
- ✓ Сложности с поддержанием равновесия;
- ✓ Затруднения с выполнением целенаправленных и точечных действий;
- ✓ Произвольные движения в пораженных конечностях;
- ✓ Патология зрения, слуха [6].

Ярко выраженной взаимосвязи между двигательными и психическими нарушениями не существует: так, например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с задержкой психического развития, а

остаточные явления детского церебрального паралича – с тяжелым недоразвитием психических функций.

Возможность успешных выступлений спортсмена с детским церебральным параличом в значительной мере определяется его психологической подготовленностью, умением регулировать и контролировать себя. Кроме того, при целенаправленной работе с индивидуальными особенностями психического развития такого спортсмена необходимо учитывать и общие особенности реакции психики на чрезмерное напряжение во время соревнований.

Самым главным в процессе психологической подготовки спортсмена является исследование таких психических состояний, как предстартовое состояние, тревожность, стресс, мотивация [43].

Предстартовое состояние как условно-рефлекторная реакция организма на предстоящую деятельность возникает абсолютно у каждого спортсмена. Связано оно с различного рода переживаниями – радостным ожиданием старта, уверенностью за исход соревнования или же, напротив, возникновением навязчивых мыслей о поражении – и в сознании отражается по-разному. При этом, как отмечают опытные психологи и тренеры, возникновение какого-либо неблагоприятного предстартового состояния обусловлено самыми разными причинами как объективного, так и субъективного плана [2].

Нахождение в той или иной форме предстартового состояния, а следовательно, и появление характерных признаков, связано с определенным уровнем эмоционального напряжения. Всего в спортивной практике принято выделять три разновидности психических предстартовых состояний: боевую готовность, предстартовую лихорадку и предстартовую апатию [3].

1. Боевая готовность. Для нее свойственны оптимальный уровень эмоционального возбуждения, достаточно высокая мотивация деятельности, напряженное ожидание старта, трезвая уверенность в своих силах. У спортсмена появляется личная заинтересованность в предстоящей

спортивной борьбе, стремление бороться до конца для достижения поставленной цели, способность сознательно регулировать и управлять своими мыслями, чувствами, поведением. При этом наблюдается высокая концентрация внимания на предстоящей деятельности, обострение различных психических процессов (восприятия, представления, мышления, памяти, реакции и т. д.), высокая помехоустойчивость к сбивающим факторам, адекватный или чуть завышенный уровень притязаний. Из этого следует, что состояние боевой готовности оказывает положительное влияние на спортивный результат, но у каждого спортсмена это состояние носит индивидуальный характер [3].

2. Предстартовая лихорадка. Для этого состояния характерны чрезмерное волнение, слишком высокий уровень эмоционального возбуждения, тревога за результат, значительное учащение пульса и дыхания, повышение кровяного давления, усиление потливости, увеличение дрожания рук и ног. Возникает излишняя нервозность, неустойчивость настроения, беспричинная суетливость, притупляется протекание многих психических процессов (памяти, мышления, восприятия и т. д.). Наблюдается неустойчивое внимание, переоценка своих сил и недооценка сил противника, неспособность контролировать свои мысли, чувства, действия. Появляются заметные изменения на лице: озабоченное выражение, чрезмерно сжатые губы, напряженные челюстные мышцы, частое моргание, глаза горящие, беспокойные, бегающие. Такое состояние отрицательно сказывается на деятельности спортсмена, является неблагоприятным и нуждается в коррекции. Кроме того, оно может возникнуть задолго перед стартом и перейти в другое, еще более неблагоприятное состояние – апатию [3].

3. Предстартовая апатия. Для нее характерны ослабление протекания психических процессов, снижение волевой активности, низкий уровень эмоционального возбуждения, неспособность собраться к старту, угнетенное настроение, вялые движения, сонливость, неуверенность в своих силах, страх перед противником, отсутствие интереса к соревнованиям и даже самого

желания соревноваться, малая помехоустойчивость к неблагоприятным факторам. У спортсмена появляется страдальческое выражение лица, отсутствие улыбки, пассивность. Состояние апатии не позволяет ему мобилизоваться на выступление, поэтому деятельность осуществляется на пониженном функциональном уровне. Вывести спортсмена из такого состояния значительно трудней, чем из предстартовой лихорадки, а порой бывает и вовсе невозможно [3].

Соревновательная деятельность людей с инвалидностью дополнительно основывается на учете их физиологических особенностей и функциональных возможностей. Что касается спортсменов с детским церебральным параличом, нужно четко понимать, что это заболевание связано с поражением головного мозга в результате травматического воздействия на нервные клетки (нейроны). Типичным для данного заболевания является изменение мышечного тонуса, приводящее к нарушениям координации в работе мышечной системы, нарушениям осанки, а в дальнейшем – формированию контрактур суставов, сколиоза. У детей с церебральным параличом резко затормаживается общее развитие двигательных функций. При этом тяжесть двигательных нарушений различна: большинство детей передвигается затрудненной, плохо координированной походкой, многие используют костыли и трости, а некоторые вообще не могут обходиться без коляски [11].

Для нормального поддержания в пространстве у человека задействованы различные группы мышц, которые подразделяют на тонические (обеспечивающие поддержание поз) и фазические (осуществляющие динамические движения). Мышцы, включающие преимущественно медленные волокна, обеспечивают продолжительное напряжение, характерное для статических нагрузок. При этом усилие, развиваемое мышцей, невысокое, но поддерживается длительное время без утомления, скорость расслабления более низкая (например, мышцы – разгибатели спины, камбаловидная мышца) [25].

При церебральном параличе двигательные расстройства проявляются в нарушении взаимодействия между мышцами-агонистами и синергистами, патологическом перераспределении мышечного тонуса, снижении силы мышц [9].

Повышение тонуса большой грудной мышцы вызывает сведение плеч; повышение тонуса верхней порции трапециевидной мышцы вызывает поднятие надплечий. Напряжение двуглавой мышцы плеча вызывает сгибание в плечевом и локтевом суставах, повышение тонуса круглого и квадратного пронаторов приводит к пронационной установке предплечья. Напряжение подвздошно-поясничной мышцы дает сгибательную установку туловища и бедра, а икроножной и камбаловидной мышц – сгибательную установку голени (эквинус). Ослабление средней и задней порций дельтовидной мышцы ограничивает отведение и разгибание плеча, слабость разгибателей спины в грудном отделе позвоночника ведет к нарушению осанки, чаще в виде кифоза и кифосколиоза. Ослабление мышц брюшного пресса может вызывать выпячивание живота, грыжи белой линии живота, пупочные или паховые грыжи. Отрицательно для формирования движений в верхних конечностях сказывается ослабление нижних стабилизаторов лопатки. Так как нет опоры рук на лопатки, лопатки смещаются вверх и наружу, становятся «крыловидными». Стабилизаторами таза являются средняя и малая ягодичные мышцы, при их ослаблении нарушается нормальная походка, происходит раскачивание таза из стороны в сторону [6].

Доказано, что благодаря спорту можно избежать многих неблагоприятных факторов развития физических отклонений. Ученые, тренеры, врачи-реабилитологи разрабатывают комплексы упражнений, направленных на физическое совершенствование лиц с детским церебральным параличом, однако психическое совершенствование зачастую уходит на второй план. При этом даже именитые спортсмены без ограничений по здоровью признаются, что не всегда могут самостоятельно справиться с тревожностью, лишними эмоциями на старте.



А.В. Медведева в своей статье «Особенности проявления и причины возникновения тревожностей у детей с церебральным параличом», анализируя и систематизируя полученные в результате исследования данные, выделяет несколько причин возникновения повышенной тревожности:

1) Повышенная тревожность, возникающая из-за потенциального физического вреда. Этот вид беспокойства возникает у детей с церебральным параличом в результате ассоциирования некоторых стимулов, угрожающих болью, опасностью, физическим неблагополучием.

2) Повышенная тревожность, вызываемая чувством вины и характеризующаяся чувствами самоунижения, досады на себя, переживание себя как недостойного.

3) Повышенная тревожность, возникающая при авторитарном стиле общения взрослого с ребенком в семье и в предъявлении завышенных требований.

4) Повышенная тревожность, появляющаяся из-за неспособности овладеть средой. Она происходит, если ребенок чувствует, что не может справиться с проблемами, которые выдвигает среда. Тревога связана с чувством неполноценности.

5) Повышенная тревожность, появляющаяся в состоянии фрустрации. Фрустрация определяется как переживание, возникающее при наличии препятствия к достижению желаемой цели или сильной потребности. Нет полной независимости между ситуациями, которые вызывают фрустрации, и теми, которые приводят в состояние тревоги (потеря любви родителей) [27].

Таким образом, А.В. Медведева в своей статье описала особенности проявлений тревожности у детей с церебральным параличом, выражающиеся в раздражительности, беспокойстве, пугливости, нерешительности и эмоциональной напряженности в ситуациях взаимодействия со сверстниками и родителями. При этом причинами возникновения повышенной тревожности она назвала не только физическое неблагополучие,

вынужденную изоляцию и частые госпитализации в раннем возрасте, но и некорректные стили воспитания по отношению к больному ребенку в семье.

Поскольку заболевание спортсменов с церебральным параличом связано с заболеванием опорно-двигательного аппарата и во многом обусловлено аномальным функционированием центральной и периферической нервной системы, а достижение высокого спортивного результата напрямую зависит от психологического комфорта и преодоления неблагоприятных психологических факторов, то психологическая подготовка становится для них жизненно необходимой [26].

Нужно помнить и то, что психическое состояние вызывает целый ряд сдвигов в функциональных системах организма – дыхательной, сердечно-сосудистой, желез внутренней секреции. Поэтому в процессе подготовки к активной соревновательной деятельности нельзя забывать о физиологических особенностях адаптации организма с целью сохранения здоровья спортсмена [20].

