**РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблеми застосування іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей із захворюванням Літтла**

 **1.1. Поняття і сутність іпотерапії**

Про користь верхової їзди для здоров’я людини було відомо з античних часів. Так, ще Аристотель (384 – 322 рр. до н. е.) у своїх працях відмічав позитивний вплив верхової їзди на загальний тонус організму вершника. Гіппократ (560 – 377 рр. до н. е.) помітив, що поранені й хворі видужують швидше, якщо їздять верхи. Він писав зокрема, що окрім загального позитивного впливу спостерігається значний психологічний ефект від занять верховою їздою, що вона особливо корисна для меланхоліків, оскільки звільняє їх від «чорних думок» і викликає думки «веселі та ясні».

Багато відомих у минулому лікарів і філософів прагнули зрозуміти й пояснити, що відбувається з людиною, яка сидить на коні верхи чи рухається на ньому. З розвитком медицини, анатомії та фізіології лікарі дедалі більше стали звертати увагу на феномен стосунків «людина - кінь». Професор Падуанського університету, анатом, лікар, фізіолог Санторіо Санторіус наприкінці ХVІІ ст. цікавився тим, на які органи людини верхова їзда впливає найбільший. На думку іншого лікаря минулого Томаса Сіденгаме, не існує іншого такого ефективного, могутнього й широко застосованого терапевтичного засобу, як верхова їзда.

Французький філософ Д. Дідро (1713 – 1784), узагальнюючи дослідження сучасних йому наук, у 1751 р. написав трактат «Про верхову їзду і її значення для збереження здоров’я та його відновлення». У цьому підкреслюється неабияка користь для людського здоров’я від їзди верхи.

У 1888 р. французький лікар Коліне узагальнив уявлення про вплив верхової їзди на організм людини, які склалися наприкінці ХІХ ст. Він писав, що деякі автори відносили верхову їзду до пасивних, на зразок руху в кареті або човні. Це помилковий погляд, оскільки дія верхової їзди на організм вершника розкладається на низку механічних поштовхів, повторюваних гойдань, обережних, розмірених і швидких м’язових скорочень, а також швидких і сильних рухів. У результаті посилюються кровообіг та обмін речовин.

Однак впродовж тривалого часу не приділялася увага верховій їзді як терапевтичному заходу реабілітації хворих у медичній практиці. Лише за останні 30 – 40 років спочатку в країнах Скандинавії, а згодом у Німеччині, Франції, Нідерландах, Швейцарії, Грузії, Великій Британії, Польщі набуває поширення лікування й реабілітація інвалідів кінною верховою їздою.

Імпульсом для лікарів і науковців Європи до використання верхової їзди з реабілітаційною метою стало захворювання молодої датчанки Ліз Хартел на поліомієліт, що в такому віці буває вкрай рідко в медичній практиці. До захворювання Л. Хартел займалася кінним спортом. Прикута хворобою до інвалідного візка, вона втратила будь-яку надію перемогти її. Одного разу лікар-фізіотерапевт Елізабет Бодікер запропонувала їй абсурдний, на перший погляд, засіб реабілітації - верхову їзду. І Ліз видужала, повернулася до своєї улюбленої справи - кінного спорту і в 1952 р. на Олімпійських іграх у Хельсінкі виборола срібну медаль з виїздки.

Після цього надзвичайного успіху Е. Бодікер стала використовувати верхову їзду і для лікування молодих інвалідів у Норвегії. В популяризації цього способу реабілітації хворих відіграла велику роль і сама Л. Хартел, яка виступала з переконливими промовами спочатку в Скандинавських, а згодом і в інших країнах Європи. Її виступи в засобах масової інформації, спілкування з лікарями і хворими, численні публікації та яскраві приклади із свого власного життя не могли не привернути увагу громадськості до впровадження в медичну практику гіпотерапії. Як наслідок цієї наполегливої праці, в 1953 р. за сприяння норвезьких владних структур було відкрито центр лікувальної верхової їзди для дітей-інвалідів. Досить швидко такі заклади почали функціонувати в країнах Європи і США.

У 1977 р. доктор Вольфган Хайперц (Німеччина) видав книгу «Ліквальна верхова їзда, медицина, освіта і спорт», у якій чітко визначив сфери застосування іпотерапії. На його думку, такими сферами є медицина, психологія, освіта і мистецтво верхової їзди. Німеччина стала однією з провідних країн, що розпочала вдосконалення організації й ефективне застосування райдтерапії (райд - верхова їзда). Німецькі спеціалісти розробили чіткі вимоги до лікаря-фізіотерапевта, конярів і коней, яких використовують із зазначеною метою. Верхову їзду як метод лікування хворих офіційно визнала Німецька фізіотерапевтична асоціація.

Значного розвитку іпотерапія набула у Великій Британії. Тут у 1994 р. у 727 клубах пройшли реабілітацію 24 725 інвалідів, серед яких 15 147 осіб, молодших за 18 років, 4443 - з діагнозом церебрального паралічу, 519 - сліпих, 12851 - з важкою і середньою формами інтелектуальної недостатності, 1076 - хворих на аутизм, 233 - на розсіяний склероз та інші захворювання. На цих пунктах для лікувальної їзди використовують коней, поні й віслюків - усього 4957 голів. Патронат їх очолює принцеса Анна, яка ставиться до цієї діяльності не формально і надає реальну підтримку й допомогу.

У Франції підготовку спеціалістів з іпотерапії здійснює Паризький університет спорту і здоров’я.

У Сполучених Штатах Америки перші осередки іпотерапії були започатковані ще в 60-ті роки минулого століття. Так, у 1968 р. сестра президента Дж. Кеннеді Юніс Кеннеді-Шрайвер, у якої народилася дитина з синдромом Дауна, запропонувала програму занять кінним спортом і проведення регулярних олімпіад (чемпіонатів) для спортсменів-інвалідів. У 1982 р. у США створено лікувальні структури, орієнтовані на професійну компетентність, аналогічно тим, що діяли того часу в Німеччині.

Наприкінці 80-х років ХХ ст. іпотерапія вже мала прихильників в Австралії. У 1999 р. виповнилося 20 літ від дня створення в цій країні асоціації кінного спорту для інвалідів. У 2002 р. 125 клубів лікувальної верхової їзди мали 477 професійних тренерів, які піклувалися про здоров’я 4533 інвалідів.

Серед країн СНД найбільших успіхів у розвитку іпотерапії досягнуто в Грузії. Вона набула тут визнання й розвитку за ініціативи колишнього спортсмена-вершника Д. М. Цверави, котрий після закінчення Тбіліського медичного інституту захистив дисертації на тему «Профілактика і лікування сколіозу кінним спортом». Підготовка спеціалістів з лікувальної верхової їзди здійснюється на спеціальній кафедрі медичної академії післядипломної освіти (завідувач - проф. Д. М. Цверава). Професіоналізм персоналу та організація лікування інвалідів тут відповідають сучасним європейським вимогам.

Іпотерапія – всесвітньо визнаний метод реабілітації після різноманітних захворювань, досягнення стійкої ремісії та соціальної адаптації. Іншими словами – це лікування за допомогою верхової їзди на коні під наглядом лікаря іпотерапевта або ж спеціально навченого інструктора верхової їзди.

Унікальність такої терапії полягає в одночасному фізичному, психологічному та емоційно позитивному впливах на пацієнтів із неврологічними, психічними, фізичними та іншими серйозними порушеннями. Про те, що коні можуть лікувати, перший здогад належить Гіпократу, лікарю часів Стародавньої Греції, який стверджував, що безпосередній контакт з цими тваринами допомагає хворим людям одужати набагато швидше та результативніше. За його виразом, верхова їзда звільняє хворих людей від темних думок і викликає світлі, веселі та позитивні емоції.

Проте пильну цікавість до подібної терапії медики-реабілітологи почали проявляти лише в другій половині ХХ століття. Найбільший розвиток цей вид лікування отримав в країнах Західної Європи, Скандинавії, США, Польщі, країнах Балтії та в Україні. Зараз іпотерапію застосовують в 45 країнах світу як додатковий метод лікування, і вона є офіційно визнаним видом лікування, в той час як в інших країнах вона належить до альтернативної медицини. Найчастіше іпотерапію використовують для фізичної та соціально-психологічної реабілітації дітей та дорослих із захворюваннями нервової системи та опорно-рухового апарату, психічними відхиленнями у розвитку.

В останні роки лікарі інтенсивно застосовують в практику одужання хворих людей методи зоотерапії. Широко відомі ‟терапевтичні” здібності кішок, собак, морських свинок, коней і т.д. Одним з різновидів зоотерапиї є метод іпотерапії.

Іпотерапія (від грецького “hippos” – кінь), метод лікування, заснований на взаємодії людини і коня, спеціально тренованого до можливостей хворого в опануванні верхової їзди. Діапазон захворювань, за яких забезпечується швидше і повне, порівняно з традиційним лікуванням, видужування, або стійке поліпшення стану хворого, досить широкий.

Ефективно лікуються іпотерапією шлунково-кишкові захворювання, хвороби і травми опорно-рухового апарату, серцево-судинні порушення, після хірургічних операцій, при простатих, остеохондрозах, із неврологічними порушеннями різної етіології, розсіяним склерозом, олігофренія, дитячий церебральний параліч.

Позитивний вплив іпотерапії на здоров’я людини виявляється завдяки тому, що їзда верхи вимагає постійного тренування базових рефлексів, що передбачають відповідну участь м’язів тіла, а це відіграє велику роль у лікуванні пацієнтів, які страждають на порушення функцій опорно-рухової системи і системи керування рухами (наприклад, при дитячому церебральному паралічі).

Під час лікувальної верхової їзди тіло розгойдується у трьох вимірах: вліво-вправо, вперед-назад, вгору-вниз. Починають працювати вражені хворобою групи м’язів і нервові структури. Це розвиває у хворих на параліч рухливість, відчуття рівноваги, координацію рухів.

У процесі верхової їзди в роботу включаються всі основні групи м’язів тіла. Це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки вершник, рухаючись разом з конем, інстинктивно прагне зберегти рівновагу, аби не впасти, тим самим спонукаючи до активної роботи як здорові, так і уражені м’язи, не помічаючи цього. Механізм дії іпотерапії на організм людини такий самий, що й будь-якої іншої форми лікувальної фізкультури – під впливом фізичних вправ посилюються функції вегетативних систем. Одночасно з розслабленням ніг йде зміцнення м’язів спини та їхня гармонізація. Для збереження рівноваги на коні необхідна пряма посадка, нахил у будь-який бік веде до сповзання у цьому напрямі. Таким чином, при русі слаборозвинені м’язи формуються і зміцнюються, а закріпачені – розслабляються. Іпотерапія унікальна тим, що навантаження одних м’язів і розслаблення інших йде одночасно.

Іпотерапія – це метод відновного лікування, який передбачає виконання спеціальних вправ верхи на коні. Даний метод широко використовується в світі в комплексному відновному лікуванні хворих з органічною неврологічною патологією та змінами з боку опорно-рухового апарату.

Іпотерапія, як одна з технологій соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями, є комплексним багатофункціональним методом реабілітації. По суті, іпотерапія – є не що інше, як форма лікувальної фізкультури (ЛФК), де як інструмент реабілітації виступають кінь, процес верхової їзди і фізичні вправи.

Сутність іпотерапії. Їзда верхи дає добре фізичне навантаження всім групам м’язів, спонукаючи їх до поперемінного скорочення і розслаблення. Поступово відбувається покращення або й відновлення втрачених навичок з порушеними функціями. Розвивається координація, рівновага, поліпшується фізична форма. Заняття спонукають до досягнення емоційної гармонії.

Іпотерапія має лікувальний ефект не лише від їзди на коні, але й завдяки безпосередньому контакту та спілкуванню з твариною, а також від догляду за нею. Такий комплекс допомагає усунути стресовий стан, позбутися напруги, почуття страху або тривоги. Іпотерапевтичні заняття допомагають розвинути такі особистісні якості як уважність, чуйність, швидкість реакції, подолання страхів, набуття впевненості, позбавлення агресивності, збудливості та замкнутості.

Позитивний вплив на організм:

-активує рухову активність, оскільки задіює всі групи м’язів, в тому числі й уражені хворобою, поступово привчає хворого до фізичних навантажень.

-відновлює втрачені навички і порушені функції, а також сприяє виробленню нових.

-покращує координацію рухів, а при гіперкінезах (зокрема при ДЦП, хворобі Паркінсона та їм подібним) зменшує наявність та амплітуду мимовільних рухів.

-покращує кровообіг, адже температура тіла коня на 1-2 градуси вища, ніж в людини.

-здійснює унікальний мікромасаж кінцівок вершника – м’язи пасивно скорочуються тому, що вони притискаються до коня, який рухається.

-зприяє поліпшенню роботи нервової та ендокринної систем, що в свою чергу позитивно впливає на роботу внутрішніх органів.

-сприяє психологічній та соціальній адаптації хворого, допомагаючи подолати страх, невпевненість, позитивно впливає на мотивацію та волю, позбавляючи від почуття неповноцінності, безпорадності і ряду психологічний комплексів.

-задовольняє психоемоційну потребу в контакті і прихильності до домашніх тварин, тренує вольові процеси і навички спілкування не тільки з твариною, а й з людьми.

Перебування на свіжому повітрі та контакт з природою мають відомий загальнооздоровчий ефект. При їзді на коні м’язи спини тварини здійснюють тривимірні рухи, тим самим масажують м’язи ніг – внутрішню сторону стегон, литкові м’язи, гомілкоово-ступневий суглоб, пахвинну ділянку. Вершник, намагаючись сидіти на коні надійно і зручно, змушений щільніше притискати ноги до коня, що збільшує силу впливу на його м’язи. У процес їзди включаються всі основні групи м’язів. Це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки вершник-хворий, рухаючись разом з конем, інстинктивно прагне зберегти рівновагу, аби не впасти, спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені м’язи, не помічаючи прикладених до цього зусиль.

При сильному спастичному зведенні ніг, хворі, найчастіше – діти, часто не в змозі сісти на коня глибоко, тому заняття починають напівлежачи, відхиливши тіло назад і розмістивши ноги ближче до шиї коня. Таке положення зручне для ніг, але не зручне для дитини в цілому. Поступово дитина прагне сісти прямо, оскільки тільки в цьому положенні зможе самостійно триматися на коні, і їй доводиться опускати ноги нижче.

Хворий, самостійно змінюючи своє положення і поступово випрямляючись, прагне сісти глибше, що є одним з найважливіших принципів іпотерапії як методу фізичної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Дитина сама прагне подолати недуг і бачить результат своєї боротьби: стає зручніше сидіти, з’являється можливість керувати конем. Під час руху коня тулуб вершинка виконує ті ж самі рухи, що й при ходьбі. Окрім масажу ніг і сильної внутрішньої мотивації до занять, існують ще два чинники, що сприяють зменшенню спастичності.

 По-перше, це тепло тіла коня.

По-друге – відсутність внутрішньої напруги, яка іноді спостерігається у дитини під час лікувального масажу, коли навантаження на м’язи залежить від масажиста.

На коні дитина вибирає навантаження самостійно: вона вдосконалюється поволі, плавно і постійно. Одночасно з розслабленням ніг відбувається також і зміцнення м’язів спини та їхня гармонізація. Для збереження рівноваги на коні необхідна пряма посадка, нахил у будь-який бік веде до сповзання. Таким чином, при русі слаборозвинені м’язи формуються та зміцнюються а скорочені – розслабляються.

Перелік захворювань при яких корисна іпотерапія, дуже великий, однак найбільше її застосовують для реабілітації при перелічених нижче патологіях. Захворювання нервової системи з руховими порушеннями (паралічі, ДЦП, наслідки перенесеного енцефаліту, інсульту, поліомієліту та інші). Деякі психічні захворювання і відхилення у розвитку (неврози, аутизм, синдром Дауна, олігофренія, глухота і сліпота, певні види шизофренії і т.д.). Реабілітація після травм та операцій. Захворювання внутрішніх органів (дискінезія органів травлення, вегето-судинна дистонія, енурез, хронічні запальні захворювання статевої системи).

Захворювання опорно-рухового апарату (остеохондроз, артроз і артрит в стадії компенсації, сколіоз першого ступеня, аномалії розвитку, порушення постави). Порушення соціальної адаптації. Довіра до коня допомагає вибудовувати відносини не тільки з твариною, але із задіяними людьми, відбувається поступове залучення до громадського життя, що особливо важливо для людей з обмеженими можливостями. розширення соціальних контактів. Однак, іпотерапія при всій своїй позитивності має певні протипоказання:

-ламкість та крихкість кісток – остеомієліт, остеопороз.

-гемофілія.

-епілепсія.

-алергія на шерсть коня.

-гострі форми неврологічних, психічних та серцево-судинних захворювань.

-сколіоз третього та четвертого ступенів.

Умови для занять іпотерапією:

-бажання, можливість та активна участь хворого і родичів у іпотерапевтичних сеансах.

-лікарський контроль за адекватністю та ефективністю навантажень під час занять, а також їх корекція при потребі.

-комплексне використання інших методів лікування під час проведення курсу іпотерапії.

Іпотерапія – це не лише метод лікарської реабілітації при важких захворюваннях, але й прекрасний спосіб боротьби зі стресами, при перенавантаженнях як фізичних, так і психологічних. Адже більшість людей ведуть сидячий спосіб життя, а терапія такого виду допоможе в профілактиці більшості захворювань опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи. Тому важливим є не просто лікування, а й профілактика можливих захворювань.

Тривалість сеансів варіюється залежно від хвороби, фізичної підготовки вершника. На заняттях беруть участь провідник коня, інструктор і один-два страховика, якщо тяжкість захворювання вимагає особливих запобіжних засобів. Все ж таки управляти тваринам вершник повинен самостійно, щоб йшов процес подолання власних комплексів і страхів. Інструктор задає різні вправи, в яких повинні застосовуватися фізична сила, кмітливість і фантазія. Навантаження дають цілеспрямовано, наприклад, підтягнувши або послабивши стремена.

Підготувати коня для іпотерапії може лише професіонал-кіннотник, який знає, що кінь, який лікує, повинен бути сам абсолютно здоровим, а також добродушним і слухняним і повністю довіряти людям [1]. Доведено, що за цими характеристиками кращими є такі породи коней: гуцульська, арабська, новоолександрівська ваговозна та інші з сильним врівноваженим типом вищої нервової діяльності [2]. Підбирають коней старшого віку (7-10 років) переважно меринів і кобил, які мають характерний екстер’єр: невисокі, розтягнуті, з широкою спиною, з кроком на рисі – 80-90 см, крок – 68-76 см, міцні кінцівки, але основне – врівноважений норов.

Таким чином, механізм взаємодії “людина-кінь” треба ретельно вивчати, а для збереження здоров’я нації мати фінансову допомогу держави на розвиток іпотерапії, реабілітаційних центрів та кінного спорту для інвалідів.

У Європі іпотерапія стала розвиватися інтенсивно в останні 30-40 років: спочатку в Скандинавії, потім в Німеччині, Франції, Голландії, Швейцарії, Грузії, Великобританії, Польщі. Даний метод лікування був визнаний Німецькою фізіотерапевтичною асоціацією (Deutsche Verband für Physiotherapie – Zentriverband der Krankengymnasten). Науковим обґрунтуванням дії іпотерапії на організм в кінці ХІХ сторіччя займався французький лікар Перон, який стверджував, що сприятливий вплив верхової їзди на організм полягає, зокрема, в активізації кровообігу, рухової і дихальної функції.