### **1.3 Система классификации спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата для участия в спортивных состязаниях**

Среди многочисленных видов спорта, которыми занимаются люди с ограниченными физическими возможностями, особое место занимает плавание, являющееся для них и средством реабилитации [1].

Гидрореабилитация – это обучение и воспитание человека в условиях водной среды с целью формирования качественно нового, более высокого уровня его двигательной и общественной активности. Гидрореабилитация включается в программы развития лечебной и адаптивной физической культуры [28].

Паралимпийское плавание как вид спортивной деятельности (на Паралимпийских играх, чемпионатах мира, Европы, национальных первенствах)

является мощным средством обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно Кодексу Международного Паралимпийского комитета принята классификация спортсменов для выравнивания их по состоянию здоровья и создания условий для соревнований с соперниками своего класса здоровья [46].

Наиболее сложной является классификация спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата. Сложность этого процесса вызвана большим количеством заболеваний и вариантов их протекания. В одной функциональной группе в соревнованиях могут принимать участие спортсмены с церебральным параличом, ампутациями и недоразвитием конечностей, повреждениями позвоночника и спинного мозга [48].

Спортсмены, относящиеся к различным нозологическим группам, могут соревноваться в одном функциональном классе на одной из дистанций спортивного плавания потому, что они имеют одинаковые функциональные возможности. По этой причине в программе Летних Паралимпийских игр абсолютное большинство видов состязаний – это соревнования для спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата.

Функциональная классификация пловцов выполняет две задачи:

- 1) определение допуска спортсмена к участию в соревнованиях;
- 2) распределение спортсменов по функциональным классам и создание условий для справедливой конкуренции [11].

Процедура классификации спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата в плавании состоит из трех этапов:

- 1) лабораторные исследования на суше,
- 2) исследования на воде,
- 3) наблюдения во время соревнования.

Распределение пловцов по группам на основании классификации позволяет им соревноваться со спортсменами, имеющими схожие функциональные возможности.

В Правилах по функциональной классификации пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата, используемых Комитетом МПК по плаванию, содержатся тесты для физической и технической оценки спортсменов. Тесты предназначены для определения:

- степени поражения и ограничения активности пловцов,
- степени, в которой ограничение активности оказывает влияние на спортивные достижения.

Применяют следующие тесты для физической и технической оценки:

- a. Мышечное тестирование;
- b. Координационные тесты;
- c. Тесты на оценку подвижности / диапазон движения в суставах;
- d. Измерение потери конечностей / дефицита конечностей;
- e. Оценка старта и поворотов;
- f. Тест на воде [38].

Рассмотрим подробнее их содержание.

\* Мышечный тест, являясь компонентом физического тестирования, проводится на 32 группах мышц. Для выполнения теста не требуется никаких дополнительных инструментов. В зависимости от степени поражения спортсмена позиция при тестировании может быть адаптирована под него. Мышца может быть протестирована более чем в одной позиции, чтобы достоверность оценки была максимально точной.

Функция мышцы включает 6 уровней оценки по шкале от 0 до 5 баллов. При оценке классификатора в 4 балла спортсмен в состоянии завершить полный диапазон движения против силы тяжести и может удерживать сильное сопротивление без изменения тестовой позиции. В 3 балла он может завершить полный диапазон движения только против сопротивления силы тяжести. В 2 балла спортсмен завершает полный диапазон движений в положении, которое сводит к минимуму силу тяжести (в горизонтальной плоскости движения). В 1 балл он может лишь обнаружить визуально или пальпаторно некоторую сократительную

активность. При оценке классификатора в 0 баллов – нет движения и никакого сокращения [38].

\* Координационные тесты проводятся для спортсменов с церебральным параличом или похожим на него неврологическим расстройством, которое проявляется аналогичным образом (спастика, атетоз, атаксия). Тест определяет степень скоординированных и (или) свободных движений со спастикой и (или) атетозом.

Координационные тесты должны проводиться на 32 группах мышц, перечисленных в таблице по мышечному тестированию. Для выполнения теста также не требуется никаких дополнительных инструментов. Позиция пловца с детским церебральным параличом при тестировании может быть адаптирована в зависимости от поражения спортсмена. Мышца также может быть протестирована более чем в одной позиции [38].

\* Тесты на подвижность сустава используют серию измерений, которые предназначены для оценки степени возможного движения в ряде суставов. Такое измерение движений в градусах называется функциональным диапазоном движений для плавания (FROMS). Для всех измерений должен быть применен гониометр. Степень возможных движений в каждом суставе оценивается в баллах [38].

\* Измерение потери конечностей или их дефицита проводится с помощью рулетки и измеряется в сантиметрах. Цифры считают от дальней точки культи до ближайшей обозначенной точки измерения на теле. Затем в Классификационный лист на схему тела вносят полученные данные. Потерю конечностей или дефицит конечностей выделяют жирным цветом.

В балльной системе для сравнения используется оценка соответствующей конечности. Если же соответствующий сегмент недоступен для сравнения и (или) спортсмен не подходит под профиль, то применяются расчеты на бумаге, основанные на параметрах сегментов тела. Параметры могут быть использованы в качестве ориентира для определения спортивного класса [38].

\* Оценка стартов и поворотов – еще один важный тест для физической и технической оценки спортсменов. Он производится по специальной таблице в баллах от 1 до 10. Низкий балл (10) дается спортсмену без поражений при выполнении старта и поворота. Спортсмен, имеющий минимальный критерий годности для плавания, получит не более 9 баллов при оценке старта и поворота.

При оценке старта имеют значение следующие моменты:

- наличие или отсутствие очевидных ограничений силы в ногах и (или) стопах;
- наличие или отсутствие импульса в связи с ограничением в руках;
- недостатки координации при отталкивании;
- оценка силы и положения тела в случае поражение обеих верхних и обеих нижних конечностей;
- выбор старта из воды, хотя физически и функционально есть способность сделать старт нырянием (в таком случае баллы определяются на основе старта нырянием, т.е. спортивный класс не меняется на основе стартовой позиции, выбранной спортсменом).

При оценке поворота имеют значение следующие моменты:

- очевидное ограничение в ногах и (или) стопах;
- очевидная способность к вращению при выполнении поворота;
- очевидная способность к отталкиванию от обтекаемой позиции;
- очевидное положение тела и сила при поражении обеих верхних и обеих нижних конечностей [38].

\* Тест на воде – важный заключительный тест для оценки физических и технических возможностей спортсмена. Во время его проведения пловец должен выполнить:

- ✓ соревновательный старт: нырянием, стоя, сидя, на коленях, с помощью ассистента и без него;
- ✓ заплыв вольным стилем: 25 м вполсилы и 25 м в полную силу;
- ✓ поворот, 5–6 гребков вольным стилем и остановка;

- ✓ скольжение на груди с вытянутыми вперед руками;
- ✓ скольжение на груди с вытянутыми вперед руками, работая ногами, как вольным стилем (для оценки движений ногами);
- ✓ скольжение на спине с вытянутыми над головой руками (в случае невозможности вытянуть руки в результате поражения, спортсмен выпрямляет их вдоль туловища);
- ✓ скольжение на спине с вытянутыми над головой руками, работая ногами (для оценки движения ног);
- ✓ заплыв брассом 25 м;
- ✓ показ движения ногами брассом в положении на груди с вытянутыми вперед руками (для оценки движений ног);
- ✓ показ движения ногами брассом в положении на спине;
- ✓ заплыв стилем баттерфляй не менее 15 м (если спортсмен не может плавать баттерфляем, он должен показать хотя бы 4–5 гребков для полного завершения технической оценки).

При этом следует отметить, что плохая или слаборазвитая техника плавания не будет являться веской причиной для изменения количества очков во время водного теста.

В результате прохождения каждого теста спортсмен набирает определенное количество баллов. Совокупное число оценки каждого пункта будет финальным счетом спортсмена. Финальное количество баллов и определяет спортивный класс спортсмена [48].

#### **1.4 Методики психологической коррекции ситуативной тревожности у спортсменов высокой квалификации**

В последние годы требования, предъявляемые к организму спортсмена-инвалида, приближаются к таковым в спорте неинвалидов. Отмечается увеличение интенсивности тренировочных и соревновательных нагрузок. При этом вопросам восстановления работоспособности в

олимпийском спорте посвящено довольно много серьезных работ, а задачам восстановления спортсменов в паралимпийском спорте достаточного внимания не уделяется.

В разное время психологическими проблемами спорта занимались Гиссен Л.Д., Ильин Е.П., Красников А.А., Мильман В.Э., Пуни А.Ц.

По психокоррекции спортсменов-инвалидов все наработки в основном имеют вид докладов на тематических спортивных конференциях и форумах по проблемам адаптивного и паралимпийского спорта. Правда, в ходе анализа научно-методической литературы удалось выявить, что в течение нескольких последних лет появилось незначительное количество фундаментальных работ и монографий, которые содержат различные аспекты психологической устойчивости и восстановления спортсменов-инвалидов.

Обращает на себя внимание статья Сергеева О.В. «Методика формирования стрессоустойчивости у легкоатлетов-спринтеров». В ней автор отмечает несколько методов психокоррекции:

- \* работа с мотивацией (модерация, смысловая перестройка, смыслополагание);
- \* работа с целью (маскировка цели);
- \* психолого-педагогическая поддержка (секундирование, гетеротренинг);
- \* саморегуляция (самоанализ, самоубеждение, самовнушение, аутотренинг);
- \* организация отдыха и спортивного быта [37].

Чтобы оптимизировать тренировочный процесс и получить высокие спортивные результаты, необходимо выявить и отследить психофизиологические особенности деятельности спортсменов в период подготовки к соревнованиям и непосредственно в момент их проведения. Такие особенности включают в себя:

- а) навык быстрого ориентирования в окружающей обстановке;



б) скорость реакции, поддержание высокого уровня концентрации внимания;

в) умение с максимальной быстротой мобилизовать собственные скрытые возможности для получения высокого результата [5].

Кроме того, спортсмену необходимо быстро и хорошо справляться с возникающими стрессовыми нагрузками, нужен навык полного восстановления сил в течение короткого времени, а также иметь правильную реакцию на ситуацию возможного проигрыша.

Особенности работы со спортсменами с поражением опорно-двигательного аппарата (в том числе с церебральным параличом) состоят в социально-психологической направленности адаптации, поскольку эти поражения приводят к снижению функционального состояния, нарушению социальных связей, условий самореализации. Особенно ярко выражены нарушения в психической сфере у лиц с приобретенными дефектами (в результате травм или болезни). Поэтому чрезвычайно важное значение приобретает проблема восстановления психофизиологических функций спортсменов-инвалидов и коррекции психических состояний [4].

В отечественной практике комплексный и обоснованный подход к психологической подготовке спортсменов можно увидеть в Предпрофессиональной программе подготовки пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата СДЮСШОР № 1 г. Тюмени. Программа носит универсальный характер, применима для работы со спортсменами с церебральным параличом.

Разработчики программы ставят перед собой четкую задачу: с первых дней работы с детьми осуществлять психологическую подготовку, причем не только на уровне спортивного совершенствования, но и на начальном этапе обучения инвалидов плаванию. Необходимо формировать состояние психической готовности к соревнованиям, которое характеризуется установкой на достижение максимально доступного для них

соревновательного результата и определенным индивидуальным для каждого спортсмена уровнем эмоционального возбуждения. Спортсмену необходимо:

1) овладеть приемами моделирования соревновательной борьбы, используя две модели: словесно-образную и натурную;

2) овладеть приемами регуляции уровня эмоционального возбуждения (психорегулирующая тренировка, ментальный тренинг, аутогенная тренировка).

При этом основными методами психологической подготовки являются:

а) беседы тренера со спортсменами в индивидуальной и коллективной форме;

б) использование разнообразных средств и приемов психолого-педагогического воздействия:

- убеждение,

- внушение,

- метод заданий и поручений,

- моделирование соревновательных ситуаций,

- метод идеомоторной тренировки в различных группах подготовки и спортивного совершенствования [31].

В группах начальной подготовки основной задачей является преодоление неуверенности и страха в незнакомой обстановке, боязни неустойчивости, потери ориентации и, как следствие, паники при погружении в воду.

В учебно-тренировочных группах делается акцент на развитие спортивно важных свойств характера и волевых качеств, необходимых для решения усложняющихся тренировочных задач, обучение приемам самоконтроля и умению управлять предстартовым состоянием на соревнованиях.

В группах спортивного совершенствования рекомендуется уделять особое внимание овладению приемами самовнушения и саморегуляции, развитию морально-волевых качеств характера [31].

В процессе психологической подготовки у спортсменов постепенно должны сформироваться:

- высокий уровень сосредоточенности и устойчивости внимания, острой наблюдательности за действиями соперника;
- способность предельно мобилизовывать свои возможности для успешной борьбы с соперником;
- выдержка и самообладание;
- целеустремленность, настойчивость, воля к победе;
- способность обеспечивать уверенный, эмоционально выдержанный «боевой» внешний вид, являющийся одним из важных факторов психологического давления на соперника и стабилизации своего внутреннего состояния [14].

Психологическую подготовку пловцов с церебральным параличом отечественная спортивная школа в большей степени связывает с физической подготовкой и развитием двигательных навыков и специфических физических качеств. Так, Швец Р.Р. в своей статье говорит о том, что уровень ситуативной тревожности влияет на содержание разминки пловца, поэтому необходимо учитывать такие педагогические условия, как интенсивность и последовательность выполнения упражнений и дифференциация составляющих методики в зависимости от уровня ситуативной тревожности. При ее повышенном уровне с целью снятия неактуальной или чрезмерной психической активности применяют метод мышечной релаксации: используют упражнения на расслабление мышц, движения с широкой амплитудой, ритмичные движения в замедленном, спокойном темпе. Данные упражнения способствуют успокоению при повышенном возбуждении спортсмена. При пониженном уровне ситуативной тревожности упражнения должны носить обратный характер:

необходимо увеличить интенсивность разминки и количество отрезков, проплываемых с ускорением, включить упражнения, повышающие силовую нагрузку, а также упражнения, выполняемые в быстром темпе [44].

Этап психологической подготовки, непосредственно предшествующий соревнованию, отличается эмоциональным напряжением, разнообразными чувствами, когда с особенной остротой проявляется важность таких эмоционально-волевых качеств, как самообладание и организованность. Ошибки, допущенные на этом этапе, становятся причиной того, что результаты психологической подготовки, проведенной в течение долгого времени, сводятся на нет и спортсмен не может показать во время соревнования тех достижений, которых он достиг в процессе длительной тренировки [19].

В тех случаях, когда спортсмен перед соревнованиями все же переживает неблагоприятные эмоциональные состояния, необходимо использовать приемы их регуляции и саморегуляции, включающие:

- специальные дыхательные упражнения;
- специальные виды массажа и самомассажа;
- аутотренинг;
- переключение внимания на раздражители положительного эмоционального значения;
- специальные двигательные упражнения, регулирующие эмоциональные состояния.

К приемам, содействующим развитию психической устойчивости и самообладания, некоторые тренеры-практики относят:

- работу над заданием в условиях сбивающих факторов;
- выполнение задания в состоянии усталости;
- выполнение задания с самооценкой сразу после исполнения;
- выполнение задания на устойчивость в различных направлениях и точках зала;

- выполнение задания в соревновании между членами учебной группы;
- выполнение задания на оценку в присутствии посторонних наблюдателей [47].

В зарубежной практике психологической коррекции спортсменов-паралимпийцев традиционно уделяется большое внимание. Это подтверждается наличием развитых методик в странах Западной Европы. Вот лишь некоторые из них:

- \* Освоение специальных формул самовнушения (например, формул оптимального боевого состояния перед ответственным стартом);
- \* Проведение сеансов светозвуковой стимуляции с использованием музыки, звуков природы;
- \* Психолого-педагогические наблюдения;
- \* Анализ протоколов соревнований;
- \* Видеосъемка;
- \* Аутогенная тренировка;
- \* Внушенный отдых;
- \* Аудиотексты для реализации программы психической тренировки;
- \* Звукотерапия [50].

Кроме вышеперечисленных методик спортивные психологи предлагают сегодня и такие методы регуляции психического состояния, как:

- ❖ ароматерапия,
- ❖ фитотерапия,
- ❖ гипноз,
- ❖ рефлексотерапия,
- ❖ психофармакология,
- ❖ чтение книг,
- ❖ психологический тренинг,
- ❖ физиотерапия,
- ❖ цветотерапия [42].

Итак, наблюдения и анализ показывают, что во время соревнований происходит повторение закономерностей, которые выявляются в ходе подготовительного периода, поэтому повышение адаптации спортсменов к увеличению физических нагрузок необходимо начинать с повышения качества психофизиологического обеспечения процесса тренировок [39].

К сожалению, мы видим, что отечественная школа подготовки спортсменов-паралимпийцев в части развития необходимых психологических навыков далека от совершенства. Это объясняется целым рядом объективных и субъективных факторов – от отсутствия высококвалифицированных психологов в паралимпийских сборных до нежелания применять передовые западные технологии, руководствуясь при этом лишь собственным околонучным пониманием психологии и наработанным тренерским опытом.

## **Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Организация исследования**

Экспериментальной базой социально-педагогического научного исследования стала ДЮСШ «Юника» г.Челябинска. Исследование проходило в 3 этапа.

Первый этап – поисково-аналитический (январь–март 2018 г.): изучение и анализ учебной и научно-методической литературы по проблеме исследования, составление литературного обзора.

Второй этап – опытно-экспериментальный (апрель–ноябрь 2018 г.): разработка и внедрение методик психоэмоциональной коррекции поведения спортсменов исследуемой группы.

Третий этап – итоговый (декабрь 2018 г.): обработка и обобщение полученных в ходе исследования данных, формулировка и конкретизация выводов, положений.

В эксперименте участвовало три спортсмена – члена паралимпийской сборной по плаванию в возрасте 18–19 лет, имеющих спортивные звания: кандидат в мастера спорта, мастер спорта России, мастер спорта международного класса. Стаж занятия в секции плавания 7–9 лет. Все участники эксперимента имеют ограничения по здоровью – детский церебральный паралич различной степени тяжести.

На этапе отбора методик коррекции нежелательных психологических состояний спортсменов-инвалидов были выбраны наиболее доступные для данной категории пловцов.

Программа психологической подготовки спортсменов представляла собой комплекс мероприятий, включенных в тренировочный и предсоревновательный период подготовки. Комплекс состоял из следующих методик:

1. Предоставление спортсменам с ДЦП возможности тренироваться в различных бассейнах с целью развития адаптивных функций организма к

внешним факторам и температурному режиму (в каждом бассейне свой состав воды и своя температура).

2. Проведение совместных заплывов со сверстниками без ограничений по здоровью. (Цель – преодоления социальной изоляции, формирования социальной компетентности, развития навыков общения с окружающими, расширения возможности произвольного взаимодействия со сверстниками, профилактики развития комплексов неполноценности собственного тела.)