У Норвегії Елізабет Бодікер (Elizabet Bodiker), що застосовувала протягом 9 років іпотерапію в заняттях з колишньою спортсменкою-кіннотницею Ліз Карел, не тільки досягла майже повного виліковування, але і зробила можливою її участь в Олімпійських іграх у Хельсинки (1952 р.). Е. Бодікер стала в порядку експерименту садити на коня інших молодих інвалідів. Успішні результати викликали в Норвегії сенсацію. Норвезькі власті погодилися на відкриття в 1953 році спеціального центру лікувальної верхової їзди (ЛВЇ) для дітей-інвалідів. Центром по іпотерапії стали відкриватися в багатьох країнах світу. У США сьогодні працює більше 1000, а у Великобританії близько 700 груп, в яких оздоровляються більше 26 тис. чоловік. У Франції займаються підготовкою фахівців з іпотерапії: відкритий факультет іпотерапії в Паризькому університеті спорту і здоров’я. У Тбілісі в Грузинській медичній академії відкрита кафедра ЛФК і райттерапії.

У 1972 р. у Франції відбулась перша міжнародна зустріч фахівців з ЛВЇ, які представляли країни Європи та США. Наступна зустріч відбулася в 1974 році в Парижі і отримала статус міжнародного іпотерапевтичного Конгресу, який проводиться кожні три роки. Питанням іпотерапії був присвячений спеціальний конгрес у Гамбурзі в 1982 році, а у 1991 році на VII Міжнародному конгресі в Аарі (Німеччина) булла затверджена Міжнародна Федерація верхової їзди для інвалідів (FRDI – Federation of Riding for the Disabled International) та згодом і Устав FRDI [17].

В Україні, за даними фахівців, зараз майже 30 тис. дітей хворі на церебральний параліч. Лише в Києві таких приблизно півтори тисячі. І ці цифри з кожним роком збільшуються. Поки що Мінздрав України відносить іпотерапію до нетрадиційних методів лікування.

На сьогодні єдиний іпотерапевтичний центр знаходиться в Києві на території Експоцентру, директор якого Олена Петрусевич має патент на методику занять іпотерапією, а курує програму занять з пацієнтами лікар Ірина Федорівна Осєтрова. Лише тут можуть лікувати по справжньому.

Незважаючи на велику популярність іпоцентру, він має достатньо проблем і сама головна з них – наявність інструкторів. На думку самої О. Петрусевич, нині в Україні не існує жодного учбового закладу, який би готував реабілітологів з іпотерапії. Сучасні інструктори іпоцентру – це студенти-волонтери різних ВУЗів, котрі бажають навчитися їздити верхи і в той же час працювати з дітьми. Всі необхідні знання і навики вони отримують тут від свого керівника і нажаль в більшості випадків працюють на добровільних засадах [4].

 **1.2. Методи використання іпотерапії**

За думкою К.А. Семенової, у великої кількості пацієнтів, які з самого дитинства знаходяться в будинках дитини та спеціалізованих інтернатах, розвиток такого роду розладів пов'язаний з психічною депривіацією, а соціальна ситуація, що склалася, зумовлює вказані особливості поведінки осіб з церебральним паралічем. Труднощі, з якими стикаються особи з церебральним паралічем, настільки серйозні, що для багатьох вони стають нездоланними на шляху їх соціальної адаптації. Ці особи поступово втрачають надію влаштуватися на роботу, усамітнюються, відчувають свою непотрібність та вимагають підвищення групи інвалідності.

 Велику небезпеку в цій ситуації являє песимістична точка зору на можливості осіб з церебральним паралічем, що міцно вкоренилася у свідомості багатьох медичних та соціальних працівників. Особливо важкою та малоперспективною у відношенні відновлення та розвитку рухових, психічних та мовних функцій вважається пізня резидуальна стадія церебрального паралічу [8].

Більш прогресивною, нам здається, точка зору тих реабілітологів та лікарів, які вважають, що "нездатність пацієнта досягнути відповідних цілей - це поразка не пацієнта, а персоналу, що не створив відповідну програму реабілітації, яка б відповідала потребам пацієнта". Навіть особи з церебральним паралічем, що мають важку ступінь рухових порушень, при створенні визначених умов можуть знайти застосування своїм обмеженим можливостям.

Провідні закордонні лікарі та реабілітологи, розглядають церебральний параліч не тільки як патологічний стан, але і як сукупність обставин, в яких примушена жити людина. Вважається, що необхідно запропонувати людині такі види допомоги, які б дозволили їй пристосуватися до обставин свого стану та жити максимально повноцінним життям. А реабілітолог в подальшому повинен спостерігати за станом пацієнта до досягнення ним можливого рівня реабілітації рухових та соціальних функцій. У теперішній час для лікувального, оздоровчого та соціально-педагогічного колекційного впливу на осіб з церебральним паралічем використовується комплекс різнопланових засобів та методів [10].

Реабілітація за методом Бобата. Метод розроблений чеським фізіотерапевтом та нейрофізіологом Бобатом та його жінкою, фізіотерапевтом, Бертою. Вони почали публікувати свої роботи з 1944 р. У процесі лікування дітей з церебральним паралічем було встановлено, що фізіологічний розвиток довільних рухових паттернів має місце у визначені періоди росту. Ці дані дозволяють прогнозувати відставання у розвитку при діагностиці церебрального паралічу у немовлят. Реабілітацію необхідно починати якомога раніше, оскільки вона перешкоджає розвитку порушень. Визначені нервово-м'язові функції повинні бути задіяними у відповідності до стадії розвитку дитини (проходити паралельно фізіологічному розвитку особистості). Цей метод можна також застосовувати і для дорослих, наприклад, у випадках рухових порушень при запальних, дегенеративних змінах чи після травм.

Неправильна постава, пов'язана з неврологічними порушеннями, може бути відкоригована шляхом нормалізації м'язового тонусу. Для цього необхідні ґрунтовні знання фізіології, технічна підготовка та спостережливість з боку реабілітолога. Виходячи з положення, найбільш зручного для пацієнта, для нього формуються нові рухові паттерни. Нові рухи напрацьовують та стимулюють з допомогою ретельно відібраних, мобілізуючих пацієнта, рухових імпульсів. Ритмічні повторення визначеного руху протягом тривалого часу призводять до закріплення їх та можливості адаптації пацієнта до рухового самоконтролю [13].

Реабілітація за методом Кабата. Методи американського нейрофізіолога та терапевта Кабата були вперше описані в 1945 р. Теорія їх заснована на тому, що стимуляція за допомогою специфічних рухів ініціює цільові реакції, які, в свою чергу, є зразками для відповідних рухових паттернів. Найбільш ефективні рухові паттерни розвиваються діагонально (по спіралі), їх розвиток проходить в результаті розтягування та стискання частин тіла засобом згинання, розгинання, абдукції та аддукції, а також обертання. Реабілітолог надає пацієнту необхідне положення, яке при необхідності фіксується силою. Ці пасивні рухи коректують в різних тканинах тіла рухові паттерни та забезпечують їх збереження в центральній нервовій системі. їх можна використати для периферійного контролю над відповідними їм рухам. Застосування визначених комбінацій рухів потребує знання анатомії та нейрофізіології поряд з вмінням розділяти рухи на окремі складові. Реакції на рівні тканин, що викликані стимуляцією, надають пропріоцептивне нервово-м'язове полегшення. Ритмічне повторення має велике значення при засвоєнні нових паттернів.

Реабілітація за методом Войти. В 1974 р. педіатр Вацлав Войта видав книгу під назвою "Дитячі церебральні рухові порушення", в якій він висвітлив свою методику. Розроблений ним метод реабілітації ґрунтується на стимуляції та використанні рефлекторних рухів в цілях закріплення правильних реф лекторних чи рухових паттернів. Для того щоб застосувати цей метод, необхідні глибокі знання складних законів, що керують рефлекторними рухами. Також використовуються скорочення м'язів різних груп, що відповідають за здійснення рефлексів рачкування і кувиркання. У цьому випадку використовуються діагональні, протилежно спрямовані рухи. Шляхом стимуляції відповідних груп м'язів, ті з них, в яких порушена функція, інтегруються в роботу нормальних м'язових груп. Таким чином створюються рухові паттерни для ЦНС, в ініціації яких приймає участь багато різних рецепторів всього рухового апарату [9].

Реабілітація за методом Бранкоу. Росвіта Бранкоу розробила метод реабілітації, але пішла з життя у 1977 р., не встигши його опублікувати. Її дослідження потрапили до доктора Войти. Після її смерті була сформована робоча група, що зберегла її метод. У 1978 та в 1983 рр. Роза Марі Болд та Анна-Марія Гроссман опублікували метод, відомий як "8іеттїїігші£" (спрямований рух), це був реабілітаційний метод відновлення після нервово-м'язових розладів. Ця реабілітація спрямована на стимуляцію нормальних чи відновлення рухових паттернів, їх закріплення на автоматичному рівні за допомогою активізації всіх м'язів організму, відповідальних за правильну ходу. Це досягається шляхом максимального дорзального згинання рук та ніг. При такому положенні здійснюється тиск на зап'ястки та п'яти. Ці пропріоцептивні стимули діють на взаємне стискання, що передається тілу через верхні та нижні кінцівки. Шляхом особливих маніпуляцій, що викликають спрямований тиск, активізуються визначені групи м'язів, що забезпечують симетричність тонусу усієї мускулатури, що відповідає за випрямлення тіла та хребта. Теорія зауважує, що активізація м'язового тонусу за допомогою рук та ніг стимулює фізіологічні та керовані реакції м'язів, що забезпечують пряме положення тіла в його сусідніх частинах, що піддаються терапевтичній дії. З точки зору анатомії, ці лінійні м'язові скорочення - це результат взаємодії груп м'язів, волокна яких, переважно, проходять діагонально. Вентрально і дорзально волокна спрямовані в протилежних напрямках та таким чином вони діють антагоністично. Ціль всіх цих м'язових скорочень - випрямити тіло. Пряма постава та хода підтримується засобом антагоністичних взаємодій черевних та спинних м'язів, що утворюють баланс хребта та тулуба. Попередньою умовою для виконання цієї задачі є нормальна іннервація, що необхідна для координованих і відповідних м'язових скорочень. Рухові порушення внаслідок дисфункції м'язів піддаються корекції засобом вирівнювання м'язового тонусу та усунення рухового дисбалансу. Це фізіологічний процес для здорової людини та реабілітаційний для людини з відхиленнями в руховій сфері [19].

Функціональний аналіз рухів за методом Клейн-Фогельбах. Фізіотерапевт Сусанна Клейн-Фогельбах, почесний доктор медицини, відкрила нові можливості для розвитку реабілітації, розробивши функціональний аналіз рухів здорової людини. Цим вона відкрила перспективу для вивчення відхилень від норми - рухових порушень, що мають суттєві відмінності від еталону. Вона ввела функціональний аналіз для лікувальної фізичної культури, таким чином визначивши стандарти для реабілітаційних втручань, без яких неможливо обійтися. Функціональний аналіз став частиною курсу навчання реабілітації та багатьох додаткових курсів, що сьогодні викладаються реабілітологам. Концепція функціонального аналізу в реабілітації підвищила стандарти роботи і є важливим мотивуючим фактором для реабілітологів.

Реабілітація за методом Фенделькрайса. Доктор Моше Фельденкрайс, математик та фізик, займався проблемами статики та динаміки людського тіла, як і нейрофізіологією та нейропсихологією. Концепція "розуміння через рух" лежить в основі розробленої ним методики, спрямованої на полегшення фізіологічних чи відновлення порушених рухових можливостей. Доктор Фенделькрайс виробляв у пацієнта розуміння того, що з ним відбувається в момент заняття, залучаючи його до складання програми вправ, тим самим розвиваючи у пацієнта відчуття тіла і його контроль. Ця функціональна інтеграція робить реабілітацію набагато ефективнішою. Концепція Фенделькрайса ґрунтується на розумінні того, що цілеспрямовані рухи стимулюють мозок до сприйняття, збереження та відтворення нової інформації; таким чином, інформація трансформується у рух. Така стимуляція резервів нервової системи - підхід до реабілітації з абсолютно іншої точки зору, на відміну від силових вправ, розробки суглобів чи схожих прийомів механотерапії. Реабілітація може бути значно якісніша, якщо пацієнт кінестетично розуміє результати лікування. Психомоторні методи. Діти з руховими порушеннями, різними відхиленнями в поведінці та з розумовою відсталістю все частіше стають об'єктами програм психомоторних вправ. Ці програми були описані Ернстом Кіфар дом, Маріанною Фростіг, Крістою Мертенс та їдою Рольф. Роботи підтвердили, що кінь може мати визначну роль в таких формах реабілітації [30].

Важливо, що реабілітологи розуміють, як взаємно перетинаються нейромоторна, сенсомоторна та психомоторна сфери, та впроваджують ці терапевтичні моменти в лікування дітей з церебральними паралічами. Симптоми порушень у дітей можуть бути від мінімальних до досить значних, але навіть мінімальні відхилення можуть мати значну загрозу, якщо їх не лікувати. Психомоторне лікування на ранніх стадіях хвороби, безсумнівно, повинне бути рекомендоване особам з церебральним паралічем, оскільки кількість таких порушень останнім часом значно зросла. Як тільки встановлений діагноз, необхідно терміново починати реабілітаційні заходи. На першому місці завжди є профілактика ускладнень, в якій іпотерапія має провідне значення.

Лікування немовлят з руховими порушеннями також відноситься до тої ділянки, де стикаються фізкультурно-освітня та лікувально-освітня терапія. Багатогранність дії та підходів, що застосовуються, дозволяє відновлювати немовлят з подібними порушеннями. Так звана нейросенсомоторна інтеграція, побудова образу тіла через вправи на сприйняття, розвиток відчуття тіла та його розуміння - це ті задачі, при виконанні яких кінь може бути корисним помічником. Реабілітолог повинен вміти аналізувати ті випадки, коли порушення слід лікувати тільки за допомогою методів фізичної реабілітації, а коли необхідно рекомендувати комбіновану взаємодію спеціалістів [11].

Терапевтичні ефекти, які спостерігаються при реабілітації з застосуванням ЛВЇ, є наслідком унікальної здатності іпотерапії здійснювати одномоментний позитивний гармонійний вплив, - фізичний, інтелектуальний, психо- та соціоадаптувальний ефекти.

ЛВЇ - це форма іпотерапії, де пацієнтом використовуються засоби управління конем. Заняття по ЛВЇ можуть бути індивідуальними і груповими, але починаються обов'язково з індивідуальних. При ЛВЇ індивідуальні заняття, як і при «власне іпотерапії», реалізуються командою з 4-х основних дійових осіб, а при необхідності приєднуються помічники або фахівці. До обов'язків інструктора, при ЛВЇ додається серйозна і нелегка задача навчання пацієнтів з обмеженими можливостями верховій їзді, управлінню конем з усіма наслідками, що випливають звідси складнощами, небезпеками і труднощами. Це завдання вирішується поетапно, поступово, і ці етапи дуже різняться як за змістом, так і за часом, в залежності від рівня фізичних, психічних і інших можливостей і особливостей пацієнтів [39].

1. Індивідуальні заняття:

* оволодіння азами управління конем; вдосконалення вмінь в верховій їзді;
* поступове ускладнення, поглиблення і розширення умінь в управлінні конем, використання зміни аллюров, елементів фігурної їзди та інші вправи;
* ознайомлення з початковими елементами кінноспортивних вправ, їх вивчення, вдосконалення.

2. Групові заняття:

* проводяться при одночасній участі від 3-х до 6-ти вершників (по можливості з однаковим рівнем умінь у верховій їзді і фізичному розвитку);
* заняттям керує один тренер, а помічники прикріплюються до кожного вершника і, в залежності від рівня умінь вершників, або страхують його додатковим приводом, або йдуть поруч зі своїм підопічним, підключаючись до його дій тільки в разі потреби);
* можна використовувати досвід створення груп з дітей з обмеженими можливостями зі звичайними дітьми, що володіють приблизно рівним рівнем умінь у верховій їзді і в фізичному розвитку;
* включення в програму занять з ЛВЇ елементів з кінноспортивних програм для інвалідів («Спеціальної Олімпійської Програми або Параолімпійської Програми).

Безпосередньо до ЛВЇ можна віднести рекреаційну або прогулянкову верхову їзду, якої зазвичай займаються більш збереженим пацієнти, як правило, мають власних коней і грумів або особистих тренерів. Ці пацієнти, в залежності від їх можливостей і умінь їздять самостійно або під наглядом тренера, і за допомогою або без допомоги (тренера, грума), в парку, в лісі, в полі.

Іпотерапія застосовується для реабілітації пацієнтів з захворюваннями опорно-рухової системи та при нейрогенних порушеннях рухової діяльності: для реабілітації дітей з перенесеною родовою травмою, пацієнтів з порушеннями постави, сколіозом, для профілактики та лікування остеохондрозу, а також при порушеннях правильної рухової активності тулуба, голови, рук і ніг зі спастичними та гіпотонічними атаксичними компонентами. "Спілкування" з конем формує позитивний емоційний фон, що підсилює ефективність дії занять. Верхова їзда збільшує впевненість у власних силах, дозволяє покращити сприйняття образу власного тіла, що дуже важливо для пацієнтів з обмеженими фізичними можливостями [14].

Заняття ЛВЇ показані хворим з нервовими та психічними захворюваннями: ДЦП, розумовою відсталістю (олігофренія, хвороба Дауна), шизофренією, аутизмом (включаючи ранній дитячий аутизм), депресивними станами; при порушеннях соціальної адаптації. Верхова їзда рекомендується дітям з вродженими мозковими порушеннями, посттравматичними і дегенергітивними неврологічними симптомами, а також хворим на розсіяний склероз. Ефективність іпотерапії констатована при порушеннях інтелектуального розвитку, а також при труднощах у спілкуванні, навчанні, вихованні та інших особистісних проблемах. Верхова їзда нерідко сприяє зниженню порогу судомної активності мозку. Іпотерапія ефективна також у комплесній реабілітації хворих з наслідками поліомієліту. З'ясувалося, що кращі показники лікування від наркотичної залежності та алкоголізму зафіксовані в "іпоцентрах", де хворих навчають принципам верхової їзди, догляд}' за конем. Іпотерапія з успіхом застосовується при патології серцево-судинної системи (у тому числі для реабілітації постінфарктних хворих), захворюваннях органів дихання, преморбідиих станах та хронічній патології травної системи (дискінезії, дисфункції), простатитах.

Протипоказаннями для занять верховою їздою є патологія зсідання крові в пацієнтів (у т.ч. гемофілія); вроджені чи набуті (остеопороз) захворювання, які можуть призвести до виникнення патологічних переломів кісток; незворотні зміни в кульшових суглобах; будь-які інші соматичні захворювання в гострому і підгострому періодах; гострі інфекційні захворювання. З обережністю призначають іпотерапію ири діабеті, епілепсії, хронічних захворюваннях нирок, травмах шийного і поперекового відділів хребта [25].