3. Приглашение зрителей и болельщиков на соревнования для создания благоприятного психологического фона при помощи активного и пассивного болельщика. (Поведение болельщиков является важной частью соревновательной обстановки, игнорировать влияние болельщиков на спортсменов – значит не придавать значения одному из мощных социальных компонентов окружающей среды, в которой выступают спортсмены.)

4. Организация видеосъемки с последующим детальным разбором техники плавания и обнаружения возможных ошибок. (Метод позволяет наглядно демонстрировать технику спортсмена, ее положительные и отрицательные стороны, а также дает возможность биомеханического анализа двигательных действий участников эксперимента.)

5. Просмотр видеоуроков по плаванию. (Метод позволяет более эффективно реализовывать принцип наглядности, увеличивает скорость передачи информации, способствует развитию спортивной интуиции и образного мышления.)

6. Просмотр художественных и документальных фильмов о знаменитых пловцах и спортсменах-паралимпийцах. (Метод был выбран с целью получения спортсменом дополнительной мотивации и уверенности в собственных силах, вдохновения и настроения на победу.)

7. Детализация заплыва и визуализация победы. (Такая методика способствует концентрации, распределению и устойчивости внимания, умению переключаться, мобилизует психические процессы воображения и представления.) [45].



В ходе эксперимента все семь методов психологической подготовки использовались во время тренировочного и соревновательного процессов. При этом 1, 4, 5 и 6 методы применялись во время подготовки к соревнованиям, а 2, 3 и 7 – непосредственно во время стартов (на Чемпионате России, Кубке России, Первенстве страны, Спартакиаде).

Поскольку спортсменов такого высокого уровня подготовки чрезвычайно мало в нашем регионе, делить их на экспериментальную и контрольную группы не представлялось возможным. Было принято решение о проведении сплошного наблюдения.

Оценивать уровень психологической подготовленности и динамики ее изменения было принято на этапах начала эксперимента и его окончания.

Проведение тестирования по психологической устойчивости осуществлялось до и после тренировок, а также за сутки до соревнований. При этом до и во время проведения тренировок давались тренерские установки, приглашались болельщики и родители спортсменов и т.д.

При подготовке к учебно-тренировочным сборам с целью адаптации организма испытуемых к различным температурным условиям и внешним факторам спортсменам была предоставлена возможность тренироваться в бассейнах «Строитель», «Юбилейный» и «Ариант». Бассейны отличаются качеством и температурой воды, развитием доступной инфраструктуры для тренировок, наличием отвлекающих факторов. Все это в разной степени влияло на физическое состояние спортсменов, а психологически такие занятия были полезны для развития стрессоустойчивости.

С целью формирования социальной компетентности, развития навыков общения с окружающими, преодоления социальной изоляции за неделю до участия в Чемпионате России среди спортсменов с детским церебральным параличом были проведены совместные заплывы спортсменов с инвалидностью и их сверстников без ограничения по состоянию здоровья. Помимо коррекции ситуативной тревожности участники испытуемой группы расширяли свои возможности по произвольному взаимодействию

со сверстниками. После таких занятий и тесного общения со здоровыми пловцами Дмитрий Черняев, например, отметил, что стал чувствовать себя более раскованным и общительным, а это повлияло в том числе и на профилактику развития комплекса неполноценности собственного тела [16].

Следующим этапом психологической подготовки спортсменов было использование мультимедийного оборудования для просмотра художественных и документальных фильмов о знаменитых пловцах и спортсменах-паралимпийцах. Были отобраны фильмы: «Тренер Картер», «Золотая Николь», «Чемпионы», «Забег. Стать чемпионом-3» и др. После совместного (тренерами и спортсменами) просмотра видеофильмов проводилось их обсуждение. Целью данного этапа было придание дополнительной мотивации и уверенности спортсменам в собственных силах, вдохновения и настроя на победу в Первенстве страны. Положительный эффект от видеопросмотров отметили все участники эксперимента.

На турнире по плаванию среди инвалидов всех категорий на призы олимпийского чемпиона Вениамина Таяновича нами была организована видеосъемка всех заплывов спортсменов с последующим детальным разбором техники плавания и обнаружением возможных ошибок. Это позволило наглядно увидеть технику каждого из спортсменов, ее положительные и отрицательные стороны. А тренером и инструктором был предоставлен биомеханический анализ двигательных действий.

Просмотр видеоуроков по плаванию в ходе подготовки к Чемпионату России позволил более эффективно реализовать принцип наглядности тренировок, улучшил понимание спортсменами тренерских установок, что способствовало развитию образного мышления и спортивной интуиции. Ознакомление через видеоуроки с новым оборудованием и другими методиками стало дополнительным стимулом к саморазвитию и совершенствованию техники плавания.

Самым сложным (в первую очередь – в силу особенностей заболевания «детский церебральный паралич») для группы ребят,

участвующих в эксперименте, стал метод детализации заплыва и визуализации победы для тренировки концентрации, переключения, распределения внимания, устойчивости внимания, а также психических процессов воображения и представления. Освоение данной методики осложнялось и тем, что она была апробирована в конце сезона (декабрь), когда накопилась усталость, а также усиливалось психологическое давление в силу предстоящей подготовки к Кубку России и стремления каждого из ребят попасть в число лидеров мирового рейтинга.

Еще одним важным этапом в методике психологической подготовки пловцов-паралимпийцев стало приглашение зрителей и болельщиков на турнир по плаванию памяти знаменитого уральского пловца, паралимпийского чемпиона Альберта Бакаева для создания определенного психологического фона при помощи активного и пассивного болельничества. Приглашение на турнир незнакомых людей в качестве болельщиков стимулировало спортсменов максимально проявить себя, а их активное болельничество придавало пловцам сил и уверенности в предстоящих победах.

Спортивные психологи считают, что реакция болельщиков влияет на состояние спортсмена, так как создается положительный или отрицательный эмоциональный фон во время проведения соревнований. Это зависит от категории зрителя: состоящие из значимых для спортсмена людей реагируют положительно, незнакомые спортсмену зрители чаще пассивно наблюдают за его деятельностью, а часть зрителей реагируют отрицательно. Присутствие зрителей, поддерживающих спортсмена или его соперников, может оказать существенное влияние на результат выступления [30].

В ходе нашего исследования было установлено, что существенные изменения в деятельности спортсменов могут быть связаны с их отношением к болельщикам. Было обнаружено, например, что некоторые спортсмены лучше выполняли задачу в присутствии «неприятного» им человека по сравнению с ситуацией, когда зрителем был «друг». Выяснилось, что они стремились во что бы то ни стало показать, что могут выполнить задачу, хотя

зрители по отношению к ним не проявляли доброжелательности. Однако предсказать подобный результат не всегда возможно, ведь в таких условиях одни спортсмены улучшают свою деятельность, у других не наблюдается существенных изменений, а у третьих результаты и вовсе ухудшаются. Следовательно, чтобы избежать нарушения деятельности у спортсменов, необходимо, чтобы требуемые двигательные навыки были освоены максимально хорошо.

Зрители могут оказывать неблагоприятное воздействие на неопытных спортсменов. Следовательно, спортсменов необходимо подготовить к встрече со зрителем. Помимо информирования о возможных изменениях в их деятельности, когда они впервые начнут выступать, европейские спортивные психологи, например, предпринимают различные меры для подготовки к соревновательному стрессу. Они создают на тренировках «шум трибун» или приглашают специальных зрителей для создания помех, подобных тем, с которыми спортсмены могут встретиться непосредственно на соревнованиях. С помощью шума, выкриков и прочих способов психологи пытаются выработать у спортсменов помехоустойчивость (невосприимчивость) к подобного рода воздействиям, которые могут встретиться на соревнованиях.

Иногда психологи рекомендуют во время тренировок включать записанные на магнитофонную пленку крики болельщиков, в других случаях специально подбираются группы людей для «моделирования» условий предстоящих соревнований.

Вполне вероятно, что воспроизведение реакций зрителей может способствовать приспособлению спортсменов к внешним, поверхностным аспектам влияния во время соревнований, включая физическое присутствие и шум.

Следовательно, изучение искусственного воспроизведения реакции зрителей может способствовать приспособлению спортсменов к внешним, поверхностным аспектам влияния зрителей во время соревнований, включая физическое присутствие и шум. Изучив влияние болельщиков на

спортсменов, можно устранить проблемы, связанные с ухудшением спортивных результатов при наличии зрителей и болельщиков [30].

Таким образом, проведенный нами социально-педагогический эксперимент показал, что с течением времени действительно происходят качественные изменения и улучшение психологической устойчивости спортсменов к психотравмирующим факторам во время важных соревнований.

## **2.2 Методы исследования**

Теоретико-методологическую основу исследования составили анализ психолого-педагогической и методической литературы, анализ документации, анкетирование, тестирование, педагогический эксперимент, методы компьютерной обработки результатов. В ходе исследования для контроля психологических состояний спортсменов использовались такие методики, как тест САН и тест Райдаса.

Тест-опросник САН («самочувствие», «активность», «настроение») демонстрирует три основных аспекта психоэмоционального состояния спортсмена – самочувствие, активность и настроение [10].

Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: «самочувствие», «эмоциональный фон», «мотивация», «уровень напряженности». Данный тест оценивает состояние психоэмоциональной реакции на нагрузку для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций [17].

Тест проводился во время тренировок после выполнения определенных заданий, указаний тренера или проведенных психологических мероприятий. В ходе прохождения теста участникам необходимо было соотнести свое состояние со шкалой «3 2 1 0 1 2 3» каждой пары признаков. Цифра «0» при этом соответствовала «среднему» самочувствию, которое спортсмен не мог отнести ни к «плохому», ни к «хорошему». Находящаяся слева «1» отражала самочувствие «выше среднего», а цифра «3»

соответствовала «прекрасному» самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от центра (цифры «0»), аналогичным образом характеризовали самочувствие исследуемого, если оно «ниже среднего». Таким образом последовательно рассматривалось и оценивалось каждое из состояний на данный момент [17].

При обработке результатов оценки респондентов перекодировались следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов. При этом следует учитывать и изменение полюсов шкалы [17].

Положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. По этим баллам рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению.

При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Так, у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением [13].

Тест Райдаса (разработан Спенсером Райдасом в 1973 г.) – методика, предназначенная для диагностики степени уверенности в себе (ассертивности). В нашем исследовании тест «Уверенности в себе» являлся основным оценивающим тестом, проводившимся за сутки перед соревнованиями.

Тест Райдаса предлагает 30 утверждений, описывающих различные типы поведения. По каждому утверждению необходимо отметить степень соответствия ситуации и своего поведения в ней. Тест позволяет выявить как

крайние оценки (от «очень не уверен в себе» до «слишком самоуверен»), так и нейтральные («скорее не уверен, чем уверен» – среднее значение уверенности). Данные оценки являются маркерами для тренерской работы и корректировки психологических реакций. Тест предусматривает и оптимальный критерий «уверен в себе», к которому должен стремиться каждый спортсмен [24].

Тест САН и тест Райдаса обрабатываются при помощи on-line программы, дополняют друг друга, создавая более объективный психологический портрет спортсмена.

### Глава III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика показателей психологического состояния спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата в ходе эксперимента проанализирована с помощью компьютерной обработки результатов и представлена в виде графиков, рисунков, таблиц.

Далее приведены результаты официальных соревнований, перед которыми проводилось психологическое тестирование и апробировались методики психологической подготовки. Целью эксперимента была выработка психологической устойчивости спортсменов во время соревнований и сравнение динамики результатов проведенного психолого-педагогического эксперимента со спортивными показателями.

Таблица 1 отражает результаты заплывов Камалова Даниила на самых значимых соревнованиях прошедшего сезона.

Таблица 1 – Время прохождения дистанции. Камалов Даниил

	<b>200/400 м вольный стиль (мин.)</b>	<b>50/100 м брасс (мин.)</b>	<b>150/200 м комплекс (мин.)</b>
Краснодар 19 марта	3:38:74	1:01:86	3:01:61
Руза 10-17 мая	3:34:08	1:03:62	2:57:06
Дзержинск 11-14 октября	3:50:57	1:05:81	3:00:35
Раменское 20 декабря	3:46:17	1:03:46	2:58:82

Результаты заплывов вольным стилем и брассом к концу сезона (в октябре) несколько ухудшились по сравнению с теми, что были в первой половине года. Скорее всего, уровень ожидания у спортсмена был иной. Это не могло не отразиться на настроении пловца (что и подтвердит тест САН).

Динамика результатов заплывов Даниила Камалова более наглядно представлена диаграммой:



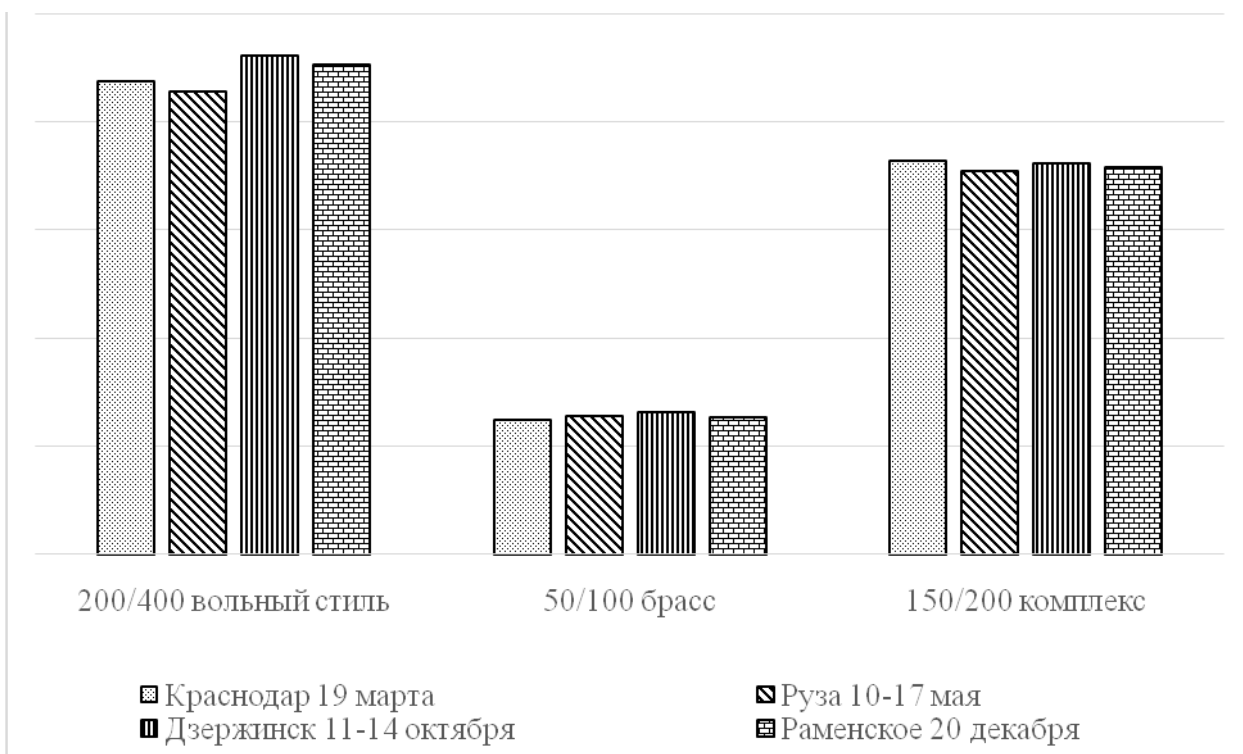


Рисунок 1 – Время прохождения дистанции пловцом Камаловым Даниилом

По методике «САН» первое тестирование проводилось в начале эксперимента, последнее – по его завершении.

Данные Даниила Камалова по шкалам «Самочувствие», «Активность», «Настроение» до начала эксперимента – более 60%. Это показатели хорошего самочувствия и настроения, а также высокой активности спортсмена (Рисунок 2).

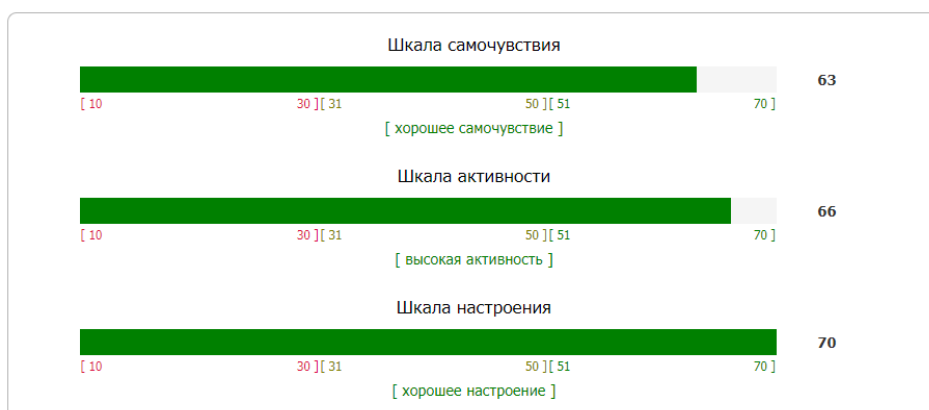


Рисунок 2 – Уровень психологической устойчивости Камалова Даниила (начало эксперимента)

В конце эксперимента показатели самочувствия и активности остались практически без изменений, а шкала «Настроение» изменилась – с 70% до 61% (Рисунок 3).

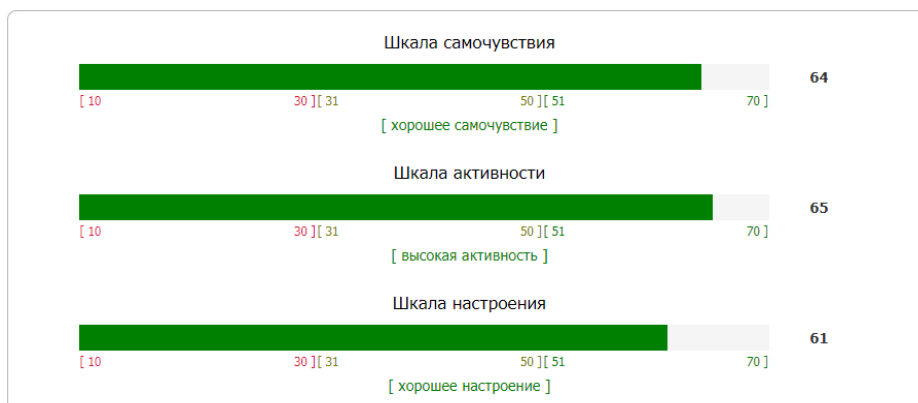


Рисунок 3 – Уровень психологической устойчивости Камалова Даниила (конец эксперимента)

Так как соотношение оценок активности, самочувствия и настроения спортсмена свидетельствует об отсутствии «накопленной усталости», то некоторое ухудшение настроения, скорее всего, свидетельствует о неудовлетворенности результатами в плавании вольным стилем и брассом (именно эти дисциплины считаются у спортсмена любимыми).

При этом результаты показателей теста Райдаса получились обратными. По шкале «уверенности в себе» Даниил Камалов обнаружил результат в 26%. Это говорит о том, что уровень общего эмоционального состояния сильно отличается от уровня ситуативной тревожности. (Ситуативная тревожность и поведение далеко не всегда напрямую коррелируют друг с другом и могут отличаться.)