Дія ЛВЇ на організм хворого базується на двох основних факторах: біомеханічному і психогенному. Біомеханічний фактор насамперед включає вплив коливань, що виникають і передаються у трьох взаємно перпендикулярних площинах від спини коня в процесі верхової їзди. Ці коливання викликають почергове напруження і відносне розслаблення майже всіх груп м'язів, особливо м'язів тулуба ("руховий" аспект). Могутня мускулатура коня створює "ілюзію" самостійної ходьби, тому що темп кроку коня майже ідентичний людському. Під час занять ЛВЇ м'язи спини тварини, виконуючи трьохвимірні рухи, масують м'язи пацієнта - пахової ділянки, внутрішньої поверхні стегон, гомілок та гомілково-ступневого суглобу. Верхова їзда спричиняє постійне тренування базових рефлексів, які вимагають участі великих м'язів. Цей фактор найбілмц^ пацієнтів, що страждають порушенням рухової системи і системи керування рухами.

Патологія аферентної імпульсації є одним з чинників, який впливає на формування рухових розладів. У нормі будь-який довільний рух є замкнутим рефлекторним актом, під час якого потік інерваційних відцентрових імпульсів, що беруть участь у русі м'язів, поєднується з безперервним потоком імпульсів, що йдуть від пропріорецепторів до різних відділів мозку. Постійна імпульеація від глибоких м'язевих рецепторів спостерігається також у стані спокою. Під впливом фізичних вправ відзначається посилення функції вегетативних систем. Наявність пропріоцептивної імпульсації необхідна для здійснення будь-якого цілеспрямованого руху, тому що з її допомогою виробляється корекція точності, швидкості, сили та інших факторів, що характеризують рух. Завдяки їй відповідні структури мозку отримують "інформацію" про положення тіла в просторі, регулюють постуральний тонус, антигравітаційне напруженім м'язів.

В умовах патології, при ураженні вищих відділів рухового аналізатора, безперервний потік пропріоцептивної імпульсації викликає порушення тонусу м'язів, особливо - розгиначів; призводить до формування спастичності та гіперкінезів. Мускулатура тварини під час верхової їзди передає вершнику різноспрямовані імпульси, що викликають необхідне почергове скорочення та розслаблення м'язів, активізуючи їх [21].

Даний руховий вплив викликає відповідну реакцію хворого, що допомагає фізіологічно коректувати рухову активність. Для реабілітації хворих, в яких сильно виражена еластичність м'язів ніг, що часто зустрічається при дитячому церебральному паралічі, показана їзда на коні без сідла, проте тренування не повинно тривати більше 15-20 хвилин, оскільки спричиняється патологічний тиск на хребет тварини. Можна застосовувати підстилку з овечої вовни, тому що вона не погіршує контакту тазу та ніг вершника-пацієнта з тілом коня. При їзді без сідла м'язи спини тварини, генеруючи рухи в трьох площинах - фронтальній, сагітальній і поперечній, активно впливають на м'язи тазу та ніг пацієнта.

Вершник, самостійно змінюючи своє положення і поступово випрямляючись, прагне "глибше" сісти на коня, що є одним з найважливіших принципів іпотерапії як методу фізичної реабілітації хворих з обмеженими можливостями. При сильному спастичному зведенні ніг пацієнти часто не в змозі сісти на коня "глибоко", тому заняття починають як би напівлежачи, відкинувшись назад і розмістивши ноги ближче до шиї коня. Таке положення зручне для ніг, але незручне для самостійного збереження рівноваги вершника. Вершник, намагаючись прийняти на коні більш надійну і зручну позицію, змушений щільніше притискати ноги до коня, детермінуючи збільшення сили лікувального впливу на уражені м'язи. Для збереження рівноваги на коні необхідна пряма посадка вершника, нахил у будь-яку сторону веде до сповзання пацієнта в цьому напрямку [40].

Поступово хворий намагається сісти прямо (приходиться опускати ноги донизу), тому що тільки в цьому випадку зможе самостійно зберігати рівновагу на коні ("вестибулостимулюючий" аспект). Поступово збільшуючи таким чином навантаження на внутрішню поверхню стегон, досягається легке його регулювання в залежності від реакції пацієнта.

Таким чином, в процесі занять ЛВЇ м'язи, що розвинуті слабко, формуються і зміцнюються, а м'язи напружені - розслаблюються. Іпотерапія є унікальною тим, що навантаження одних груп м'язів і розслаблення інших відбувається одночасно. Це спричиняє часткову (в деяких випадках - необхідно виражену) нормалізацію м'язевого тонусу, зниження спастичності, зменшення обсягу амплітуди мимовільних рухів, поліпшення координації, що у свою чергу покращує статико-локомоторні функції. Координація тулуба в положенні сидячи (верхи на коні) виливає також на поставу пацієнта. На основі стимуляції реакцій, спрямованих на утримання рівноваги, вирішуються наступні завдання: нормалізація м'язевого тонусу, зміцнення м'язів, досягнення рухової симетрії.

Комплексна дія ЛВЇ відбувається на рефлекторному; сидячи на коні, пацієнт інстинктивно намагається зберегти рівновагу (щоб не упасти з коня) і тим самим підсвідомо коректує навантаження як на здорові, так і уражені м'язи. Кінь під-час занять ЛВЇ, одномоментно передаючи пацієнту від 90 до 110 різнонаправлених рухових імпульсів за хвилину, зігріває і масує його м'язи, нормалізуючи м'язевий тонус. Зменшенню еластичності сприяє також тепло, тому що температура тіла коня на 1,5°С вища за температуру людського тіла ("діатермічний" аспект).

Психогенний фактор передбачає наявність двох цінних мотивацій - бажання активно самовдосконалюватись з одномоментним подоланням страху і невпевненості ("психомодулюючий" аспект).

 Ритмічні плавні рухи коня заспокоюють, зменшують психічне напруження та елімінують деякі порушення, викликані захворюванням. На заняттях з іпотерапії пацієнт відчуває внутрішній комфорт, який часто недостатньо присутній при сеансі лікувального масажу в медичній установі. Особливу роль відіграють ритмічні рухи коня, під час крокування та бігу риссю, які сприяють нормалізації власних біоритмів вершника, що дає відчутний ефект в комплексній реабілітації пацієнтів з психічними розладами [23].

У наше століття неврозів важливу роль відіграє дефіцит позитивних емоцій; безпосереднє "спілкування" людини з конем у значній мірі компенсує дану прогалину ("антидепресивний" аспект). Заняття ЛВЇ індукують могутній емоційний вплив, що детермінує використання верхової їзди для корекції психоемоційних захворювань, фобій та інших порушень психіки. Доведено, що верхова їзда активно стимулює виділення ендорфінів - "гормонів щастя". Між вершником та його конем виникають близькі "дружні" відносини, що дуже важливо для невпевнених і самотніх людей, особливо для пацієнтів, які страждають аутизмом і мають труднощі у спілкуванні ("емоційномнестичний" аспект).

З моменту зацікавлення "спілкуванням" з конем починається процес навчання - отримання нової інформації через тактильні відчуття, зір, слух, що проявляється набуттям відповідних позитивних емоцій; пацієнти відчувають задоволення від досягнутих результатів, у них спостерігається поліпшення самоконтролю, самоповаги та об'єктивізується оцінка свого фізичного стану. Для розвитку пам'яті добре проводити конкурси по запам'ятовуванню частин амуніції коня. Для розвитку зорової пам'яті та орієнтації в просторі показана їзда з закритими очима. Для розвитку слуху - їзда на звук дзвіночка. Для розвитку дрібної моторики (пальців кистей рук) - одномоментні (в процесі верхової їзди) вправи з застосуванням мішечків із різними наповнювачами (овес, пісок, тирса, насіння) [22].

 **1.3. Іпотерапія як форма лікувальної фізкультури**

"Іпотерапія" / син. "Іппотерапія", Тіппотерапія"(арх.) / - лікувальна гімнастика на коні ("hippos" (грец.) - "кінь"; дослівно - "лікування конем"): реабілітаційно-лікувальний комплекс, заснований на нейрофізіології, з застосуванням верхової їзди, - давно відомий і визнаний ефективним засіб реабілітації хворих; складність якого полягає в одиомоментній, максимально ефективній взаємодії двох живих істот з їхніми характерами, індивідуальністю та імпульсивністю.

Лікувальна фізкультура - це комплекс вправ, який, виконується плавно, не поспішаючи. Щоб не зчинити болю. В основі лікувальної фізкультури лежить використання основної функції нашого організму – це рух. Весь комплекс має бути правильно підібраним, з індівідуальними вправами, в поєднанні з правильним диханням.

Лікувальна фізкультура має загальнотонізуючий вплив на організм. Вона сприяє виправленню анатомо-фізіологічних порушень в окремих органах, нормалізує патологічні зміни в м’язах і компенсує втрачені функції, поліпшує якість рухів, виробляє і закріплює замінні навички. Лікувальна фізкультура підвищує дію медикаментів та інших лікувальних засобів при комплексному лікуванні.

Під впливом фізичних вправ у тканинах організму настають зміни білкового обміну з утворенням продуктів розпаду, які стимулюють тканинний обмін і, надходячи в кров, підвищують нервово-м'язовий тонус. Лікувальна фізкультура сприяє відновленню фізіологічних функцій, уражених хворобливими процесами. Лікувальна фізкультура є можливим засобом відновлювальної і компенсаторної терапії. З допомогою фізичних вправ можна посилити компенсаторно-пристосувальні функції організму та працю м’язів [34].

Цей метод, у ряді випадків, більш ефективний у реабілітаційній практиці в порівнянні з іншими засобами - це лікування без болю, страху, насилля та важкопереносимих процедур. Реабілітація, адаптація та інтеграція, як відомо, є необхідними та важливими лікувально-профілактичними комплексними міроприємствами для пацієнтів з фізичною або ментальною, а також поєднано патологією. Для інвалідів характерне “відсторонення” від життя суспільства, незадоволення своїм соціальним становищем, що пов'язане насамперед із самотністю, наявністю проблем пристосування до життєвих реалій і необхідністю подолання психологічного дискомфорту.

Реабілітація - це комплексна багатопланова проблема, що включає численні різноманітні аспекти: медичний, фізичний, психічний, професійний, соціально-економічний, особистіший та ін. Метою реабілітації інвалідів є соціальна адаптація та інтеграція, - досягнення активної участі в основних напрямках суспільної діяльності.

Лікувальна верхова їзда, як складова іпотерапії по своїй суті є формою лікувальної фізкультури (ЛФК), коли людина виконує спеціальні фізичні вправи на коні, що рухається; реабіліту вальний вплив забезпечують кінь, процес верхової їзди і фізичні вправи, які виконуються пацієнтом під час верхової їзди. Іпотерапія є особливим варіантом лікувальної фізкультури, але відрізняється від інших її форм тим, що виконання фізичних вправ пацієнтом проводиться одномоментно в активній взаємодії з верховою їздою. В процесі тренувань виникає значне зацікавлення та величезне бажання активно приймати участь в реабілітаційних заходах, що має рушійне значення для досягнення позитивного результату.

Розглядаючи іпотерапію як особливу форму ЛФК, при її застосуванні необхідно дотримуватися принципів, які характерні для інших форм реабілітації:

1) індивідуалізації методик та дозування фізичного навантаження з урахуванням варіантів клінічного перебігу захворювання, загального стану, вікових особливостей організму пацієнта (помірне, але більш тривале тренування є більш ефективним за посилене навантаження ЛВЇ; поступовим його збільшенням в процесі проходження курсу реабілітації);

2) регулярності занять;

3) тривалості застосування методу, - компенсація порушених функцій організму можлива лише за умов тривалого і постійного повторення вправ;

4) різноманітності і періодичних впроваджень поетапних інновацій в процесі проведення занять (10-15% вправ обновлюються, а 85-90% повторюються для закріплення досягнутих результатів);

5) дотримання принципу циклічності - чергування більш інтенсивних навантажень з відносним відпочинком.

Проте, фактори дії ігіотерапевтичних тренувань на організм вершника остаточно не досліджені. Не з'ясовано ряд аспектів практичного використання іпотерапії; відсутні науково обгрунтовані методи і тести, шо дозволяють визначити ступінь ефективності впливу іпотерапії на фізичний і психічний стан пацієнтів, а також методики оцінки вираженості лікувально-оздоровчих, реабілітаційних та інтеграційних ефектів [26].

Під-час проведення занять з ЛВЇ іпотерапевт працює спільно з асистентами; коня ведуть, тримаючи за повід, помічники-коноводи. В структуру іпотерапевтичного реабілітаційного відділення входять також лікардіагностик, методист зі стажем 10 років і досвідом роботи в міжнародних іпотераневтичних центрах та масажист. Заняття проводяться під лікарським контролем; в індивідуалізованому розпрацюванні методик ЛВЇ приймають участь тренер і коновод, який контролює коня, Інструктор по іпотерапії (лікувальній верховій їзді) повинен бути фізично підготовленим педагогом, пройти курс спеціального навчання з основ психології та медицини, вміти їздити верхи. Крім того, він повинен бути чуйною людиною, обов'язково творчою, - оскільки будьяке заняття не подібне на попереднє, а пацієнти з обмеженими можливостями вимагають до себе особливої уваги, розуміння і поваги.

Одне з професійних завдань інструктора-іпотерапевта - встановити психологічний контакт із пацієнтом за "посередництвом" коня. Не зважаючи на те, що діями пацієнта керує інструктор, у хворого домінує враження, що тільки завдяки його зусиллям і завдяки коню відбуваються позитивні зміни. Кінь-"іпотерапевт" повинен бути здоровим, мати правильні рухи та адекватні реакції, цілком "довіряти" людям, з якими йому приходиться працювати. Крокуючий кінь виступає в ролі "терапевтичного посередника" для вершника, передаючи імпульси, аналогічні рухам людини при ходьбі [7].

Принципова відмінність іпотерапії від всіх інших видів лікувальної фізкультури полягає в тому, що тут, як ніде більш, забезпечується одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника. Причому це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки, сидячи на коні, рухаючись разом з ним і на ньому, пацієнт протягом всього сеансу інстинктивно намагається зберігати рівновагу, щоб не впасти з коня, тим самим спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені хворобою м'язи свого тіла.

Крім того, жоден із спортивних снарядів не володіє можливістю викликати у пацієнта таку сильну, різноспрямовану мотивацію, яка супроводжує заняття іпотерапією: дитина має величезне бажання сісти на коня, відчути себе вершником, подолати страх, знайти впевненість у своїх силах. Ця мотивація сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, за допомогою якої досягається не тільки придушення відчуття страху, але і одночасно зменшення кількості і об'єму гіперкінезу при церебральних паралічах, що, в свою чергу, дає можливість навчати пацієнта правильній побудові основного поведінкового фону [6].

Не менш важливою є та обставина, що при використанні іпотерапії успіх лікування багато в чому залежить від взаємодії двох живих істот, що беруть участь в цій дії: пацієнта і коня. Саме тому важливо правильно, оптимальним чином, підібрати пару "пацієнт - кінь", і це є актуальною темою іпотерапевтичної теорії на сучасному етапі. Коло захворювань, при яких застосовують іпотерапію, дуже широке: - порушення рухової сфери внаслідок паралічів, поліомієліту, ураження органів чуття; - психічні захворювання, аутизм, неврози, деякі форми шизофренії; - розумова відсталість; - різні порушення соціальної адаптації; - післяопераційна реабілітація.

Основний механізм впливу іпотерапії на організм людини (хворого), той самий, що у будь-якої іншої форми лікувальної фізкультури (ЛФК), тобто він заснований на концепції лікувально-профілактичного впливу фізичних вправ. Сучасна фізіологія розглядає будь-яку діяльність організму людини, як єдиного цілого, сукупність фізичних і психічних властивостей і взаємовідносин із навколишнім середовищем. Іпотерапія спирається на лікувально-профілактичний характер впливу верхової їзди. Вплив на організм людини здійснюється через нервово-гуморальний механізм і підкорюється законам адаптації до фізичних навантажень і формування рухових навичок. Під впливом лікувально-профілактичного впливу фізичних вправ в організмі відбувається активна перебудова функцій. Температура тіла коня вище людської на 1,5 градуси. Рухи м'язів спини їдучого коня розігрівають і масують спастичні м'язи ніг вершника, посилюючи кровообіг у кінцівках. Поліпшення кровообігу загалом поліпшує кровопостачання мозку. Крім того, для знерухомленого хворого дуже важлива імітація рухів людини, що йде нормальним кроком, оскільки тіло має свої компенсаторні механізми запам'ятовування отриманого досвіду. А кульшова ділянка і нижні кінцівки при їзді на коні, що йде кроком, імітують ці складні тривимірні рухи. Це неодноразово було зафіксоване в багатьох учбових посібниках і фільмах, створених в різних країнах.

При верховій їзді у вершника задіяні практично всі групи м'язів. Людині, що сидить верхи на рухомому коні, доводиться постійно контролювати рівновагу, а це примушує синхронізувати роботу м'язів спини, тулуба і всіх інших м'язів, то розслабляючи, то напружуючи їх. У результаті в роботу включаються ті м'язи, які у знерухомленого інваліда бездіяльні, навіть не будучи ураженими. У процесі адаптації організму до фізичних навантажень, крім ЦНС велику участь приймають симпато-адреналова й гіпоталамо-гіпофізарна системи, тобто здійснюється ще й гуморальна регуляція.

Під дією фізичних вправ відбувається активація вісцеральних органів і систем, а механізм активації полягає в підвищенні функції симпатичної нервової системи і ретикулярної формації під регулюючим управлінням кори головного мозку. Збудження симпатичної нервової системи стимулює обмін речовин, катаболізм і сприяє швидкій і ефективній витраті енергії. Під дією фізичних вправ, через моторно-вісцеральні рефлекси змінюються функції внутрішніх органів. Вдосконалення цих рефлексів при різних захворюваннях внутрішніх органів і лежить в основі лікувально-профілактичної дії фізичних вправ. При дії фізичних вправ поліпшується рухова функція, координація між нервовими імпульсами і збільшується максимальна продуктивна сила м'язів, навіть не тренованих, тобто є ефект "перенесення" тренувальних впливів.

Іпотерапія має комплексний вплив на організм людини, покращує фізичний стан, нормалізує діяльність нервової системи, зміцнює впевненість у своїх силах. Цей метод має унікальну здібність одночасної позитивної дії на фізичний статус та психоемоційну сферу дитини.

Іпотерапія відрізняється від інших методів реабілітації здатністю сформувати у людини сильну різноспрямовану мотивацію. З одного боку, дитина боїться великої тварини, вона не впевнена у собі, а з іншого боку відчуває бажання сісти верхи, погладити коня, навчитися ним керувати. Це бажання допомагає подолати страх та невпевненість. Після того як дитина переборює свій страх, в неї підвищується самооцінка, змінюється і відношення до оточуючих. Мобілізуючи вольові зусилля, дитина вдосконалює виконання різних вправ, одночасно розвиваючи свої рухові навики, що використовуються в побуті. Верхова їзда, для більшості людей, незвична форма рухової діяльності, тому, крім вище зазначених впливів, містить в собі особливі механізми впливу на тих, хто займається.

**РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей застосування іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей із захворюванням Літтла**

**2.1. Психологічні особливості прояву захворюваня Літтла у дітей**

Відомий багатьом термін "дитячий церебральний параліч" об'єднує групу різних по клінічних проявах синдромів, які виникають в результаті недорозвинення мозку і його ушкодження на різних етапах онтогенезу і характеризується нездатністю зберігати нормальну позу і виконувати довільні рухи [2].

Перший клінічний опис ДЦП зробив В. Літтль у 1853 році. Дуже багато років ДЦП називали хворобою Літтля. Але термін «дитячий церебральний параліч» належить З.Фрейду. В 1893 році Фрейд запропонував об’єднати усі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження за схожими клінічними ознаками до групи церебральних паралічів [22].

Але до сьогоднішнього часу йдуть наукові суперечки з приводу даного терміна. В медично-науковій літературі можна зустріти велику кількість різних термінів для визначення «дитячий параліч». Багато авторів-лікарів, які займаются дослідженнями, данного порушеня робили спроби підібрати термін, щоб він відповідав даному порушенню. Доман підкреслює заперечення до терміна «мозковий параліч», але мозок не може бути паралізованим, тим паче, що власне параліч при даному типі, зустрічається досить рідко.

Термін «спастичний стан» – це хоч і важливий, адже один із симптомів захворювання. В 1983 р безумовно, термін «дискінезія» найбільш точно відображає характер рухових порушень при ДЦП, показує їх обумовленість розладами онтогенезу локомоторних функцій [23].

Що до терміну «дитячий церебральний параліч», його використовують у всій світовій літературі і іншого поняття, щоб всебічно характеризувало ці патологічні стани, до сьогодні не запропоновано. Тому ДЦП – це група моторних і психомовленнєвих не прогресуючих синдромів, які є наслідком порушення мозку у внутрішньоутробному, натальному і ранньому постнатальному періодах. Пройшло 100 років після виступу В. Літтля, а у працях вчених переважно зверталась увага на питання неврологічного, ортопедичного відновлювального лікування дітей з ДЦП. А на початку ХХ ст. М. Б. Брейтман першим побачив та звернув увагу на зниження інтелекту і недорозвиток мови у більшості дітей з ДЦП [23].

Причини розвитку ДЦП різноманітні Переважно виділяють перинатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори, які мають відношення до походження ДЦП. На практиці часто зустрічається поєднання таких факторів, що діють на різних етапах розвитку [4]. Ми маємо кількість випадків ДЦП, які належать до групи невідомої етіології (до 30% випадків) [4]. Перша чітко сформована і яка стала основою усіх послідуючих класифікацій ДЦП належить Зигмунду Фрейду. В основі класифікації лежать клінічні критерії.

До клінічної картини дитячого церебрального паралічу лежать рухові розлади, що формуються за типом паралічів, парезів, рідше гіперкінези, атаксії, а також різні порушення мови і психіки [9].

Складний патогенез внутрішньоутробного й родового ураження мозку спричиняє за собою і багато клінічних проявів. На согодняшній день виділяють три стадії захворювання.

Перша стадія, це рання стадія. До неї відносятся гострі порушення гемо- і ліквородинаміки, що виникли у плода з внутрішньоутробним ураженням мозку або в процесі пологів, можуть викликати значні порушення регуляції тонусу м'язів, частіше за типом екстензорної ригідності, й пригнічувати природжені рухові рефлекси. Для цієї стадії характерні такі симптоми, як загальний важкий стан, брадикардія і тахікардія, прискорене або сповільнене дихання, судорожні сіпання м'язів обличчя і кінцівок, виражений гіпертензійний синдром, розходження кісток черепа. Такий судорожний синдром може з'явитися відразу після народження, потім зникнути або стійко утримуватися, може з'явитися в перші тижні або місяці життя, судоми звичайно бувають поліморфними; поява на першому єтапі елементів психічного і передмовного розвитку у дитини, різко затримується. Опорно-рухова система: спостерігається пригноблення всіх або частини природжених рефлексів: захисного – немає повороту голови у бік, який буває у здорового новонародженого; рефлексу опори – немає рефлекторного випрямлення ніг, хапального, повзання та ін [23].

Друга стадія захворювання, початкова резидуальна або початкова резидуально-хронічну, починається після закінчення гострих явищ. В клініці цієї стадії з'являються ті симптоми дизонтогенезу, які викликані патологією внутрішньоутробного розвитку, якщо вона мала місце, а також наслідками гіпоксії і асфіксії в пологах, порушенням мозкового кровообігу з подальшим розвитком рубцювато-атрофічних процесів в нервовій тканині та інших її змінах [19].

Якщо церебральна патологія плоду пов'язана з ураженням в пологах, обумовленою акушерською патологією матері, то гострі явища стихають вмежах перших чотирьох місяців життя дитини і на цьому фоні розвиваються початкові резидуальні явища. Початкові резидуальні явища, зумовлені родовою травмою, при пологах, можуть виникнути на фоні вже наявної патології внутрішньоутробного розвитку, викликаної дією таких ушкоджуючих чинників, як нейроінфекція, інтоксикація і т.і. Якщо патологічний процес, що почався внутрішньоутробно, не закінчується при пологах, то надалі він протікає на фоні резидуальних явищ, обумовлених патологією внутрішньоутробного розвитку і родовою травмою. В цих випадках говорять про початкову резидуально-хронічну стадію захворювання [20].

Початкова резидуальна стадія захворювання характеризується тим, що при ще активних тонічних рефлексах настановні рефлекси не формуються або недостатньо формуються. В нормі процес вертикальної установки тіла забезпечується появою до 2 міс. лабіринтового настановного рефлексу з голови на шию (дитина починає тримати голівку), до 6 міс. – шийних ланцюгових симетричного і асиметричного настановних рефлексів. Шийний ланцюговий симетричний настановний рефлекс забезпечує підвищення тонусу згиначів і при горизонтальному, і при вертикальному положенні тіла, що й робить можливим утримання тіла в просторі. Шийний ланцюговий асиметричний настановний рефлекс забезпечує збереження рівноваги тіла [20].

У дітей з церебральним паралічем ці рефлекси й ряд інших настановних рефлексів або затримуються в розвитку до 2-5 років і більше, або не з'являються зовсім, тоді як тонічні рефлекси продовжують наростати в більшій мірі.

Негативний симптом Ландау: здорова дитина, підтримувана на вазі в горизонтальному положенні, з 5- 6-го міс. піднімає голову, згинає тулуб, виносить руки вперед, дитина з церебральним паралічем зробити цього не може, вона висить на руках лікаря. Довільна моторика різко затримується в своєму розвитку. Наростають і патологічні синергії, визначаючи в сукупності з тонічними і патологічно настановними рефлексами, що дають змогу формування патологічного рухового стереотипу. Контрактури, що з'являються в цій стадії захворювання, так само, як і сколіоз, ще функціональні [9].

Порушення психічного розвитку усугубляється мовною патологією і слабкістю контактів з оточуючими. У дітей з початковою резидуальною стадією захворювання нерідко після 2-5 років поступово починають розвиватися рухові, психічні й мовні функції, причому тим більш активно, чим раніше початок систематичне лікування [17].

Резидуально-хронічна стадія дитячого церебрального паралічу протікає на багато важче – продовжують розвиватися внутрішньоутробно запальні, алергічні, атрофічні і деструктивні процеси в мозку, прогресує неврологічна симптоматика.

Третя стадія захворювання, умовно названа кінцевою резидуальною стадією, характеризується остаточним оформленням патологічного рухового стереотипу, організацією контрактур і деформацій кісток. Виразним стає характер психічних і мовних розладів. До мовних розладів відносяться псевдобульбарній дизартрії або, залежно від форми захворювання, гіперкінетична або мозочкова дизартрія, що протікають на фоні загальної затримки мовного розвитку.

Психічні порушення розвиваються за психоорганічним типом. Разом із порушенням емоційно-вольової сфери й астенізацією мають місце порушення кіркових функції – дисграфія, акалькулія та ін., які перешкоджають навчанню дитини у всіх сферах [17]. В цій стадії захворювання діти можуть зберігати здатність самостійно або з підтримкою пересуватися, оволодіти писанням, тими чи іншими елементами самообслуговування, трудовими процесами. В інших випадках швидко наростають множинні артрогенні контрактури, важкі деформації, фіброзне переродження м'язів, суглобів і зв'язок; як правило, не розвиваються мова і психіка дитини [17].

***Спастична диплегія (хвороба Літтля)*** належить до найбільш поширених форм дитячого церебрального паралічу. Вона переважно виникає при родовій травмі, але може бути й наслідком внутрішньоутробного ураження. В перші місяці життя дитини спастичні паралічі виражені в ногах і руках. Відтак рухи в руках віднов­люються значно краще і переважають паралічі ніг. Виділяють параплегічний і тетраплегічний варіанти спастичної диплегії. Відомі також і перехідні форми, коли уражені обидві ноги й одна рука. Проте при всіх варіантах захворювання переважають ураження ніг і різко підвищений тонус м'язів, також значно більше в ногах (у привідних і розгинальних м'язах). Унаслідок цього ноги розігнуті у всіх суглобах і приведені одна до одної, іноді перехрещені. Така картина захворювання змушує матір звернутися до лікаря уже в перші тижні або місяці життя дитини. Найбільш чітко спастична диплегія виявляється на кінець першого року життя. У дітей затримується формування статичних і локомотор­них функцій.

Сухожилкові та періостальні рефлекси на ногах і руках підвищені, з’являються клонуси стоп і колінних чашечок. Патологічні рефлекси розгинальної і згинальної груп виявляються з обох боків. Проте слід мати на увазі, що контрактури і деформації можуть заважати виникненню сухожилкових рефлексів. Іноді черевні рефлекси викликати не вдається внаслідок різкого тонічного напруження черевних м'язів. У тяжко хворих відмічаються рефлекси орального автоматизму (смоктальний, хоботковий та ін.).

Чутливість і функції тазових органів зазвичай не страж­дають. Досить характерним є поєднання паралічів з синкінезіями і гіперкінезами, найчастіше атетозного і хореоатетозного типу. Гіперкінези більше виражені в руках, особливо в їх дистальних відділах, у мімічних м'язах і менше - в ногах. Атетозний гіперкінез переважає в м'язах обличчя, кистях і пальцях, а хореїчний - у проксимальних відділах кінцівок. У стані душевного і фізичного спокою гіперкінези зменшуються, у сні щезають, при всяких подразненнях посилюються. Кінцівки недорозвинуті, особ­ливо ноги, виникають атрофія м'язів, остеопороз. Деякі м'язи і навіть групи м'язів можуть бути гіпертрофовані.

Крім того, виявляються зміни форми і розміру черепа (мікро­цефалія, гідроцефалія, скошений лоб, сплощена потилиця, втис­нення скроневих ділянок) у багатьох хворих. Ступінь психічних порушень різний. У деяких хворих інтелект збережений.

Розвиток мови у дітей зі спастичною диплегією затримується. Мовні розлади виявляються дизартрією, алалією. Гіперкінези артикуляційних і дихальних м'язів роблять мову невиразною, поштовхоподібною. Інтелект здебільшого знижений. Діти важко концентрують увагу на занятті, швидко виснажуються і відволі­каються. Зазвичай не можуть організувати гру, не володіють собою. Пам'ять знижена. Прогноз значно погіршується при виникненні епілептичних нападів, але слід зазначити, що при спастичній диплегії вони виникають рідше, ніж при інших формах дитячих церебральних паралічів.

 Найважчи випадки, порушення ковтального, пошукового і долонно-ротового рефлексів. Виявляється дисоціація між зростаючими тонічними шийними і лабиринтовыми рефлексами і слабо розвиненими природженими руховими рефлексами. Характерне недорозвинення або неправильне формування м'язів сідниць – вони в'ялі, по консистенції нагадують проколотий м'яч. Чим важка форма захворювання, яке розвивається надалі у дитини, тим більш чітко виражений симптом "проколеного м'яча".

Литкові м'язи ущільнені, зміщені до підколінних ямок, сухожилля п'ят (ахіллесові) подовжені. Кістки п'ят недорозвинені, часто розвинені асиметрично. На тій стороні, де кістка п'яти розвинена слабко, рухова патологія надалі виявляється більш вираженою [23]. Дуже рано, на другому місяці життя, формується функціональний кіфоз або кіфосколіоз в поперековому і нижньому грудному відділах хребта. Обмежена або відсутня екстензія кистей рук, шкірно-м'язова складка між I і II пальцями кисті вкорочена. Одним з найважчих симптомів відносно прогнозу є торсіонні спазми, вони реалізуються по механізму лабіринтового тонічного рефлексу: якщо дитина лежить на спині, виникає інтенсивне закидання назад голови і плечового пояса, буває дуже болюче, з перекосом їх у ту чи іншу сторону; якщо дитина лежить на животі, виникають спазми переважно в м'язах, що згинають тулуб і що викликають його обертання [35].

Також порушено будову апарату артикуляції – високе піднебіння, відносно невеликий об'єм ротової порожнини, великий малорухливий язик. Спостерігається відсутність або недостатність первинних зорових і слухових орієнтовних реакцій, поява яких у здорової дитини спостерігається вже в перші тижні життя, а також відсутність або недостатність примітивних емоційних реакції, що входять до «комплексу пожвавлення» у дітей перших тижнів життя [19].

Останнім часом в сучасній міжнародній корекційній педагогіці і психології окреслюється коло питань, які присвячені вивченню особливостей емоційного розвитку дітей з порушеннями опорнорухового апарату у підлітковому віці. Вивченням проблеми тривалий час займались: В.В.Іпатова, О.В.Крижко, І.Ю.Левченко, І.І.Мамайчук, О.В.Романенко та ін. Незважаючи на великий прогрес сучасної теоретичної і практичної медицини, багато захворювань залишаються невиліковними, наслідки їх є стійкими та стають причиною інвалідності хворих. До цих захворювань належать і дитячі церебральні паралічі (ДЦП). Актуальність проблеми зумовлюється тим, що особистість дитини з дефіцитарним типом дизонтогенезу, потребує врахування внутрішніх детермінант психічного розвитку.

Особливої вагомості це набуває у підлітковому віці, який правомірно вважається своєрідним підсумком попередніх стадій розвитку самосвідомості. В межах емоційно-ціннісної складової самосвідомості особистості підлітка інтенсивно розвиваються власна незалежна система еталонів самоставлення, самооцінювання, самоцінності, проте, складний комплекс психогенних факторів (пролонгована психічна травматизація у зв'язку з усвідомленням „особливого фізичного статусу", сенсорна, соціальна і емоційна депривація, умови неправильного виховання) породжують психологічну напругу, незадоволеність собою, соціально-психологічну дезадаптацію, що складає негативну основу для формування позитивного емоційно-ціннісного компоненту самосвідомості підлітка з церебральним паралічем. У цьому зв’язку головною метою даної роботи є висвітлення особливостей емоційного розвитку дітей підліткового віку з обмеженими можливостями опорно-рухового апарату, та врахування їх в процесі реабілітації, що дасть змогу реалізувати потенційні можливості дитини.

Своєрідність емоційної сфери хворого на церебральний параліч обумовлена органічним ураженням центральної нервової системи, зокрема, нерівномірним та уповільненим дозріванням лобних ділянок кори головного мозку, астенізованістю. Крім того, рухові недоліки обмежують можливості дитини у пізнанні навколишнього світу та спілкуванні, що тягне за собою низку негативних соціальних впливів на розвиток її емоційно-вольової сфери: переживання з приводу фізичного недоліку, ізоляція від оточення ровесників, особливості ставлення навколишніх до неї, як до хворої, неповносправної.

Психодіагностика емоційної сфери дітей з церебральним паралічем виявляє високі показники емоційної нестабільності, що свідчить про неврівноваженість, емоційну нестійкість, легку збудливість, підвищену лабільність. Психологічні дослідження хворих на ДЦП вказують на недостатній розвиток вольових якостей у цієї категорії дітей (І.Ю.Левченко); недостатньо сформовану функцію контролю поведінки (В.Літтл, Е.Флауер). Варіативність та мультифакторність виникнення емоційних порушень при ДЦП обумовлює необхідність їх подальшого вивчення з метою своєчасного попередження та корекції. У контексті дослідження особистості дітей з церебральним паралічем значне місце займає з’ясування специфічних особливостей їхніх уявлень про власні емоційні риси, оскільки в основі включення механізмів свідомої саморегуляції лежить суб’єктивна індивідуально-особистісна оцінка природних та соціальних впливів.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Церебральний параліч спричиняється порушенням розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м’язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути очевидними вже після народження, а ознаки формування ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Діти з церебральними паралічами переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше досягають таких віх моторного розвитку як перевертання, сидіння, повзання та хода. Порушення емоційно-вольової сфери дитини підліткового віку найчастіше проявляються підвищеною емоційною збудливістю в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних функцій, загальною гіперестезією , підвищеною виснажливістю нервової системи. Крім підвищеного емоційного збудження можна також спостерігати стан повної байдужості.

Можливі й інші емоційно-вольові порушення: слабкість вольових зусиль, несамостійність, виникнення катастрофічних реакцій при, так званих, фрустраційних ситуаціях. Фобічний синдром, чи синдром страхів, також є характерним для багатьох підлітків з церебральним паралічем. Підвищена вразливість в поєднанні з емоційною збудливістю і афективною інертністю створює благоприємний фон для виникнення неврозів страху. Страх може виникати навіть під впливом незначних психогенних факторів - незнайомої ситуації, розлуки з близькими, появою нових облич. Особливості формування особистості та емоційно-вольової сфери у дітей з діагнозом ДЦП можуть бути обумовлені двома факторами: біологічними особливостями, пов’язаними з характером захворювання; соціальними умовами – впливом на дитину родини і педагогів. Інакше кажучи, на розвиток і формування особистості дитини, з одного боку, істотно впливає його надзвичайний стан, пов’язаний з обмеженнями рухів і мови; з іншого боку – ставлення родини до хвороби, атмосфера, що оточує дитину. Тому завжди потрібно пам’ятати про те, що особистісні особливості дітей, які страждають на ДЦП, – результат тісної взаємодії цих двох факторів. Варто відзначити, що батьки, при бажанні, можуть пом’якшити фактор соціального впливу.

Особливості особистості дитини з аномаліями розвитку, у тому числі ДЦП, пов’язана, у першу чергу, з умовами її формування, які значно відрізняються від умов розвитку нормальної дитини. Для більшості дітей із ДЦП характерна затримка психічного розвитку по типу так званого психічного інфантилізму. Під психічним інфантилізмом розуміємо незрілість емоційно-вольової сфери особистості дитини. Це пояснюється уповільненим формуванням вищих структур мозку (лобові відділи головного мозку), пов’язаних з вольовою діяльністю. Інтелект дитини може відповідати віковим нормам, при цьому емоційна сфера залишається несформованою. В основі психічного інфантилізму лежить дизгармонія дозрівання інтелектуальної та емоційновольової сфери при переважній незрілості останньої При психічному інфантилізмі відзначаються такі особливості поведінки: у своїх діях діти керуються в першу чергу емоцією задоволення, вони егоцентричні, не здатні продуктивно працювати в колективі, співвідносити свої бажання з інтересами навколишніх, у всій їхній поведінці присутній елемент «дитячості».

Ознаки незрілості емоційно-вольової сфери можуть зберігатися в старшому шкільному віці. Вони будуть проявлятися в підвищеному інтересі до ігрової діяльності, високій сугестивності, нездатності до вольового зусилля над собою. Така поведінка часто супроводжується емоційною нестабільністю, руховим розгальмуванням, швидкою стомлюваністю. Ігрова діяльність залишається бідною і одноманітною. В багатьох випадках незрілість дизгармонічна, поєднується з егоцентризмом, схильністю до резонерства, ранніми проявами сексуальності. «Афект неадекватності» при невропатичному варіанті психічного інфантилізму у підлітків проявляється у різних формах. Одна з них – реакції протесту. Для таких реакцій характерна певна вибірковість та направленість. Зазвичай переважають реакції пасивного протесту. Вони проявляються у відмові від їжі, від спілкування з конкретними особами, у втечах з дому чи школи. Значно рідше результатом протесту буває суїцидальна поведінка, або лише в думках і уявленнях, або в суїцидальних діях. Така поведінка не несе за собою планування – не обдумується, виникає раптово, імпульсивно, несподівано для оточуючих.

Незважаючи на перераховані особливості поведінки, емоційно-вольові порушення можуть проявлятися по-різному. В одному випадку це буде підвищена збудженість. Діти цього типу неспокійні, метушливі, дратівливі, схильні до прояву немотивованої агресії. Для них характерні різкі перепади настрою: вони то надмірно веселі, то раптом починають вередувати, здаються втомленими і дратівливими. Іншу категорію, навпаки, вирізняє пасивність, безініціативність, зайва сором’язливість. Будь-яка ситуація вибору ставить їх у кут. Їхнім діям властива млявість, повільність. Такі діти дуже важко адаптуються до нових умов, важко йдуть на контакт із незнайомими людьми. Їм властиві різного роду страхи (висоти, темряви тощо).

Ці особливості особистості та поведінки набагато частіше зустрічаються у дітей, хворих на ДЦП. Але є низка якостей, характерних для обох типів розвитку. Зокрема, у дітей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату, часто можна спостерігати розлади сну. Їх мучать нічні кошмари, вони тривожно сплять, важко засинають. Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю. Часто це можна пояснити ефектом компенсації: рухова активність дитини обмежена, і на тлі цього відчуття, навпаки, отримують високий розвиток. Завдяки цьому вони чуйно ставляться до поведінки навколишніх і здатні вловити навіть незначні зміни в їхньому настрої. Однак ця вразливість найчастіше носить хворобливий характер; цілком нейтральні ситуації, невинні висловлювання здатні викликати в них негативну реакцію.

Підвищена стомлюваність – ще одна відмінна риса, характерна практично для всіх дітей із ДЦП. У процесі корекційної та розвивальної роботи, навіть за умови високого інтересу до завдання, дитина швидко втомлюється, стає плаксивою, дратівливою, відмовляється від роботи. Деякі діти в результаті стомлення стають неспокійними: темп мовлення прискорюється, при цьому вона стає менш розбірливою; спостерігається посилення гіперкінезів; проявляється агресивна поведінка – дитина може розкидати предмети, що знаходяться поблизу, іграшки.

Ще один напрямок, у якому батьки можуть зіткнутися із серйозними проблемами, – це вольова активність дитини. Будь-яка діяльність, що вимагає зібраності, організованості та цілеспрямованості, викликає в неї труднощі. Як ми вже відзначали раніше, психічний інфантилізм, властивий більшості дітей із ДЦП, накладає істотний відбиток на поведінку дитини. Дослідження проблеми емоційного розвитку дітей з ДЦП потребує визначення факторів, що впливають на волю дитини. Розрізняють такі фактори впливу на вольову активність дитини: зовнішні, до яких належать умови і характер захворювання, ставлення навколишніх до хворої дитини; і внутрішні, такі, як відношення дитини до самої себе та до власної хвороби. Слабкість волі у більшості дітей, які страждають на ДЦП, прямо пов’язана з особливостями виховання. Дуже часто у родині, де виховується хвора дитина на ДЦП можна спостерігати таку картину: увага близьких зосереджена винятково на її хворобі, батьки проявляють занепокоєння з кожного приводу, обмежують самостійність дитини, побоюючись, що вона може поранитися або впасти, бути неспритною. У такій ситуації сама дитина неминуче буде надмірно неспокійною та тривожною. Навіть немовлята тонко відчувають настрій близьких та атмосферу оточуючого їх простору, які повною мірою передаються дітям. Ця аксіома є вірною для всіх дітей – і хворих, і здорових. Що ж говорити про дітей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату, яких відрізняє підвищена вразливість і гострота почуттів? Або ще одна картина: нещасна мати, яка, піклуючись про дитину, забуває про своє власне життя і стає заручницею хвороби. Вона виглядає втомленою і нещасною. Але будь-якій дитині потрібна щаслива мати, здатна віддавати любов і тепло, а не своє здоров’я і нерви. У хворої дитини така потреба у тисячу разів вища.

Отже, цілком очевидно, що підлітки з церебральним паралічем знаходяться в особливих соціально-психологічних умовах, які сприяють емоційній напруженості та ведуть до розвитку тривожності. Це значною мірою також обумовлюється особливостями емоційно-вольової сфери хворих дітей – підвищеною емоційною лабільністю, вразливістю, сенситивністю.

Якщо у здорових учнів підліткова тривожність має також і позитивний, мотивуючий характер, то у хворих на ДЦП внаслідок недостатніх умов для внутрішніх можливостей самопізнання, порушення провідних форм діяльності, вимушеного пристосування до соціуму, неприйняття з боку здорових ровесників відбувається накопичення негативного емоційного досвіду, що породжує невпевненість у собі, спонукає до постійного очікування несприятливих прогностичних оцінок, веде до подальшого закріплення тривожності в структурі особистості та гальмує її прогресивний розвиток. Все це призводить до того, що дитина росте безініціативною, невпевненою у своїх силах і можливостях, боязкою. Вона підкорюється своїй хворобі і не прагне самостійності; заздалегідь розраховує на те, що навколишні все зроблять за неї. Згодом дитина звикає до такого стану речей, знаходить його зручним. А звідси з’являється виражений егоцентризм, прагнення маніпулювати людьми. Важливість виховної позиції батьків стосовно дітей із ДЦП підтверджує й той факт, що діти з високим рівнем вольового розвитку є вихідцями із благополучних, у розумінні психологічного клімату, родин. У таких родинах батьки не зациклені на хворобі дитини. Вони стимулюють і заохочують її самостійність у межах допустимого, намагаються сформувати у дитини адекватну самооцінку.

Їх ставлення до дитини можна виразити формулою: «Якщо ти не схожий на інших, це не означає, що ти гірший». Не можна залишати поза увагою і ставлення до хвороби самої дитини. Очевидно, що і на неї істотно впливає атмосфера, яка склалась в родині. Дослідження І.І.Мамайчук та І.Ю.Левченко показали, що усвідомлення дефекту у дітей із ДЦП проявляється до 7-8 років і пов’язано з їхніми переживаннями з приводу недоброзичливого ставлення до них з боку навколишніх і обмеженням спілкування. На сформовану ситуацію діти можуть реагувати по-різному: або дитина замикається в собі, стає надмірно боязкою, ранимою, прагне до самоти, або стає агресивною, легко йде на конфлікт. Нелегке завдання формування у дитини ставлення до власного фізичного дефекту знову ж таки лягає на плечі батьків. Очевидно, що цей непростий період розвитку вимагає від них особливого терпіння і розуміння. Не можна зневажати і допомогою фахівців.

Приміром, переживання дитини з приводу своєї зовнішності цілком реально перебороти завдяки добре поставленій психологічній роботі з нею. Таким чином, особливості розвитку особистості, і, зокрема, емоційно-вольової сфери дитини з ДЦП багато в чому залежать не тільки від специфіки захворювання, але у першу чергу від ставлення до дитини батьків і близьких. А тому не варто вважати, що причиною всіх невдач і складнощів виховання є недуга дитини. Повірте, у ваших руках достатньо можливостей для того, аби зробити зі свого малюка повноцінну особистість і просто щасливу людину.

**2.2. Особливості використання іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей із захворюваням Літтла**

Іпотерапія займає особливе місце в реабілітації дітей з церебральним паралічем. Сьогодні вона вважається найбільш преспективним методом лікування, в результаті якого діти з церебральним паралічем буквально стають на ноги.

У словнику, іпо (у перекладі з грецької - кінь), терапія – лікування, тобто лікування за допомогою коня - це пасивна форма лікувально- верхової їзди, при якій вершник сидить верхи і пристосовується до руху коня. Відмінною рисою лікувально-верхової їзди є висока ефективність і унікальність реабілітаційного впливу на фізичний стан дитини з церебральним паралічем [8].

Ми вже багато про це чули, що позитивний ефект спостерігається у дітей які їздять верхи, у них поліпшуєтся фізичний стан, проявляється поліпшення сну, зменшення спастики, збільшуєтся обсягу активних і пасивних рухів в кінцівках, часткове відновлення дрібної моторики. У роботу включаються м'язи, які не діють, навіть не будучи ураженими. Все це формує стереотип, який вершник переносить з верхової їзди у своє життя. Іпотерапія є визнаним методом реабілітації [15].

В останні 30-40 років у сучасній Європі лікування верховою їздою успішно розвивається. Зародившись в Скандинавських країнах, іпотерапія стала швидко поширюватися по всьому світі. Таким чином, в процесі реабілітації через адаптивну верхову їзду відбувається послідовний процес перенесення придбаних навичок в повсякденне життя. А це дуже важливо для дітей які мають захворювання ДЦП [10].

Іпотерапія відрізняється від лікувальної фізкультури тим, що здатна викликати у дітей сильну різноспрямовану мотивацію. З одного боку, дитина боїться великої тварини, вона не впевнена в собі, а з іншого боку - має бажання проїхатись верхи, погладити коня, навчитися ним керувати. Це бажання допомагає подолати страх, невпевненість у собі. У дитини підвищується самооцінка, змінюється ставлення до оточуючих. Мобілізуючи вольові зусилля, дитина вдосконалює виконання різних вправ, на коні, одночасно розвиваючи свої рухові навички. Звідси максимальна одночасна мобілізація вольової діяльності м'язових зусиль, за допомогою яких досягається не тільки відсутність відчуття страху, а й одночасне зменшення кількості і обсягу гіперкінезів (при ДЦП), що, в свою чергу, дає можливість освоєння пацієнтом правильної побудови основного поведінкового фону [14].

Дуже серйозним позитивним фактором є положення кінцівок і спини дитини при правильній посадці на коня, що сприяє розслабленню спазмованих м'язів стегон і гомілки. Ритмічні коливання спини коня під час руху передаються вершнику і посилюють це розслаблення. Дуже корисний також масаж стегнових і сідничних м'язів хворого при катанні на коні без сідла. Такий масаж, здійснюваний потужною мускулатурою тварини, супроводжується одночасним зігріванням масажованих м'язів за рахунок більш високої температури коня (38,2 градусів) [31].

При верховій їзді забезпечується одночасне включення у роботу практично всіх груп м'язів. І відбувається це на рефлекторному рівні, оскільки сидячи на коні, рухаючись разом з ним сидячи на ньому, дитина протягом усього заняття інстинктивно прагне зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня [26]. І тим самим спонукає до активної роботи як здорової, так і ураженою хворобою мязовою групи. Іпотерапія дозволяє вирішувати багато проблем, які є у дітей з церебральним паралічем. Поліпшує координацію рухів, рівновагу, поліпшує роботу дрібної моторики (робота м’язів кисті і пальців), а значить, і поліпшення можливостей виконання побутових процедур (чищення зубів, тримання чашки, віделки і т.і.), підвищення стійкості до фізичних навантажень [25]. Поліпшення і відновлення втрачених навичок. Зниження збудливості, страхів, агресивності, істеричності.

Іпотерапія впливає на організм людини через два чинники: психогенний і біомеханічний. Спів відношення цих механізмів в кожному випадку залежить від захворювання і індивідуальних завдань, що вирішуються за допомогою іпотерапії [25].

Так, при лікуванні неврозів, дитячих церебральних паралічів, розумової відсталості, раннього дитячого аутизму, гипер активності, порушення концитрації уваги, основним впливаючим чинником є психогенний. При лікуванні ж інфарктних хворих, хворих з порушеннями постави, сколіозами, остеохондрозами хребта, грижі - провідним чинником дії виявляється біомеханічний.

До найбільш важливих терапевтичних чинників іпотерапії відносяться: комплексна активізація і мобілізація організму - фізична, мотиваційна, психологічна. Характерною особливістю даного методу реабілітації є те, що заняття іпотерапією, що проходять в емоційній насиченій атмосфері супроводжуються, як правило, загальним підйомом настрою та фізіологічною активністю. Іпотерапія сприяє до фізичної активності дитину самостійно [33].

Принциповою відмінністю іпотерапії від інших методів реабілітації є комплексність дії іпотерапії на фізичну і психічну сферу тих, хто займається нею. Під комплексністю дії іпотерапії слід розуміти одночасну реабілітаційну дію на фізичний і психічний стан здоров'я дитини. Принциповою відмінністю іпотерапії від інших методів є те, що вона має в своєму розпорядженні фізіотерапевтичні можливості, оскільки температура коня на 1,5 градусів вища за тіло людини. Можна відзначити також одночасне надання тренувальної і послаблюючої дії на всі м'язи тіла, що займаються через тривимірні коливання спини коня. Коли дитина з хворобою приходить на заняття іпотерапією вона бачить перед собою не людей в білих халатах, а манеж, коня і інструктора. Процес реабілітації сприймається вершником як процес навчання навичкам верхової їзди. Під час цього процесу, вершники долають свої психічні і фізичні труднощі, завдяки великій мотивації, яка формується при навчанні верхової їзди.

Відмінною рисою іпотерапії є суб'єктно-суб'єктний підхід у взаєминах між інструктором, клієнтом і конем: іпотерапевт впливає на вершника, вершник впливає на коня, а кінь на вершника і інструктора також. Такий підхід дозволяє реалізувати активність паціента у вирішенні своїх проблем і перетворює його з об'єкту дії в суб'єкт, що є важливим чинником для соціальної, психологічної і фізичної реабілітації дитини [37].

Критерії ефективності іпотерапії як інноваційній технології соціальної роботи з людьми з інвалідністью можна умовно підрозділити на дві групи: медичні та соціальні [40].

До медичних критеріїв відносяться:

а) зміцнення і тренування м'язів тіла пацієнта, причому особливістю дії є те, що відбувається одночасно тренування слабких м'язів і розслаблення спазматичних.

б) зміцнення рівноваги. Цей ефект досягається через те, що під час лікувальної верхової їзди, має місце постійна необхідність в збереженні вершником рівноваги впродовж всього заняття, тому що кінь постійно рухаєтся.

в) поліпшується координація рухів і просторової орієнтації. Це відбувається, тому що під час тренувань має місце постійна необхідність в орієнтуванні вершника на просторі манежуґ, також за рахунок постійного руху коня.

г) поліпшується психоемоційний стан, підвищується рівень самооцінки дітей з інвалідністю. Цей результат досягається за рахунок того, що під час занять лікуальної верхової їзди дитина починає відчувати себе не хворою і слабкою, якою вона відчуває себе в звичайному житті, а вершником, який управляє великою сильною і граціозною твариною, яка слухається і виконує його команди.

д) в процесі верхової їзди не використовується ніяких пристосувань, що пов'язують їх з інвалідністю. Вони використовують те ж саме, що і звичайні вершники (шолом, гурт або сідло). Успіхи в освоєнні навичкив верхової їзди і управління конем підвищують, як ніщо інше, самооцінку особи і додають хворим дітям впевненість в своїх силах, віру в себе. Не можна не відзначити етичний аспект впливу іпотерапії як на дітей з інвалідністю так і на їх батьків. Батьки бачать свою дитину по іншому, коли їх дитина - на красивій граціозній тварині, які викликає у них асоціації прекрасних кентаврів. Вони із задоволенням фотографують і з гордістю показують фотографії своїх дітей. Також не можна не врахувати, що все це відбуваєтся на свіжому повітрі. Лікувальна їзда, дає змогу повноцінно відчути рухи тіла в просторі, дає можливість відчути роботу своїх м'язів, а це викликає не аби яке задоволення. [40,38].

 Адаптивна верхова їзда є однією з форм лікувальної фізкультури [10].

Адаптивна верхова їзда це дуже ефективний метод психічного та фізичного відновлення. Фахівці вважають [1], що іпотерапія особливо ефективна в дитячій реабілітаційної практиці, в зокрема в роботі з дітьми, що страждають порушеннями опорно-рухового апарату та нервової системи.

Заняття адаптивною верховою їздою покращують статико-локомоторну функцію за рахунок регулювання м'язового тонусу в зв'язку з частковим зниженням спастичності дитини, температура коня більша людської на 1,5 градуси, що допомагає зменшенню спастичності м’язів всього тіла. Дітей з'являється самостійність, впевненість у своїх можливостях і негласне змагання один з одним, зацікавленість і величезне бажання самим брати участь у процесі їзди. На жаль спостерігається недостатність робіт присвячених експериментальній оцінці ефективності застосування адаптивної верхової їзди у процесі фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем [38].

У порівнянні з традиційними методами відновного лікування іпотерапія має значні додаткові переваги. Як і лікувальна фізична культура, вона ґрунтується на використанні біологічної функції живого організму - функції руху, що має для людини не тільки біологічне, але і соціальне значення. Іпотерапія діє на організм як на єдине ціле і за своєю природою не локалістична. Цим пояснюється успішність її застосування при різних захворюваннях. Вона дозволяє відновити і навіть покращити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє вирішенню конкретних психолого-педагогічних задач та питань психосоціальної реабілітації та соціальної інтеграції осіб з церебральним паралічем. Основою оздоровчого впливу іпотерапії є природні рухи коня, що дозволяють вершнику організувати та систематизувати свої рухи.

Можна виділити кілька факторів впливу іпотерапії на особу з церебральним паралічем. Одним з найбільш ефективних можна вважати координаторне навантаження. При посадці на коня формується визначена схема фіксації тіла. Вершник утримується перш за все напруженням привідних м'язів стегна, що фіксує таз в сідлі чи безпосередньо на тілі тварини.

В утриманні тіла у вертикальному положенні значну роль має система координації та активність м'язів таза та спини. Навантаження на м'язи нижніх кінцівок може регулюватися зміною ступеня опори на стремена (при їх використанні). При сильній опорі ступінь напруження привідних м'язів - низький, при слабкій - вище.

Сама по собі опора на стремена в фіксації тіла здорового вершника має не таку значну роль, як в нашому випадку, при посадці особи з руховими розладами. Опора здійснюється перш за все на стопи, що фіксовані в стременах, які зберігають рухливість як мінімум в сагітальній площині та обмежуючих її у фронтальній. У такому випадку створюється можливість змінного навантаження на м'язи не тільки задньою, але і передньою групою м'язів гомілки при відносній фіксації гомілковостопного суглобу в положенні, близькому до фізіологічного.