После проведенного исследования тренеру и спортсмену были даны рекомендации по работе над ситуативной тревожностью, уровень которой влияет на содержание разминки перед стартом: при повышенном уровне тревожности с целью снятия чрезмерной психической активности применять метод мышечной релаксации (упражнения на расслабление мышц, движения с широкой амплитудой, ритмичные движения в замедленном, спокойном темпе), а при пониженном уровне ситуативной тревожности увеличить интенсивность разминки.

Проанализируем спортивные и психологические результаты других спортсменов. Как видно из таблицы 2, в спортивной подготовке Дмитрий Черняев показывает достаточно неплохие результаты и, если сравнить начало и конец сезона, в целом имеет тенденцию к их улучшению.

Таблица 2 – Время прохождения дистанции. Черняев Дмитрий

	<b>50 м вольный стиль (сек.)</b>	<b>50/100 м брасс (мин.)</b>	<b>50 м баттерфляй (сек.)</b>	<b>150/200 м комплекс (мин.)</b>
Краснодар 19 марта	35:64	1:38:06	38:30	2:59:89
Руза 10-17 мая	35:61	1:36:69	37:36	2:57:75
Дзержинск 11-14 октября	36:56	1:37:57	36:98	2:59:05
Раменское 20 декабря	35:38	1:37:80	37:43	3:00:24

График динамики результатов заплывов Дмитрия Черняева выглядит следующим образом (Рисунок 4):

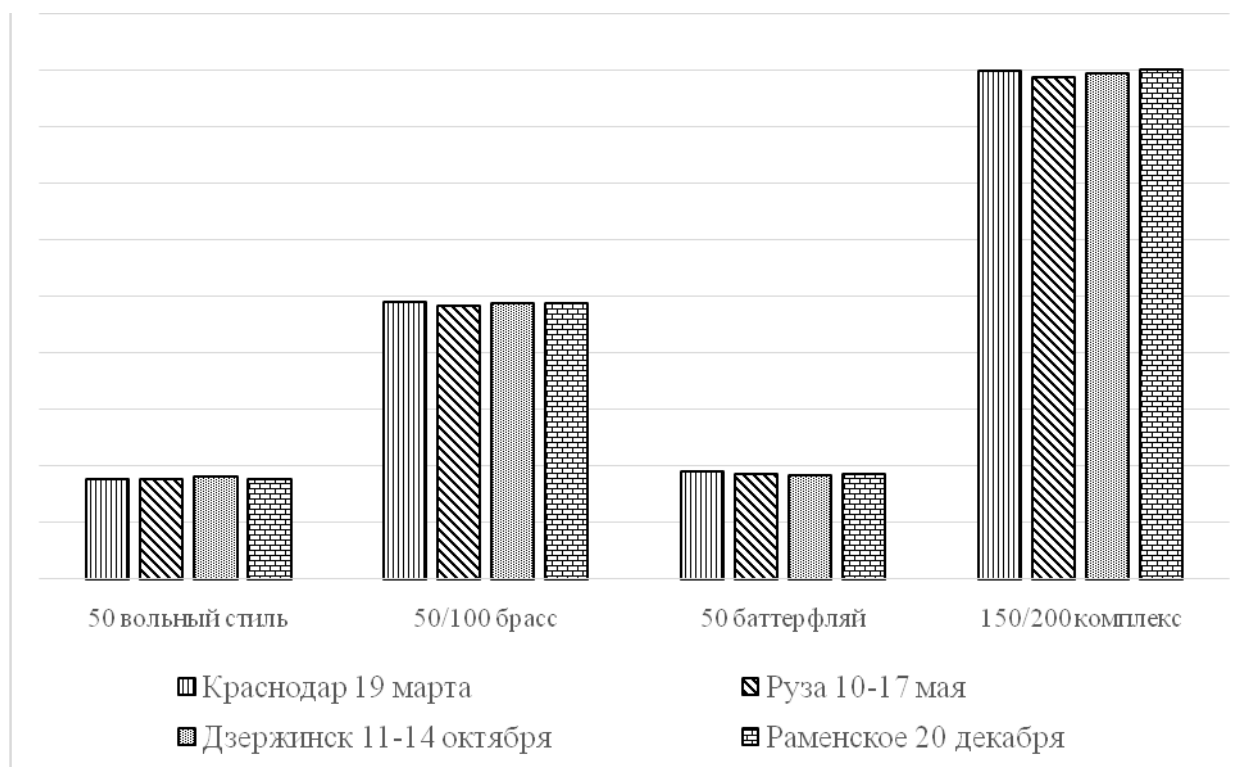


Рисунок 4 – Время прохождения дистанции пловцом Черняевым Дмитрием

Сравнительный анализ психологического состояния Дмитрия Черняева в начале и конце исследуемого периода отражен на рисунках 5 и 6.

Из рисунков видно, что в начале сезона, когда спортсмен еще не испытывал усталости, оценки активности, настроения и самочувствия были почти равны. К концу сезона настроение осталось стабильно хорошим, а вот самочувствие и активность сильно изменились: с 59% и 51% в начале года до 37% и 40% в конце года соответственно.

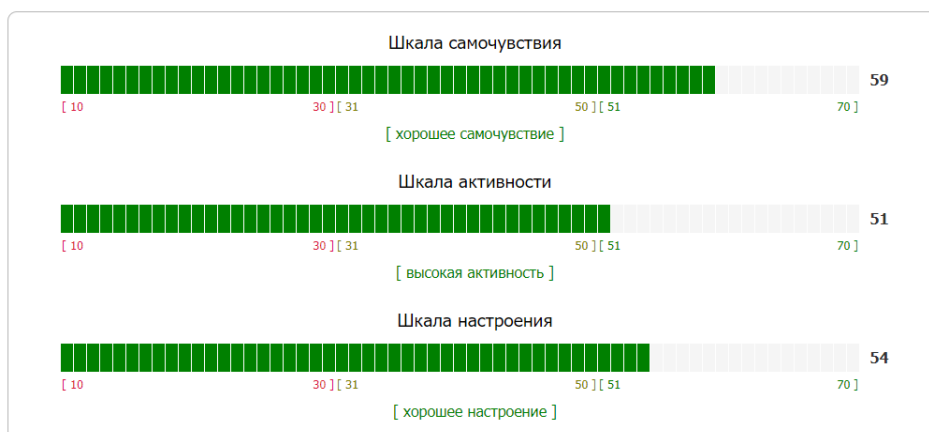


Рисунок 5 – Уровень психологической устойчивости Черняева Дмитрия (начало эксперимента)

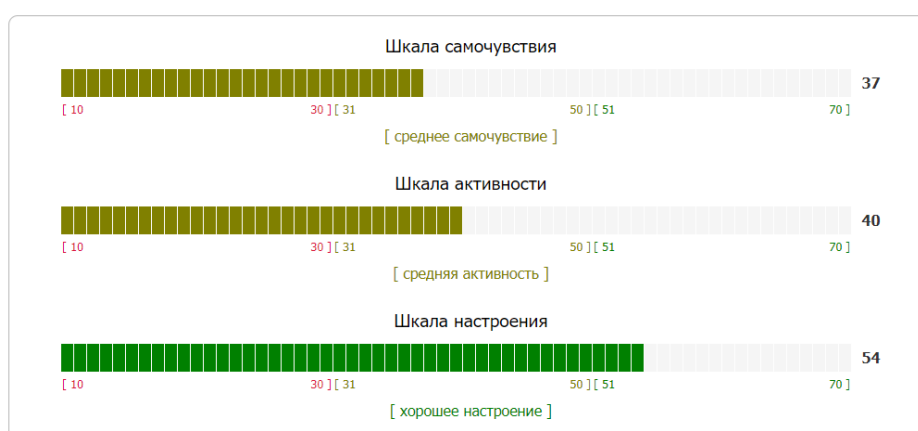


Рисунок 6 – Уровень психологической устойчивости Черняева Дмитрия (конец эксперимента)

Такое резкое изменение, скорее всего, объясняется тем, что нагрузок (соревнований) больше приходится на вторую половину года. По мере нарастания усталости соотношение между показателями изменилось за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

По итогам замеров психологического состояния Дмитрий Черняев обнаружил эмоциональную неустойчивость. На результатах, вполне возможно, отразилось то, что методика психологической подготовки у спортсменов с ограниченными физическими возможностями целенаправленно применялась впервые, и не все спортсмены смогли к ней адаптироваться.

При этом, по методике Райдаса, уровень уверенности в собственных силах у Дмитрия Черняева составил 66%, что соответствует среднему значению. Это явление можно объяснить тем, что с каждым разом степень ответственности за результат у спортсмена повышалась, больше появлялось соревновательного опыта. Кроме того, как отметил сам спортсмен, вследствие проведения целенаправленной работы над коррекцией ситуативной тревожности улучшались и показатели времени его заплывов.

Самый эмоционально устойчивый и физически подготовленный спортсмен, по итогам тестирования и времени преодоления дистанции, – Сергей Шаталов. Спортивные результаты (Таблица 3 и Рисунок 7) отражают стабильную положительную динамику.

Таблица 3 – Время прохождения дистанции. Шаталов Сергей

	<b>50 м вольный стиль (сек.)</b>	<b>100 м вольный стиль (мин.)</b>	<b>200/400 м вольный стиль (мин.)</b>
Краснодар 19 марта	36:55	1:18:87	2:54:74
Руза 10-17 мая	36:17	1:18:94	2:45:60
Раменское 20 декабря	35:99	1:17:00	2:49:86

За время эксперимента результаты Сергея Шаталова улучшились по всем показателям в среднем на 7–8%, что наглядно демонстрируется на графике прохождения дистанций.