Вершник може утримуватися в сагітальній площині, утримуючись руками за бруси спеціального іпотерапевтичного гурта чи допоміжного ремінця на шиї тварини. Опора на стремена та використання верхніх кінцівок для утримання тіла на коні мають своє значення на початковому етапі роботи чи у осіб з вираженими моторними та координаторними розладами. У процесі занять іпотерапією особа з церебральним паралічем поступово вивільнює свої верхні кінцівки для керування конем за допомогою вузди та знижує ступінь опори на стремена, наближуючись до властивої здоровій людині посадці. Визначеність природного положення вершника, як єдиної фізіологічно і біомеханічно правильної, також виступає в ролі терапевтичного фактора.

Поступальний рух коня дає змінне навантаження на м'язи тулуба та кінцівок, що приймають участь в утриманні вершника на коні, що несе в собі природній елемент тренінгу. Симетричність навантажень за всіма осями зумовлює необхідність симетричного функціонування всіх груп м'язів, що забезпечують посадку особи з церебральним паралічем. Цей фактор є дуже важливим в роботі з особами, що мають асиметричні рухові розлади. Можна виділити також дію на мускулатуру вершника низькочастотних коливань тіла рухомої тварини, що призводить до зниження підвищеного тонусу та зростанню обсягу рухів в кінцівках. Дозовані навантаження на вестибулярний аналізатор, що несуть елементи тренінгу, забезпечують нормалізацію його функції, що покращує статико-кинетичну організацію моторики, сприяючи надбанню особами з обмеженими руховими можливостями впевненості в своїх рухах. Це несе за собою зменшення виразності фобічних розладів, пов'язаних з самостійним пересуванням.

Нейрофізіологічно дія зазначених коливальних рухів рухомої тварини на систему вестибулярного аналізатора зводиться до посилення притоку імпульсів по всіх його провідних шляхах. Наслідком цього є стимуляція глибинних структур головного мозку, що визначають функціональний стан вищих відділів нервової системи. Активація вищих відділів рухового аналізатора несе за собою зміну функціонального стану нейромоторного апарату, при якій стає можливим вплив на патологічні рухові стереотипи. Досягнення реальних результатів в корекції рухових порушень в ході занять іпотерапією сприяє виникненню змін і в соціально-психологічному статусі особи з церебральним паралічем, призводить до підвищення її самооцінки, життєвої активності, збільшенню мотивації до реабілітаційного процесу.

У тих випадках, коли заняття іпотерапією проводяться на базі кінноспортивного комплексу, особи з обмеженими можливостями потрапляють у світ спорту з усім комплексом його гуманістичних цінностей. Сам факт перебування в такій атмосфері сприяє зміні психологічного статусу пацієнта. До того ж, як значущий, слід додати і фактор спілкування особи з твариною. У сучасній медицині визначені основні напрями використання іпотерапії в лікувальних, оздоровчих та соціально-педагогічних цілях:

1. Верхова їзда для корекції різних рухових порушень, таких, як парези, паралічі верхніх та нижніх кінцівок, розлади координації рухів, примусові рухи та ін. В ортопедичній практиці були спроби застосування цього методу при корекції деформацій хребта та інших дефектів постави.

2. Лікувальна верхова їзда та вольтижування як метод педагогічної дії. Показана дітям та підліткам, в тому числу з порушеннями інтелектуального розвитку, дітям з порушеннями в поведінці, труднощами у навчанні з ціллю педагогічної корекції.

3. Верхова їзда як спорт серед інвалідів, як спортивна діяльність, що сприяє підтримці загальної фізичної активності та реабілітації особистості. Провідні спеціалісти в цій галузі - тренери з верхової їзди, що мають спеціальні знання та ліцензію для роботи з особами, в яких є особливі потреби.

4. Іпотерапія як призначений лікарем відновно-гімнастичний захід, в якому коню відводиться роль живого тренажера. Застосовується в терапії рухових розладів на основі ураження центральної нервової системи, а також в комплексній реабілітації при деяких соматичних захворюваннях та в ортопедичній практиці. Провідними спеціалістами в цій галузі є методисти з іпотерапії, реабілітологи та інструктори лікувальної фізкультури.

5. Іпотерапія як засіб відновлення здатності до пересування в межах післяопераційної реабілітації хірургічних хворих. У терапії внутрішніх хвороб вона використовується як елемент системи засобів лікування компенсаторних захворювань органів кровообігу, порушень обміну речовин, захворювань органів дихання при різного роду вегетативних дисфункціях. У психоневрологічній практиці їзда верхи застосовується при лікуванні різних депресій, неврозів, окремих психозів, а також при затримці розвитку у дітей.

На жаль, до сих пір не існує досконально розробленої методики застосування іпотерапії в цілях реабілітації та соціальної інтеграції осіб з церебральним паралічем. Іпотерапія не обмежується терапевтичним аспектом, але і допомагає розкрити психологічні та адаптивні можливості людини з особливими потребами, розвиваючи у хворого здатність налагоджувати зв'язки та підвищуючи його самовпевненість.

У цих можливостях адаптації та інтеграції у суспільне і соціальне життя полягає потенціал іпотерапії. Іпотерапія дозволяє хворій особі оволодіти соціальними відносинами, відкрити для себе оточуюче середовище, виробити мотивацію до роботи. Фізичний контакт коня та вершника - особливий тип близького спілкування між цими двома істотами. З цієї близькості, з цих особливих взаємозв'язків, що поступово утворюються між двома партнерами, народжуються емоційні реакції. Ці реакції є основним рушієм для навчання соціальним зв'язкам. Процес адаптації у цьому випадку полягає в наступних компонентах: прояві особистої ініціативи; досягненні автономії за рахунок більшої впевненості в собі; оволодінні власними реакціями, контролі над собою, що призводить до правильної самооцінки; отриманні задоволення від верхової їзди та поступового оволодіння контролем над конем; визначення меж своїх можливостей; розумінні коня з його особливостями; розумінні правил і дисципліни при верховій їзді.

У процесі занять іпотерапією кожна особа має можливість розкрити свої можливості, зрозуміти іншу істоту, жити разом з нею, іноді любити її, іноді ненавидіти, таким чином виокремлюючи оточуючий світ в його об'єктивних проявах і розуміючи своє місце в ньому. Це шлях відкриття оточуючого світу з усіма існуючими в ньому тривогами, радощами та труднощами. Така програма соціальної реадаптації дитини, що страждає неврологічними ушкодженнями, може призвести тільки до позитивних результатів.

Взаємозв'язок людини з особливими потребами з конем створює багато нових психологічних аспектів існування, викликаючи бажання відкритися оточуючому світу. Людина відчуває можливість самореалізації та включається в процес професійного навчання. Відповідно, використання коня є дуже корисним для психологічної реабілітації, реадаптації та соціальної інтеграції людини з особливими потребами.

**РОЗДІЛ 3. психологічнІ засади застосування іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей із захворюванням Літтла**

 **3.1. Програма занять з іпотерапії для дітей зі спастичними формами церебрального паралічу**

Перш ніж допустити дітей до верхової їзди спочатку проводиться їх інструктаж, а також інструктаж їх батьків відносно поведінки, правил безпеки та проводиться перше ознайомлювальне заняття. Деякі діти потребують до десяти підготовчих занять, для того щоб звикнути до атмосфери, що панує в іпотерапевтичному центрі, та особливо самих коней. Було досить багато випадків, коли дитина тільки при наближенні коня влаштовувала істерику, але по мірі звикання сідала верхи, та займалася з усією групою.

Існують основні правила поведінки в іпотерапевтичному манежі, яких необхідно дотримуватись:

1. Ніколи не підходьте до коня прямо ззаду, навіть у стійлі до коня можна підійти збоку. Це дозволяє коню побачити людину, що підходить до нього збоку і не перелякатись.

2. Підходьте до коня збоку, розмовляючи з ним тихим голосом, погладжуючи його, коли переходите на інший бік.

3. Перед тим, як підійти до коня та доторкнутися до нього, спочатку поговоріть із ним. Багато коней можуть брикнути або брикнути вас через те, що не очікують вашого торкання чи підходу.

4. Якщо, прив'язавши коня, ви відчуваєте, що він продовжує тягнути за мотузку, спокійно поговоріть з ним, відв'яжіть, посуньте його на пару кроків вперед, потім прив'яжіть ще раз.

5. Ведучі коня, йдіть поміж його головою та плечем.

6. Вести коня потрібно ліворуч від себе, однією рукою тримаючи повід у 15 сантиметрах від вершника, а іншою згорнутий кінець поводу (але ніколи не намотувати його на руку).

7. Якщо кінь стає на диби, випустити руку, ближчу до вершника, щоб не впасти.

8. Вага людини набагато менша ніж вага любого коня. Якщо він почав впиратися, не намагайтеся перетягнути його. Швидкий ривок за повід звичайно, примушує коня рухатися з місця. Якщо він ще продовжує тягнути назад, краще відійти разом із ним, але не намагайтеся перетягнути його.

9. Ніколи не обгортайте повіддя навколо рук, талії чи тулуба.

10. Приласкайте коня, поклавши йому руку на плече чи шию.

11. Прив'язаного коня треба завжди обходити. Ніколи не переходьте через мотузку і не пролізайте під нею.

12. Заводячи коня в денник, розгорніть коня обличчям до дверей, залишивши їх відкритими на стільки, щоб волонтер міг вийти перед тим, як зняти повід.

13. При одяганні вуздечки ви повинні знаходитися у плеча коня. Він може мотнути головою або підняти її, щоб не дати одягнути на себе вузду. Нервову тварину краще гнуздати у закритих маленьких приміщеннях.

14. При сідланні кінь повинен бути прив'язаний надійно, щоб стояв спокійно.

15. Підтягувати підпругу треба плавно, без ривків. Ретельно закріпіть сідло, слідкуючи за тим, щоб підпруга була натягнута достатньо і сідло не з'їхало при посадці.

16. Завжди відв'язуйте повід перед тим, як зняти недоуздок. Це не дозволить коню потягнути за недоуздок назад.

17. Не відпускайте кінці мотузок, щоб кінь не наступив на них.

18. Перевіряючи або чистячи копита, стійте боком, лицем до хвоста коня. Прогинайтеся в талії, ніколи не сідайте і не вставайте на коліна. Стійте на обох ногах.

19. Ніколи не сідайте на коня в конюшні, біля заборів, дерев чи нависаючих виступів. Якщо кінь почне рухатися вбік ви можете отримати травму.

Підготовка вершника або групи вершників буде пізнавальним етапом не тільки для самих вершників, але й для інструкторів. Інструктор більше впізнає про пацієнта, а пацієнт та батьки про курс лікування. Перше ознайомлювальне заняття треба проводити без коней, тому що вершники, які прийшли вперше, можуть боятися або бути настільки збудженими, що їм буде важко сприйняти та засвоїти те, що ви говорите.

Проводити ознайомлюванні заняття треба в той час, на який було призначено заняття з іпотерапії. Це допоможе вершникам звикнути до розкладу. Якщо деякі вершники будуть займатися індивідуально чи в малих групах, то для ознайомлювальних занять їх треба об'єднати. На підготовчому етапі треба визначити, яка допомога буде потрібна кожному вершнику, яке сідло, які спеціальні засоби. Краще буде за цей період визначити задачі перших занять. Треба провести докладну екскурсію по конюшні. Показати інструменти для чистки, сідла, вуздечки, повіддя та інше знаряддя. Вершники захочуть познайомитися з кіньми.

Треба розповісти пацієнтам усе про коней, що їм буде необхідно в подальшому. Окрім того, ознайомлювальне заняття дозволить правильно обрати методи посадки та спішування для вершників, які визначаються ступенем порушення рухових функцій. Покажіть вершникам манеж. Поясніть їм призначення кожного пристрою. Також варто розповісти про ті ігри, в яких доведеться брати участь самим вершникам. Для того, щоб підготовче заняття принесло якомога більше користі, треба його поділити на етапи, провести, подібно до гри, за пунктами.

Годинне заняття можна поділити на три або чотири етапи.

1. Знайомство та екскурсія по території центру. Покажіть вершникам, де знаходяться туалети, крани з питною водою, телефон, конюшні та інші необхідні приміщення. Екскурсія повинна бути складена таким чином, щоб це було зручно для вершників, всі пояснення повинні бути чіткими та зрозумілими, доступними кожному. Розповісти про правила спілкування з товаришами та робітниками центру, а також про загальні правила безпеки.

2. Знайомство з кіньми. Покажіть усіх коней та назвіть їх імена. Розкажіть про правила поведінки при роботі з кіньми. Покажіть, як правильно підійти до коня, привітатися та погладити його. Надайте можливість вершникам почистити коня, зачесати його та поспілкуватися з ним. Не забувайте, що при роботі з конями вершники повинні одягати шоломи.

3. Творча робота. Цей етап можна провести в конюшні і в кімнаті відпочинку. Надайте можливість вершникам приміряти шоломи та записати їх номери. Вершники часто із задоволенням займаються виконанням якогось творчого проекту, пов'язаного з кіньми. Проведіть гру - краще оберіть ту, яку пізніше будете застосовувати при їзді верхи. На кожен етап вершники витрачають по 15-20 хв.

План заняття з іпотерапії включає:

1) догляд за конем - 15 хв;

2) сідловку- 10 хв;

3) посадку-5-10 хв;

4) постановку цілей - 2 хв;

5) вправи - 5-10 хв;

6) розминку - 5 хв;

7) роботу над вдосконаленням навичок верхової їзди (особлива увага на досягнення цілей уроку) - 15 хв;

8) гру - 5 хв;

9) шикування (спішування) - 5 хв;

10) підведення підсумків заняття - 2 хв.

Догляд за конем - це важливий психологічний компонент заняття. Дитина спілкується з твариною, в деяких випадках може почистити або розчесати його. Поспілкувавшись з твариною дитина починає розуміти, що цей велетень нічим не відрізняється від домашніх улюбленців, кішок та собак і починає його сприймати по-іншому. Для починаючих ця частина заняття є складною, оскільки, спочатку, майже кожна дитина боїться підійти, доторкнутися та погладити коня. Основною складовою цього страху є розмір тварини, діти вважають її дуже великою, а відповідно сильною і небезпечною.

Ми вважаємо, що 15 хв є певним відрізком часу, за який дитина може психологічно підготуватися до заняття верхи. Коли дитина звикається з конем, вже не відчуває панічного страху, при ній сідлають коня, таким чином, щоб вона все це бачила, це може займати до 10 хв заняття, при чому інструктор їй пояснює, навіщо це все робиться.

Наступною частиною заняття є посадка хворої дитини верхи. Цей компонент є досить проблематичним для дітей із спастичними формами церебрального паралічу, особливо тетрапарезом, найчастіше посадка є досить тривалою. Головною перешкодою є ригідність та спастичність м'язів, а також контрактури, що утворилися під час патологічного стану.

Специфікою авторської програми в цій частині заняття є використання масажних прийомів та пасивних вправ, що надають можливість трохи знизити спастику та розігріти дитину перед заняттям. Основним завданням такого масажу є розігрів кінцівок та спазмованих м'язів, відповідно використовуються прийоми розігріваючого масажу. Пасивні вправи виконуються для кінцівок, що є найбільш ушкодженими та можуть викликати труднощі з посадкою верхи. Сама посадка виконується кількома основними шляхами.

1. Поєний перенос. Треба здійснювати лише з маленькими дітьми, яких легко підняти з коляски. Сидячи навпочіпки, ліву руку завести під ноги вершника трохи вище колін, а правою обхопити його за верхню частину спини. З положення, сидячи навпочіпки, тримаючи спину рівно, використовуючи силу ніг, відштовхніться вперед і вгору, підіймаючи вершника з візка. Щоб не підіймати вершника прямо з землі на спину коня, краще пройти трохи по помосту чи піднятися на одну сходинку драбини.

2. Пересадка з інвалідного візка. Введіть коня у поміст. Помічник повинен знаходитися на протилежному боці помосту від вершника, ведучий повинен стати перед конем та приготуватися опустити голову коню, коли це скаже інструктор. Поставте візок так, щоб вершник знаходився лицем до голови коня, підсуньте його ближче до краю помосту та закріпіть колеса. Стоячи лицем до вершника, охопіть його обома руками за спину під лопатками, але не під пахвами, якщо вийде зчепіть руки в замок. Ви маєте поставити свої коліна перед колінами вершника, підійняти його з візка, розвернути та посадити боком у сідло. Помічник бере вершника за стегна та пересуває в правильне положення сидячи боком. У цей момент людина, що тримає коня, повинна нахилити голову коню так, щоб праву ногу вершника не прийшлося підіймати дуже високо, що може призвести до сильного нахилу вершника назад. Щоб запобігnb з'їжджанню вершника, його треба утримувати у центрі сідла при повертанні. Щоб здійснити цей переворот, перенесіть ліву руку до ніг вершника. Помічник з іншого боку візьме праву ногу вершника при її переносі через гребінь шиї, а лівою рукою підтримає спину. Ви підтримуєте пацієнта в такому положенні до того моменту, поки інший помічник виведе коня до того положення, коли можна буде засунути ноги в стремена. Не зважаючи на залежність від візка, більшість вершників готові до такої пересадки.

3. Пересадка з візка з частковою підтримкою. Цей метод дуже схожий на звичайний підйом з візка. Залежно від того, з якого боку помосту виконується посадка, ви вирішите, з якого боку треба зняти ручку та опору для ніг. Вершника розміщують лицем до голови коня, як можна ближче до неї. Помічник повинен вчасно опустити голову коня. Потім вершник береться за передню луку рукою, ближчою до коня, та з вашою допомогою (ви підтримуєте його за спину), пересаджується боком у сідло. Після того помічник відсуває візок, ви допомагаєте підняти ноги, а вершник буде себе утримувати за допомогою передньої луки. Як і в попередньому способі, ноги повинні залишатися піднятими, поки коня не відведуть на потрібну відстань. Збільшення сили рук і ніг допоможе вершнику стати більш незалежним при посадці на коня.

4. Пересадка з інвалідного візка з мінімальною підтримкою. У цьому випадку ваша допомога полягає в тому, щоб ви вивели візок на поміст, закріпили його та зняли ручку та підставку для ніг. Після цього ви надаєте можливість вершнику діяти самостійно. Пересунувшись до краю візка, він переки дає праву ногу через сідло та пересідає в нього. Необхідно підтримувати ноги вершника, поки коня виводять з помосту, а потім ступні можна безпечно помістити в стремена.

5. Посадка з помосту вершника на милицях. Незалежно від того, з якого боку буде сідати на коня вершник на милицях, ви не повинні дозволяти йому підійматися по помосту самостійно. Щоб підстрахувати вершника, що йде на милицях, який може втратити рівновагу та почати падати, ви повинні зігнути коліно та тримати його за ногами вершника. За допомогою коліна ви можете підтримувати вершника, поки він не встане твердо на ноги за допомогою милиць. Піднявшись на поміст, ви повинні охопити вершника лівою рукою спереду, щоб той зміг опустити праву милицю. Вершник береться правою рукою за задню луку сідла, а ви міняєте ліву руку, що охоплює груди пацієнта на праву. Вершник віддає ліву милицю помічнику, потім бере повіддя і кладе руку на передню луку. Після цього він підіймає ліву ногу та вставляє її у стремено. Ви в цей час знову змінюєте руки та, охопивши вершника лівою рукою спереду, правою допомагаєте йому перенести праву ногу через круп коня. Якщо вершник не може перекинути ногу через круп коня, то він розвертається та сідає в сідло, боком до вас. У цей момент помічник на помості підтримує вершника за стегна, а ви забираєте його милиці. Потім підіймаєте обидві ноги вершника та за допомогою помічника розвертаєте лицем вперед, а ноги в цей час розводяться в положення верхи.