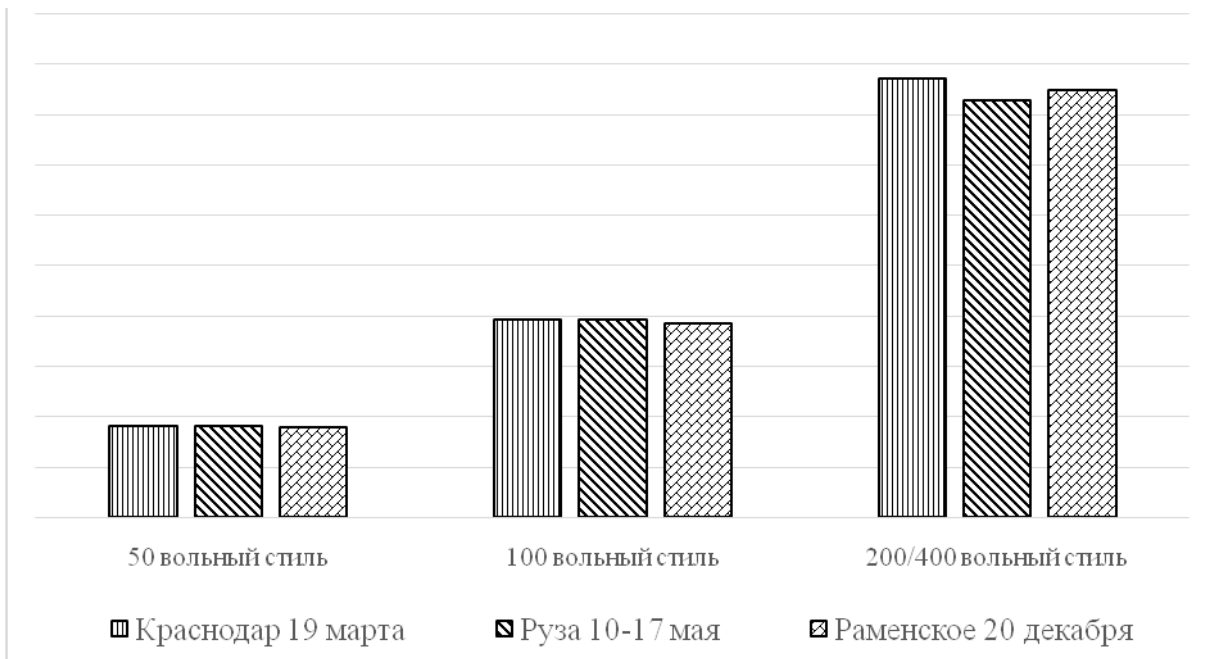


Рисунок 7 – Время прохождения дистанции пловцом Шаталовым Сергеем

Результаты психологического тестирования Сергея Шаталова по методике САН отражены на рисунках 8 и 9.

По итогам эксперимента, в течение всего сезона данный атлет проявлял хорошее самочувствие и неизменно высокую активность. При этом обнаружено значительное улучшение показателя настроения спортсмена – на 6% (с 55% до 61% из 100), что свидетельствует о его способности регулировать свои чувства и поведение, о продуктивности работы и нацеленности на результат.

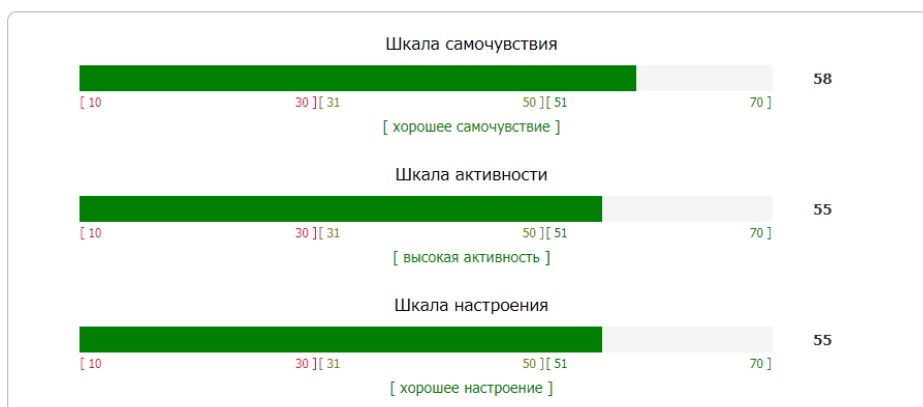


Рисунок 8 – Уровень психологической устойчивости Шаталова Сергея (начало эксперимента)

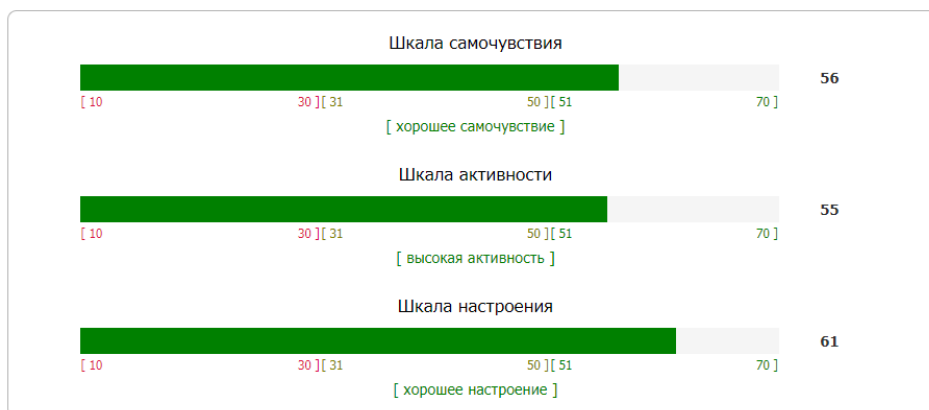


Рисунок 9 – Уровень психологической устойчивости Шаталова Сергея (конец эксперимента)

Следует отметить, что при малом количестве стартов у Сергея Шаталова наблюдается хороший потенциал психологической устойчивости, притом что некоторые тесты проводились непосредственно за сутки до начала соревнований, что само по себе уже явилось психотравмирующим фактором для других спортсменов. За время эксперимента он продемонстрировал боевую готовность, достаточно высокий уровень мотивации на деятельность, оптимальный уровень эмоционального возбуждения, адекватный уровень притязаний, трезвую уверенность в своих силах, стремление бороться до конца.

Итак, психологическое тестирование позволило выявить реакцию спортсменов на стресс. На один и тот же фактор их психика откликалась по-разному. Так, удачное выступление у одного спортсмена вызывало эйфорию, и дальше, в середине сезона, он начинал работать несколько расслабленно, что неизменно приводило к ухудшению результата. Другому спортсмену удача, напротив, придавала силы для достижения еще более высоких результатов. У одного проигрыш становился стимулом к деятельности, у другого ухудшалось настроение, снижалась активность. Чтобы нацелить такого спортсмена на победный результат, нужна помощь спортивного психолога, иногда срочная. И тренер должен это хорошо понимать, чувствовать своего воспитанника, чтобы вовремя оказать ему психологическую помощь.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная подготовка спортсмена высшей квалификации должна учитывать его психологический статус. Актуальной задачей является изучение такого статуса у спортсмена с ограниченными возможностями здоровья.

Психологические особенности инвалидов связаны с различного рода комплексами – в отношении общения с другими людьми, строения собственного тела и, соответственно, своих физических возможностей. Ощущения физической неполноценности могут изменять сознание, поведение, социальную активность. Имеющие диагноз «детский церебральный паралич» обладают гиперчувствительностью и ранимостью к внешнему воздействию. То, что для обычного человека может быть незначительным и второстепенным, для инвалида часто является решающим фактором, обуславливающим его настроение, поведение и, как следствие, успешность участия в соревнованиях. Физическую скованность и стресс можно считать главными препятствующими факторами в построении тренировочного процесса [8].

Качественная подготовка спортсмена к ответственным соревнованиям предполагает доведение до оптимального уровня всех аспектов его мастерства. Наряду с технико-тактической и функциональной подготовленностью важным элементом является психологическая готовность к эффективной соревновательной деятельности. При нарушении сферы психологической адаптации у спортсмена возникают дополнительные стрессорные факторы, снижающие моторную деятельность и вызывающие нарушение концентрации внимания. Это ведет к ухудшению спортивных результатов и увеличению риска получения травмы. Спортсмен должен знать различные аспекты психологической подготовки к соревнованиям, владеть методами психической саморегуляции, оценивать их эффективность, уметь применять психологические знания в своей тренировочной и соревновательной деятельности. Борьба с проявлениями стресса,



преодоление психологических барьеров и страхов является наиболее важной и сложной из поставленных задач [29].

Все аспекты подготовки спортсмена (функциональная, технико-тактическая, психологическая) взаимосвязаны, определить влияние каждого в отдельности на спортивный результат достаточно сложно. Тем не менее, факты указывают на то, что систематические занятия психотерапией положительно влияют в таком виде спорта, как плавание. Проведенный нами эксперимент неопровержимо это доказывает.

После эксперимента все участники отметили полезность его проведения, выразили желание включить в свою физическую подготовку как можно больше элементов психологического тренинга и работать над ситуативной тревожностью при подготовке к важным соревнованиям.