6. Звичайна посадка з частковою підтримкою. Цей метод використовується при роботі з багатьма інвалідами, залежно від індивідуальних можливостей, сили та рухливості. Звичайна посадка здійснюється з помосту, але часто використовується посадка з драбини або землі. Зазвичай цей метод використовується з ходячими вершниками. Розташуйте коня на помості так, щоб вершник міг без труднощів вставити ногу в стремено. Ви повинні підтримувати вершника спереду лівою чи правою рукою залежно від того, з якого боку помосту проводиться посадка, а також допомагаєте вершнику перенести праву чи ліву ногу та сісти у сідло. Багато вершників, що починають з такого методу посадки, скоро можуть перейти до звичайного засобу без допомоги, спочатку з помосту, а потім з землі.

7. Звичайна посадка з мінімальною допомогою. Мінімальна допомога у багатьох компонентах схожа з допомогою, що описана в попередньому пункті. Однак основна відмінність полягає в інтенсивності допомоги, що надається для досягнення нормальної посадки (перенос ноги через круп). До вершників, що потребують мінімальної допомоги, відносяться ті, кому потрібна допомога лише одної людини, щоб підтримати ногу або стегно, так і ті вершники, котрим потрібна допомога кількох людей.

8. Звичайна посадка. Використовується фізично здоровими людьми та включає в себе управління повіддями, постановку лівої ноги в стремено, підйом тіла та легкий перенос правої ноги через круп коня. Така посадка є кінцевою ціллю кожної особи-вершника з особливими потребами.

Надалі, коли вершник зайняв положення верхи, йому пояснюються цілі і завдання, які має вирішити сьогоднішнє заняття, на що треба звернути особливу увагу і в який частині проявити найбільше старання. Цей компонент заняття звичайно займає близько 2 хв. Після того як дитина займає положення верхи, ми надаємо їй індивідуально підібраний комплекс вправ для виконання на коні, який стоїть. Цей компонент заняття має за мету як розігрів вершника, так і подальшу психологічну підготовку до заняття, оскільки вправи на стоячому коні набагато легше виконувати ніж на рухомому.

Дитина має можливість переконатися, що тварина не має поганих намірів та довіритися їй під час їзди в подальшому. Один інструктор притримує коня та страхує пацієнта який виконує вправи (частіше за все це може бути мати дитини), а другий інструктор показує пацієнту вправи, які необхідно виконувати, та контролює правильність їх виконання. Після розігріву м'язів пацієнта та остаточної його психологічної підготовки переходимо власне до верхової їзди, а саме розминки. Розминка являє собою верхову їзду кроком протягом п'яти хвилин. Під час розминки з одного боку дитину страхує мати або батько, а з іншої інструктор. Важливим є правильно проінструктувати батьків, яким чином і де страхувати дитину.

Розминка є частиною підготовки та розігріву організму до виконання вправ на ходу, як фізичної так і психологічної. Наступним пунктом заняття є робота над вдосконаленням навичок верхової їзди, тобто основна частина заняття. У цій частині заняття ми досягаємо основних цілей, поставлених на цей день. Ця частина триває близько 15 хв. У цю частину включені вправи, спрямовані на нормалізацію тонусу м'язів, збільшення їх сили, а також вправи на подолання контрактур та тугорухливості в суглобах. Великою особливістю нашої методики є застосування пасивних вправ та суглобової гри під час верхової їзди. У цій частині також приділяється велика увага поставі вершника, яку можна частково нормалізувати, завдяки біомеханічним впливам іпотерапії. Під час виконання вправ дитину страхують з обох боків, при потребі притримують при цьому рух коня чітко контролюють. Іноді для отримання максимального результату вправи треба застосовувати в кінці заняття.

У деяких випадках навпаки, саме виконання вправ на початку заняття допоможе розслабленню м'язів. Багато нейрофізіологічних систем рекомендують проведення збалансованих занять, починаючи з нормалізації тонусу і вестибулярної стимуляції та поступово переходячи до все більш складних вправ. Необхідно ознайомитися з кількістю та формою зусиль, які потрібно затратити на сам процес верхової їзди, а також інші види діяльності, що включаються у заняття з верхової їзди.

Урок верхової їзди - це джерело значного сенсорного розвитку. Необхідне для цього навантаження надає положення верхи на великій сильній тварині. Звичайно, вершникам приходиться керувати діями коня на дуже невеликому просторі, що допомагає розвитку орієнтації у просторі, плануванню дій та цілеспрямованих рухів. Верхова їзда добре впливає на кровообіг верш ників. Більшість професіоналів вважають, що їзда верхи - це діяльність, що потребує дві чи три одиниці виміру енергії. В іпотерапії, як і в ішних видах фізичного виховання, існує дві основні груп вправ: специфічні і неспецифічні.

 До специфічних вправ відносяться наступні:

1. Вправи на підтримку рівноваги. Необхідно виконувати рухи в периферійних ділянках у супереч коловим або діагональним рухам головою, шиєю та тулубом, при положенні вершника сидячи на стільці або на ковдрі. Якщо це буде дуже легким заняттям, то це ж можна повторити у положенні верхи, стоячи в стременах. У цій ситуації, як і в інших, можна використовувати контакт рукою чи зближення. Принцип протидії необхідно використовувати у будь-якому виді руху. Наприклад, таким чином можна намагатися збільшити амплітуду руху рук, що викликає труднощі у вершників.

2. Вправи на витягання. Покладіть на голову вершника збалансований вантаж (іноді шолом буде достатнім вантажем) та попросіть його штовхати цей вантаж вгору та рости до гори.

3. Вправи для верхніх кінцівок. Вправи можна виконувати з палицею, рушником або просто руками. Крім великих позитивних результатів у покращенні стану вершника, такі вправи сприяють розвитку рівноваги при піднятті рук над головою.

4. Вправи на підтягування та захват. Тримаючи в руках щітку, іграшку чи якийсь інший предмет та переходячи з одного місця на інше, попросіть вершника дотягнутися і взяти цей предмет. Це може бути як однобічна, так і двобічна вправа. Крім того, при передачі предмета з однієї руки в іншу розвивається вміння зорового планування руху.

До неспецифічних вправ можна віднести наступні:

1) сидячи верхи (ноги повинні бути вийняті зі стремен): - розгорніть стопу всередину (вбік); - зігніть (розігніть) коліно; - підніміть (опустіть) стопу; - повністю зігніть коліно, зберігаючи розпрямлене положення стегна;

2) стоячи в стременах: - підніміться на носочках, а потім опустіть п'яти якомога нижче; - повністю розверніть тулуб, не змінюючи положення ніг.

Гра. Без гри важко уявити жодне заняття з дітьми віку 6-10 років, оскільки дітям такого віку необхідна мотивація, а гра є сама по собі великою мотиваційною основою для заняття. Обираючи ігри, необхідно враховувати декілька факторів: вік вершника, його розумовий та фізичний розвиток, а також емоційні потреби. Сама гра та її ціль повинні бути зрозумілі вершнику, а тому найважливішим критерієм відбору повинен бути рівень сприйняття вершника. Гра має елемент змагання, змагальний дух може допомогти у підвищенні мотивації, якщо його спрямувати у потрібне русло.

Навчитися програвати так само важливо, як навчитися вигравати, що на початкових ста діях краще виходить командою, ніж кожним окремо. Тому краще починати з командних змагань, поступово переходячи до індивідуальних. Ігри для вершників з фізичними порушеннями треба обирати дуже обережно, слід врахувати протипоказання та обмеження у виконанні вправ.

При роботі з особами з церебральним паралічем особливу увагу слід приділяти рівновазі, оскільки її відновлення є дуже важким завданням. Окрім того рухові навички, необхідні в іграх із передачею предметів, можуть викликати окремі труднощі при роботі з вершниками, у яких спостерігається спастичний стан м'язів. Ігри не повинні бути заважкі, або містити протипоказання для осіб з церебральним паралічем. Естафети, пошук пори, спів та командні ігри можуть бути дуже продуктивними.

**3.2. Психологічний аналіз та узагальнення результатів формувального етапу дослідження**

Психологічний аналіз та узагальнення результатів формувального етапу дослідження показали, що іпотерапія - це метод фізичної реабілітації, заснований на взаємодії дитини та коня, який спеціально навчений працювати з такими дітьми. Іпотерапія є певною мірою різновидом ЛФК. Різниця полягає у використанні коня та верхової їзди як засобу реабілітації.

Верхова їзда – це приємний розважальний вид спорту, в якому вершник може встановити контакт із твариною й оволодіти навичками верхової їзди. Проте більшість людей не знають про терапевтичні переваги їзди верхи для особливих груп населення, особливо для тих груп населення, де дефіцит рухової координації впливає на соціальні, емоційні та академічні аспекти життя дитини.

Їзда верхи – це фізична вправа, при якій тренуються і розвиваються різні групи м’язів. Кінь при русі кроком виконує роль «терапевтичного посередника» для вершника, передаючи від 90 до 110 різноспрямованих рухових імпульсів, аналогічних до руху людини при ходьбі.

Ця рухова дія викликає відповідну реакцію пацієнта, яка допомагає коригувати рухову активність хворого.

На основі стимуляції реакцій, спрямованих на утримання рівноваги, вирішуються такі задачі:

− нормалізація м’язового тонусу;

− вдосконалення координації рухів;

− зміцнення м’язів;

− досягнення рухової симетрії.

Психологічний механізм складається зі спілкування з живим організмом (конем) – великою, темпераментною і сильною твариною, контроль якою дарує хворому відчуття перемоги не тільки над конем, але й над своїми страхами і хворобою.

Комунікація та налагодження контакту між людиною і конем невербальні: кінь відчуває емоційний і фізичний стан пацієнта [6].

Порівняно недавно іпотерапія почала привертати увагу також і фахівців із фізичної, професійної та логопедичної терапії [12].

Це й не дивно, бо вона передбачає використання коня як терапевтичного знаряддя через залучення основних м’язів вершника; рух, вироблений ходою коня, змушує пацієнтів використовувати свій постуральний контроль, щоб утриматися у вертикальному положенні [15].

Поряд із поліпшенням рухового і постурального контролю, дослідники можливостей ІТ також спостерігають, що соціальні й емоційні взаємодії можуть призвести до підвищення якості життя та самооцінки [9].

Програма занять зазвичай розбита на модулі: перше заняття, посадка на коня, пробне заняття, основні заняття. Перший етап націлений на створення сприятливої дружньої атмосфери. Іпотерапевт знайомить дитину з «конячкою», показує, де будуть проводитися заняття, дозволяє її погладити. Пацієнти в цей момент розслабляються, їх простіше мотивувати на заняття. Посадка на коня – складний етап. Пацієнти мають проблеми з руховою діяльністю, тому роль фахівця на початку дуже активна. Коли пацієнт оволодіє якимось навичками, іпотерапевт обирає пасивну стратегію: притримує, допомагає втриматися.

Перше заняття (тривалість 10-15 хвилин) проводиться з метою формування інтересу до занять (поступово тривалість занять збільшується до однієї години). Інструктор перевіряє фізичні можливості вершника, складає план управ. Основні сеанси мають на увазі регулярне відвідування занять, виконання плану реабілітації.

Вправи доповнюються, коригуються по мірі того, які навички показує вершник.

Після занять робиться моніторинг самопочуття і психологічного стану.

План занять складається відповідно до того, з якою проблемою звернувся пацієнт. ІТ передбачає комплексний підхід, тому над розробкою реабілітаційної програми працюють паралельно кілька фахівців.

Періодичність занять – два-три рази на тиждень; курс займає від півтора місяці і довше (залежно від ефекту терапії і бажань самого пацієнта).

Зцілення від важких форм хронічних захворювань іноді вимагає не місяців, а років регулярної реабілітації.

Форми ІТ поділяються на:

1) власне іпотерапію – форму іпотерапії, з якої, як правило, починається застосування цього методу для будь-якого пацієнта. Але для частини пацієнтів ця форма є лише першою сходинкою до подальшого використання інших, більш складних форм ІТ, для інших – відповідно до їхніх психофізичних можливостей. Цей вид ІТ лишається єдино прийнятним для досить тривалого процесу реабілітації. Заняття із «власне іпотерапії» завжди тільки індивідуальні.

2) лікувальна верхова їзда (ЛВЇ). Це форма ІТ, коли пацієнт використовує засоби контролю коня. Заняття з ЛВЇ можуть бути індивідуальними і груповими, але починаються обов’язково з індивідуальних. Безпосередньо до ЛВЇ можна віднести рекреаційну або прогулянкову верхову їзду, якою звичайно займаються більш здорові пацієнти, як правило, вони мають власних коней і грумів або особистих тренерів.

Ці пацієнти, залежно від їхніх можливостей і умінь, їздять самостійно або під наглядом тренера, і за допомогою або без допомоги (тренера, грума) в парку, в лісі, на полі;

3) кінний спорт для інвалідів (ІКС) – потужний чинник соціальної та особистісної реабілітації осіб із обмеженими можливостями, це найвищий ступінь лікувальної верхової їзди;

4) інші форми іпотерапії. Існують ще три розповсюджені форми ІТ, які, будучи безпосередньо пов’язані з участю в них коней, не пов’язані з їздою верхи як такою:

– вольтижировка (гімнастика на коні); – керування кінними упряжками (драйвінг);

– ігри та вправи верхи на конях [2].

Специфікація ІТ полягає в тому, що:

1) коні створюють відчуття ходіння людини тривимірним рухом. Рух коня передається вершнику, змушуючи таз рухатися вперед і назад, схилятися вбік, провокуючи обертальні рухи навколо вертикальної осі хребта. Біомеханічно ці рухи практично ідентичні коливальним рухам таза при ходінні, тому відпрацьовуються нормальні рухи від плечей вниз до тазу. Це дає можливість навчитися ходити «без ходіння»;

2) кінь зменшує м’язову спастичність. Пошкодження центральної нервової системи може призвести до збільшення напруги м’язів – спастичності, особливо в кінцівках. Під час іпотерапії скорочення можливо шляхом розігріву м’язів і простого використання м’язів для їх релаксації;

3) кінь відновлює порушену симетрію м’язів тулуба. За допомогою руху тварини поперемінно напружуються і розслабляються м’язи постави лівої та правої сторін тіла, слабші м’язи зміцнюються;

 4) коні запобігають контрактурі і обмеженості руху в суглобах. За допомогою рухів «таз вершника – його хребет – плече – рука» пацієнт починає ритмічно і м’яко працювати усіма м’язами і суглобами;

5) кінь стимулює відчуття, тобто рух стимулює почуття рівноваги і зору; щетина і волосся з гриви та хвоста стимулюють відчуття і сприйняття температури; запах стимулює нюх, а слух стимулюють шуми з навколишнього середовища і звуки, що видаються конем;

6) кінь – це сила рівноваги.

ІТ надає необмежені можливості для прогресування і диференціації рівноваги. Прискорюючись, розгойдуючись, змінюючи напрямок, зупиняючись, рухаючись, прискорюючись і сповільнюючись, використовуючи спеціальні розкладки, відповідні вправи та ігри, рух коня стає потужним генератором рівноваги;

7) кінь поліпшує роботу органів (стимулюючи ендокринну систему, їзда верхи покращує кровообіг, дихання, роботу кишківника і навіть імунітет) [10].

Досі немає спільної систематичної програми для іпотерапії. Успіх лікування багато в чому залежить від досвіду лікаря і досвіду інструктора. Іпотерапія спирається на лікувально-профілактичний характер впливу їзди верхи. Вплив на організм людини здійснюється через нервово-гуморальний механізм і підпорядковується законам адаптації до фізичних навантажень і формування рухових навичок.

Під впливом лікувальнопрофілактичного впливу фізичних вправ в організмі відбувається активна перебудова функцій.

Найбільш поширені показання до застосування ІТ: ДЦП, затримки психічного розвитку, розлади аутистичного спектру, синдром дефіциту уваги і гіперактивності, порушення постави, сколіоз, тривожні стани, синдром хронічної втоми.

Ефективність ІТ для дітей: усунення наслідків вимушеної гіподинамії, тренування практично всіх м’язів тіла, відновлення втрачених рухових та ін. функцій, нормалізація роботи різних систем організму, соціальна адаптація (розвиток пізнавальних і трудових навичок), поліпшення емоційно-психологічного стану.

На думку фахівців, при організації ІТ-занять використовуються такі вправи:

– вправи вздовж і поперек коня в положенні на спині й на животі;

– рух у різних суглобах верхніх і нижніх кінцівок;

– нахили і повороти тулуба;

– дихальні вправи;

– пересадка назад і вперед, їзда боком;

– вправи із закритими очима;

– вольтижування (гімнастичні й акробатичні вправи);

– їзда верхи з використанням коштів управління конем; – покрокове освоєння елементів манежу; – завдання навчання легким моторним навичкам: елементи мобільних ігор (кидання у кільце, кидання м’яча з точністю) [1].

Для інструктора з лікувальної верхової їзди обов’язкова наявність вищої медичної, психологічної або педагогічної освіти, проходження спеціальних курсів з підготовки інструкторів ІТ і, звичайно, вміння їздити верхи.

Їзду верхи лікувальною робить дотримання ряду вимог:

1) ретельний розрахунок і контроль інтенсивності фізичного навантаження. Дозування фізичного навантаження залежно від стану пацієнта;

2) поступове підвищення інтенсивності і тривалості фізичної роботи;

3) бажання самого пацієнта взаємодіяти з конем і активна його участь у процесі реабілітації або зцілення;

4) підбір тварин зі спокійним, м’яким характером;

5) поєднання лікувальної верхової їзди з іншими методами терапії.

Іноді пацієнти або їхні рідні бояться, що кінь (тварина апріорі волелюбна й непередбачувана) може навмисно або випадково завдати шкоди хворому. Це практично неможливо, бо коні, що працюють із хворими людьми, проходять найсуворіший відбір і навіть курс навчання.

Перший критерій добору коней для реабілітації – його характер. Тварини повинні бути спокійними, небоязкими і дуже доброзичливими до людини. Крім того, коні мають бути фізично сильними, щоби для них не було тягарем нести відразу двох – пацієнта й інструктора.

Критерії оцінки ефективності іпотерапії умовно поділяють на дві групи: медичні та соціальні.

Медичні критерії:

− зміцнення й особливе тренування м’язів. Відбувається одночасна стимуляція ослаблених або непрацюючих м’язів і розслаблення груп м’язового апарату, що перебувають у спастичному стані;

− зміцнення рівноваги. Через необхідність зберігати рівновагу протягом усього заняття відбувається тренування вестибулярного апарату;

− поліпшення координації та орієнтації у просторі. Під час тренування пацієнт орієнтується на майданчику або в манежі, виникають зорові й інстинктивні асоціації. Розвивається слухо– і зорово-моторна координація;

− поліпшення психо-емоційного стану, підвищення рівня самооцінки. Під час занять зникає відчуття того, що людина хвора і слабка.