Итак, рост конкуренции, объема и интенсивности тренировочных нагрузок в паралимпийском спорте сегодня предъявляет особые требования к построению тренировочного процесса. Необходимы не только знания нозологии и функциональных возможностей атлетов, но и психологической составляющей спортсменов, учет фактора психологической устойчивости на всех этапах тренировочного и соревновательного процесса. Это в итоге приведет к облегчению работы тренера, показанию наиболее стабильных спортивных результатов и, как следствие, улучшению медального зачета страны.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алексеев, А.В. Преодолей себя / А.В. Алексеев. – М.: Физкультура и спорт, 2003. – 280 с.
2. Алмазова, С.Л. Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе занятий адаптивной физической культурой и спортом / С.Л. Алмазова, И.Н. Пушкарева // Психолого-педагогические проблемы в образовании. – 2004. – С. 52–57.
3. Бабушкин, Г.Д. Мышление спортсмена в соревновательной деятельности / Г.Д. Бабушкин // Современные проблемы физического воспитания студентов и студенческого спорта: сб. ст. и тез. междунаrod. науч.-практ. конф. – Омск: СибГУФК.– 2013. – С. 122–133.
4. Багадирова, С.К. Спортивная психология: учеб. пособие / С.К.Багадирова. – Майкоп: Магарин О.Г., 2014. – 243 с.
5. Бойко, Г.Н. Критерии психологической эффективности реализации системы психолого-педагогического сопровождения в спорте инвалидов / Г.Н. Бойко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2010. – № 2. – С. 23–26
6. Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. / под ред. Б.В. Петровского. – 3-е изд.– М.: Советская энциклопедия, 1974–1989.
7. Винник, Д.П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / Д.П. Винник.– К.: Олимпийская литература, 2010. – 608 с.
8. Гилязетдинова, Е.М. Психологические проблемы спортсменов-паралимпийцев / Е.М. Гилязетдинова. – Екатеринбург: Уральский федеральный университет, 2014. – 24 с.
9. Гросс, Н.А. Применение физических упражнений с учетом функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс // Лечебная физкультура для дошкольников и младших школьников. – 2005. – №2. – С. 26–34.

10. Доскин, В.А. Тест дифференциальной самооценки функционального состояния / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–146.
11. Дубровский, В.И. Реабилитация инвалидов-спортсменов / В.И. Дубровский. – М.: ВЛАДОС, 2011. – 376 с.
12. Евсеев, С.П. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / С.П. Евсеев, С.Х Курдыбайло А.И. – М.: Физкультура и спорт, 2010. – 488 с.
13. Загrevский, В.О. Компьютерная обработка материалов видеосъемки для анализа техники гимнастических упражнений / В.О. Загrevский // Вестник Томского гос. ун-та. – 2011. – № 351. – С. 124–127.
14. Ильин, Е.П. Психология спорта / Е.П. Ильин. СПб.: Питер, 2010. – 352с.
15. Кальсина, В.В. Психоэмоциональное состояние спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата, тренирующих силовую выносливость, в подготовительном периоде годового цикла подготовки. Проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта / В.В. Кальсина // Омск: СибГУФК. – 2016. – № 1. – С. 72–73.
16. Кальсина, В.В. Самооценка функционального состояния и тренированности спортсменами с поражением опорно-двигательного аппарата. Вопросы функциональной подготовки в спорте высших достижений / В.В. Кальсина // Омск: СибГУФК.– 2014. – С. 99–104.
17. Карелин, А.А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.А. Карелин – М.: ЭКСМО, 2007. – 416 с.
18. Каунсилмен, Д.Е. Спортивное плавание: учебник / Д.Е. Каунсилмен. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 208 с.
19. Клешнев, И.В. Анализ тренировочного процесса пловцов-паралимпийцев / И.В. Клешнев // Адаптивная физическая культура. –2009. – № 1 (37). – С. 9–11.

20. Клещенкова, В.В. Эмоциональное состояние спортсмена перед стартом. Здоровьесбережение как инновационный аспект современного образования / В.В. Клещенкова, Т.А. Сапегина // Материалы Международной студенческой электронной научно-практической конференции. – Екатеринбург: РГППУ, 2014. – С. 205–212.

21. Коляда, В.С. Комплексная реабилитация инвалидов методами и средствами физической культуры. Здоровьесбережение как инновационный аспект современного образования / В.С. Коляда, В.А. Тищенко // Материалы Международной студенческой электронной научно-практической конференции. – Екатеринбург: РГППУ, 2014. – С. 212–215.

22. Курдыбайло, С.Х. Плавание как средство двигательной реабилитации инвалидов после ампутации конечностей / С.Х.Курдыбайло, В.Д. Богатых // Теория и практика физической культуры. – 1998. – № 1. – С. 48–51.

23. Кутимский, А.М. Информационные и коммуникационные технологии в учебно-тренировочном процессе А.М. Кутимский, Е.С. Иванченко, Д.А. Феоктистов // Физическая культура и спорт в структуре профессионального образования: ретроспектива, реальность и будущее: сб. мат. межвед. круг. стола – Иркутск: Вост.-Сиб. инст. МВД РФ, 2017. – С. 315–318.

24. Марьясова, Д.А. Психофизиологическая оценка функционального состояния спортсменов-паралимпийцев / Д.А. Марьясова, Е.В. Линде, З.Г. Орджоникидзе // Спортивная медицина. – 2011. – № 10 (94). – С. 27–31.

25. Марьясова, Д.А. Психофизиологические особенности высококвалифицированных спортсменов-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата. / Д.А. Марьясова, Е.В. Линде // Наука и спорт: современные тенденции. – 2015. – № 1. – С. 51–55.

26. Махмутова, Р.Р. Методика регуляции ситуативной тревожности высококвалифицированных пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата в подготовительной части тренировочного занятия: дис. на соиск. уч. ст. канд. пед. наук / Р.Р. Махмутова. – Уфа, 2015. – 171 с.

27. Медведева Е.В. Особенности проявления и причины возникновения тревожностей у детей с церебральным параличом / Е.В. Медведева // Вестник Адыгейского гос. ун-та. Серия 3 «Педагогика и психология». – 2009. – № 4. – С. 239–243.

28. Назаренко Ю.А. Гидрореабилитация и паралимпийское плавание / Ю.А. Назаренко // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 4. – С. 9–10.

29. Основы специальной педагогики и психологии: учебное пособие / Н.М. Трофимова, С.П. Дуванова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. – СПб.: Питер, 2006. – 304 с.

30. Петров, С.В. Влияние зрителей и болельщиков на соревновательную деятельность спортсменов. / С.В. Петров, А.С. Сасик // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2008. – С. 34–37.

31. Предпрофессиональная программа физкультурно-спортивной направленности по плаванию лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) / сост. М.С. Дементьева. – Тюмень, 2018.

32. Приложение к Письму Минобразования и науки РФ «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования» от 27.06.2003 № 28-51-513/6.

33. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С. 11–18.

34. Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие / И.Ю. Левченко, Е.М. Маслюкова, С.Н. Шаховская; под ред. И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 320 с.

35. Родионов, А.В. Влияние психологических факторов на спортивный результат / А.В. Родионов. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 112 с.

36. Сергеев, О.В. Методика формирования стрессоустойчивости у легкоатлетов-спринтеров на этапе углубленной специализации / О.В. Сергеев // Теория и практика физ. культуры. – 2012. – № 8. – С. 34.

37. Сергеев, О.В. Методика формирования стрессоустойчивости у легкоатлетов-спринтеров. Совершенствование системы физического воспитания, спортивной тренировки, туризма и оздоровления различных категорий населения / Сергеев О.В., Манжелей И.В. // Сб. мат-лов XVI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2017. – С. 459–464.

38. Сладкова, Н.А. Типовая программа спортивной подготовки спортсменов-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по плаванию / Н.А. Сладкова; Паралимпийский комитет России. – М.: Советский спорт, 2013. – 120 с.

39. Уэйнберг, Р.С. Основы психологии спорта и физической культуры: учебник / Р.С. Уэйнберг, Д. Гоулд. – Киев: Олимпийская литература, 1998. – 336 с.

40. Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта плавание, утвержденный приказом Минспорта России от 3 апреля 2013г. №164.

41. Халилуллин, Ф.Ф. Стресс как фактор спортивной деятельности и его учет в тренировочном процессе / Ф.Ф. Халилуллин, Р.В. Габдреев // Актуальные проблемы физической культуры и спорта курсантов и слушателей: сб. ст.– Орел: Орловский юр. ин-т МВД РФ, 2017. – С. 206–210.

42. Хан, Э. Предстартовые стрессовые состояния и их регуляция / Э. Хан // Психический стресс в спорте: материалы второго Всесоюзного симпозиума. – 1983. – С. 222-237.

43. Чичуа, Д.Т. Психологическая подготовка спортсменов. Инновационные технологии: метод. пособие / Д.Т. Чичуа. – М.: Изд-во «МедиаЛабПроект», 2008. – 114 с.

44. Швец, Р.Р. Психологическая подготовка высококвалифицированных пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата / Р.Р. Швец // Физическое воспитание и спортивная тренировка – 2016. – № 4 (18). – С. 78–86.

45. Шелков, О.М. Опыт психологической подготовки паралимпийцев к Ванкуверу / О.М. Шелков, А.К. Дроздовский, И.А. Громова, А.И. Гладышев, Я.В. Голуб. // Адаптивная физическая культура. – 2011. – №1 (45). – С. 41–43.

46. Международный Кодекс Паралимпийского комитета. – <http://www.rezept-sport.ru/info/doc/002.pdf>.

47. Методические рекомендации для коррекции психологического и эмоционального состояния московских спортсменов в олимпийских видах спорта во время учебно-тренировочного и соревновательного этапов спортивной подготовки. – <http://www/sportfiction.ru>.

48. Правила по функциональной классификации в плавании лиц с поражением опорно-двигательного аппарата. – <https://www/paralymp.ru>.

49. Психологическая подготовка пловцов. – <http://www/dvorsportinfo.ru/articles/psihologiches-kaya-podgotovka-plovcov>.

50. Martin Jeffrey J. Athletes with physical disabilities /Jeffrey J. Martin // Routledge Handbook of Applied Sport Psychology/2010. – С. 432–441.