Завдяки сидінню верхи на коні і управлінню ним формується лідерська нотка, поліпшується настрій і з’являється бажання жити і боротися із захворюванням.

При верховій їзді не використовуються предмети, що супроводжують інваліда в побутових умовах, що наближає людину до розкутого перебування в світі здорових людей.

Соціальні критерії:

− поліпшення комунікативних можливостей дітей з відхиленнями у розвитку;

− покращення якості й ефективності процесу соціалізації інваліда за допомогою зміцнення фізичного здоров’я, вирівнювання психологічного балансу і стабілізація емоційного стану;

− значна інтеграція інвалідів у суспільстві, розширення горизонтів їхніх можливостей, подолання психологічних бар’єрів інвалідності; − розвиток трудових навичок при догляді за конем; − розвиток активності пізнавальної сфери.

Основні моменти, які варто врахувати перед початком курсу занять, це:

− рекомендації лікарів (заборона їздити з опущеною вниз головою); − потреба спорожнити сечовий міхур перед заняттям;

− необхідність займатися сидячи на м’якій підстилці тощо.

Для того, щоб отримати можливість пройти курс іпотерапевтичних занять, існує безліч центрів соціальних служб, які направляють сім’ї з дітьми на чергу в отриманні безкоштовних занять [4].

Для того щоб ефективно і безпечно використовувати цей вид терапії для особливих груп населення, фізіотерапевт повинен постійно бути присутнім при проведенні сеансу ІТ і давати вказівки пацієнту брати участь у сеансі терапії. Хоча рух коня є основним способом поліпшення фізичних функцій, діяльність, яку виконує вершник, також допомагає поліпшити загальну координацію і дрібну моторику [11].

Коли пацієнт сидить на коні, важливо, щоби дві особи були розташовані по обидві сторони від коня, щоби забезпечити підтримку та заохочення вершника.

Ці особи, відомі як бічні ходунки, повинні гарантувати, що безпека дитини з відхиленнями у розвитку не буде поставлена під загрозу в будь-який момент. Останній член команди іпотерапії відповідає за те, щоби направляти коня і стежити за тим, щоби були спровоковані відповідні рухи. Під час сеансу іпотерапії терапевт попросить, аби коня вели в певних напрямках із різною швидкістю для гарантії того, що пацієнт піддається випробуванню у всіх площинах і рухах [12].

Дитячий церебральний параліч характеризується множинною симптоматикою і реєструється у 2 новонароджених з 1000. Іпотерапія при ДЦП сприяє: усуненню негативного впливу гіподинамії; відновленню рухових функцій; поліпшенню фізичних і психічних показників здоров’я.

Ефективність лікувальної верхової їзди при ДЦП зумовлена такими чинниками:

1) включення в роботу всього м’язового корсета без вольової участі та мозкової активності (на звичайних тренажерах цього складно досягти, тому що дитина з ДЦП не розуміє, які слід напружувати м’язи);

2) масаж з тепловим ефектом. Під час руху від коня до людини проходить до 100 рухових імпульсів, які сприяють стисканню, розтяганню, обертанню певних частин тіла. Дитина починає усвідомлювати рух;

3) відбувається дозрівання психічних процесів.

Іпотерапія впливає на дитячий організм через два фактори: психогенний та біомеханічний. Терапевтичний ефект цього методу обумовлений тим, що під час керування автомобілем дитина намагається підтримувати рівновагу на підсвідомому рівні і тим самим, залежно від усіх м’язів тіла, не створюючи дитині дискомфорту. Крім того, в дитинстві є бажання покататися на коні, подолати страх. Це відіграє значну роль у формуванні впевненості в собі, самодисципліни та мужності. Крім того, це сприяє мотивації до навчання.

Є два основних фактори, що впливають на іпотерапію: емоційний зв’язок із твариною та активна мобілізація фізичних та розумових зусиль людей для здійснення верхової їзди. Одне їх поєднання створює умови для позитивного впливу цього методу фізичної реабілітації.

 Лікування дітей з діагнозом ДЦП, має бути комплексним (залучення неврологів, ортопедів, реабілітологів, психологів та лікарів інших спеціальностей); послідовним (терапевтичне лікування, масаж, ЛФК, з ортопедичною реабілітацією тощо), подальша неврологічна та ортопедична реабілітація; етапним (поліклініка, стаціонар, реабілітаційний центр або санаторно-курортне лікування). Та застосування інноваційних методів реабілітації бажано має бути регулярним (дельфінотерапія, анімалотерапія, Войта-терапія) [29].Унікальність іпотерапії полягає в тому, що не дивлячись на різну частоту відвідувань занять, діти, все одно, мають позитивні результати. Більш ефективні заняття в тому випадку, коли дитина відвідує їх систематично.

 Заняття верховою їздою у поєднанні з іншими фізичними вправами спонукають пацієнта до концентрації уваги і волі. Разом з успіхами у верховій їзді (навиками самостійного керування конем) у хворого з'являється віра в свої сили, активізується інтерес до життя, прагнення перебороти обмеження, що виникли внаслідок захворювання; поступово покращується світосприйняття. Кінь, співдіючи синхронно з вершником, зігріває і масує його м'язи, нормалізуючи м'язевий тонус.

 В процесі занять іпотерапією, пацієнт для збереження рівноваги інстинктивно включає в роботу численні групи м'язів, чого не можливо домогтися навіть при самій активній ЛФК з застосуванням механічних тренажерів; тіло людини інстинктивно "запам'ятовує" правильні стереотипи постави. Комплексна дії іпотерапії на організм пацієнта базується на гармонійному поєднанні біомеханічного і психогенного факторів, що забезпечують одномоментний позитивний вплив, - фізичний, інтелектуальний, психо- та соціоадаптаційний ефекти, які є важливими передумовами для подальшого розвитку методу та розширення показів до застосування верхової їзди в клінічній практиці.

Іпотерапія – унікальний метод лікування. Вона впливає на організм комплексно. Можна виділити два основних принципи:

* Фізичний (безпосередньо вплив коні на вершника при виконанні вправ або просто руху коня);
* Психологічний, або емоційний (психологічне розвантаження при спілкуванні з конем).

Основоположними в лікуванні є рухові імпульси, які тварина передає вершнику. У коня специфічний такт руху, особливий хід, схожий з ходом людини.

1. Непомітно для себе пацієнт прикладає зусилля. Адже йому потрібно напружувати м’язи, щоб не впасти, тримати рівновагу, координувати свої рухи.
2. Сидячи на коні, у вершника працюють майже всі групи м’язів, зачіпаються ті, які в звичайних умовах майже не задіяні.
3. Як правило, іпотерапія проводиться без сідла, адже температура тіла коня вища за температуру тіла людини. Таким чином відбувається масаж вже розігрітих м’язів, а це значно підсилює ефект лікування.
4. Що стосується позитивного емоційного ефекту, його значимість складно переоцінити. Дитина відчуває себе набагато впевненіше, перебуваючи поруч з конем. Діти із захворюванням ДЦП можуть чудово обходитися без колясок і милиць верхи на коні, а це дуже могутнє самоствердження для них.

 Спілкування з конем і догляд за нею дуже корисні для дітей. Це вчить їх доброті, чуйності, почуття відповідальності, виробляє здатність до довіри. Деякі діти навіть можуть ділитися секретами з цими тваринами. Вони вчаться прислухатися до партнера і бути уважнішими. Їх покидає відчуття агресії і тривоги. Найчастіше маленькі пацієнти не здогадуються, що лікуються, верхова їзда сприймається ними як розвага, тому відсутнє почуття опору, і в результаті лікування швидше приносить свої плоди.

 Ефектівность іпотерапії доведена давно і підкріплена результатами, отриманими в ході лікування. Звичайно, в складних випадках потрібно займатися роками, а це велика праця. Але це того варте. Деяким пацієнтам достатньо кількох занять, і можна помітити видимі зміни, однак це зустрічається рідко. Зустрічаються дуже важкі випадки захворювань у дітей-інвалідів. Наприклад, відомо, що тонус в м’язах у дітей, хворих на ДЦП, настільки сильний, що промацати їх іноді не вдається і досвідченому лікарю або масажиста.

 Верхова їзда дуже розслабляє і значно знижує тонус м’язів. Плюс до цього вона покращує кровотік, що теж сприяє поліпшенню рухливості і якнайшвидшому насиченню клітин мозку киснем.

 Завдяки заняттям поліпшується загальний фізичний стан пацієнта, знімаються спазми, поліпшується координація рухів. Дитина краще орієнтується в просторі. Психологічний фактор відіграє важливу роль - з’являється впевненість у своїх сілах. Що стосується дітей-аутистів, то тут заняття іпотерапією несуть тільки психологічне навантаження. Ефект від занять іноді помітний відразу. Справа в тому, що дитина і кінь дуже тісно взаємодіють. Це може нагадувати йому дружбу.

 Таким чином, маленький пацієнт стає більш відкритим до спілкування, його залишають страхи і почуття тривожності, збудливості, замкнутості, він стає уважніше, товариські і доверчевее, реакції стають швидше. В результаті лікування досягається психологічна гармонія.

 Заняття з конем допоможуть скорегувати поставу. Якщо ступінь захворювання невисока, всі зміни хребта оборотні. Навіть через деякий час після занять іпотерапією залишається рефлекс випрямлення спини, його потрібно просто підтримувати.

 Іпотерапія заснована на спілкуванні людини з конем, яке здійснюється за допомогою верхової їзди. Цілющий ефект даного виду терапії був вивчений вченими досить давно. Фахівці встановили, що верхова їзда на коні допомагає людині швидше вилікується від деяких захворювань і станів.

 Людина може і не здогадуватися про те, що лікується, в результаті чого знижується ймовірність виникнення опору і, отже, значно прискорюється весь процес психотерапії.

 Найважливішим елементом іпотерапії, через якого ефективність цього методу в ряді випадків значно вище інших методів лікування, є сильна мотивація людини до занять, бажання займатися і спілкуватися з конем.

 Заняття іпотерапією включають в себе не тільки безпосередню їзду на коні, а й спілкування і догляд за нею: це допомагає людині позбутися від зайвої тривожності і напруги, зняти стрес і мінімізувати його наслідки.

**ВИСНОВКИ**

1. Узагальнення і систематизація сучaсних нaукoвo-метoдологічних підходів і пpaктичного дoсвiду в гaлузi застосуванням іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей показали, що іпотерапія – це метод лікування, заснований на взаємодії дитини і коня, спеціально тренованого до її можливостей в опануванні верховою їздою. Позитивний вплив іпотерапії на здоров’я дитини виявляється завдяки тому, що верхова їзда вимагає постійного тренування базових рефлексів, які передбачають відповідну участь м’язів тіла, а це відіграє велику роль у лікуванні дітей, які страждають на порушення функцій опорно-рухового апарату і системи керування рухами (зокрема, при дитячому церебральному паралічі).

2. Розкрито психологічні особливості лікувального ефекту іпотерапії на дітей. Показано, що іпотерапія має лікувальний ефект не лише від їзди на коні, але й завдяки безпосередньому контакту та спілкуванню дитини з твариною, а також від догляду за нею. Такий комплекс допомагає усунути стресовий стан, позбутися напруги, почуття страху або тривоги. Іпотерапевтичні заняття допомагають розвинути такі особистісні якості дитини як уважність, чуйність, швидкість реакції, подолання страхів, набуття впевненості, позбавлення агресивності, збудливості та замкнутості. Однак, іпотерапія, при всій своїй позитивності, має певні протипоказання: ламкість та крихкість кісток – остеомієліт, остеопороз; гемофілія; епілепсія; алергія на шерсть коня; гострі форми неврологічних, психічних та серцево-судинних захворювань; сколіоз третього та четвертого ступенів.

3. Oбґpунтувaно та poзpoблено програму застосуванням іпотерапії як засобу фізичної реабілітації дітей із захворюванням Літтла. Розглядаючи іпотерапію, як особливу форму ЛФК, показано, що при її застосуванні необхідно дотримуватися принципів, які характерні для інших форм реабілітації:

1) індивідуалізації методик та дозування фізичного навантаження з урахуванням варіантів клінічного перебігу захворювання, загального стану, вікових особливостей (помірне, але більш тривале тренування є більш ефективним за посилене навантаження ЛВЇ; поступовим його збільшенням в процесі проходження курсу реабілітації);

2) регулярності занять;

3) тривалості застосування методу; компенсація порушених функцій організму можлива лише за умов тривалого і постійного повторення вправ;

4) різноманітності і періодичних впроваджень поетапних інновацій в процесі проведення занять (10-15% вправ оновлюються, а 85-90% повторюються для закріплення досягнутих результатів);

5) дотримання принципу циклічності – чергування більш інтенсивних навантажень з певним відпочинком.

Умовами для занять іпотерапією є:

- бажання, можливість та активна участь дитини та її близьких у іпотерапевтичних сеансах;

- лікарський контроль за адекватністю та ефективністю навантажень під час занять, а також їх корекція при потребі;

- комплексне використання інших методів лікування під час проведення курсу іпотерапії.

4. Oцiнка ефективності poзpoбленoї пpoгpaми фiзичнoї pеaбiлiтaцiї дітей із захворюванням Літтла засобами іпотерапії показала, що її позитивний вплив на дитину досягається завдяки тому, що:

- відбувається активація рухової активності, оскільки задіюються всі групи м’язів, в тому числі й уражені хворобою, що поступово привчає дитину до фізичних навантажень.

- відновлюються втрачені навички і порушені функції, а також розвиваються нові;

- покращується координація рухів, а при гіперкінезах (зокрема при ДЦП) зменшується наявність та амплітуду мимовільних рухів;

- покращується кровообіг, адже температура тіла коня на 1-2 градуси вища, ніж в людини;

- здійснюється унікальний мікромасаж кінцівок вершника – м’язи пасивно скорочуються завдяки тому, що вони притискаються до коня, який рухається;

- поліпшується робота нервової та ендокринної систем, що у свою чергу позитивно впливає на роботу внутрішніх органів;

- підвищується психологічна та соціальна адаптації дитини, її можливості подолати страх, невпевненість; відбувається позитивний вплив на мотивацію та волю, позбавлення від почуття неповноцінності, безпорадності і низки інших психологічний комплексів.

- задовольняється психоемоційна потреба дитини у контакті і прихильності до домашніх тварин, тренуються вольові процеси і навички спілкування не тільки з твариною, а й з людьми.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

* 1. Андрюшкявичус Г. Воздействие физического на социальность человека / Матер. 24-й науч.-мет. конф. ЛИФК Каунас, 1970, с.15-17
	2. Беллион Д. Сенсорная инвалидность и реабилитация верховой ездой / Исследовательский центр Бобиньи, Франция, 1994, 24 с.
	3. Бикнел Джоан, Хелен Хенн, Джун Вебб. Знакомьтесь: иппотерапия. Верховая езда как средство реабилитации детей (практическое руководство) / Пер. с англ. Детский экологический центр "Живая нить" ,1999, 24 с.
	4. Гопка Б.М. Нетрадиційне конярство: Навч. посібник. – К.: Вища освіта, 2008. – 191 с.
	5. Нероденко В.В. Биологические основы спортивной тренировки в конном спорте. – Черкассы, 2009. – 412 с.
	6. Обиночна З. В. Функціональні особливості закладів, що надають послуги іпотерапії. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2018. Вип. 52. С. 221–229. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Spam\_2018\_52\_33
	7. Опыт работы детского реабилитационного центра "Солнечный мир". Пособие по организации реабилитационных центров с опорой на иппотерапию, 2002, 44 с.
	8. Паначев В. Д. Управляющее воздействие адаптивной физической культуры и спорта в социализации личности детей с ограниченными жизненными возможностями. Лечебная физическая культура. 2004. № 4. С. 32–36.
	9. Полежаева А. Б. Иппотерапия: путь к здоровью: Лечение верховой ездой. Учебник здоровья, 2003. С. 111–117.
	10. Рабочая тетрадь по иппотерапии / Сост. Трубачева А.П., Венсловене Н.И., Семенайт H.A., Уфимцева Л.П. под ред. A.A. Дмитриева, 2002, 64 с.
	11. Семаго Н.Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития // Дефектология. №1, 2000, С. 66-75.
	12. Спинк Джен. Развивающая лечебная верховая езда: Принципы создания и оценка работы терапевтической команды / Джен Спинк; Предисловие А.Кетчер, Дж.Тиби, МККИ, 2001. 198 с.
	13. Хофф Ж.Ф. Терапевтическая верховая езда и психомоторные функции / Учебно-исследовательский центр «Леонардо да Винчи», Франция, 1992. 64 с.
	14. Шайдхакер М. Психотерапия и верховая езда / Пер. с нем. ДРЦ «Солнечный мир». Германия, 1987. 11 с.
	15. Шайдхакер М., Фридрих Д., Бендер В. О лечении расстройств на почве страха с помощью психотерапевтической верховой езды. Адаптивная физическая культура. 2003. № 1. С. 18–19.
	16. Штраус Ингрид. Иппотерапия / Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды // Пер. с нем. ДЭЦ «Живая нить». - МККИ 2000. 102 с.
	17. Alexander Michael A, Mattheus, Dennis J. (2010). Pediatric rehabilitation– Principles and Practice, Fourth Edition. Demos Medical Publishing, LLL. New York; p. 89.
	18. Bain A. M. (1965). Pony riding for the disabled. Physical Therapy, 51, Р. 263-265.
	19. Bass M., Duchowny, C., & Llabre, M. (2009). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, Р. 1261-1267.
	20. Basson Leon. Simultane radio-telemetrische Untersuchung und Pherd beim Springreiten. 30. Sportatz und Sportmedizin, 1970, №2, P. 30-38.
	21. Bukowska-Johnson G., Hippotherapy as one of the forms of rehabilitation. J Health Promotion and Recreation. 2011; 3: Р. 5-10.
	22. Cantu C.O. (2005) Hippotherapy: Facilitating Occupational Performance. The Exceptional Parent, 35, Р. 51-53.
	23. Cratty, Bryant J. Perceptual and motor development in infants and children. New York. 1970, 306 р.
	24. Hammer A., Nilsagard, Y., Forsberg, A., Pepa, H., Skargren, E., & Oberg, B. (2005). Evaluation of Therapeutic Riding (Sweden)/ Hippotherapy (United States). A Single-Subject Experimental Design Study Replicated in Eleven Patients with Multiple Sclerosis. Physiotherapy Theory and Practice, 21, Р. 51-77.
	25. Macauley B. L., & Guiterrez, K. M. (2004). The Effectiveness of Hippotherapy for Children with Language-Learning Disabilities. Communication Disorders Quarterly, 25, Р. 205-217.
	26. Meregillano G. (2004). Hippotherapy. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 15, Р. 843-854.
	27. Shurtleff T., Standeven, J., & Engsberg, J. (2009). Changes in Dynamic Trunk / Head Stability and Functional Reach after Hippotherapy. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90, Р. 1185-1195.
	28. Sterba J. A., Rogers B. T., France A. P., et al. (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. Dev Med Child Neurol. 2002: 44(5). Р. 301-308.
	29. Le Gall. Reabilitation par hippotherapie. Lb. 1993, 42 p.
	30. Le Gall. Верховая езда в центре восстановительного лечения / Пер. с франц. «Живая нить», Университет «Пари-Норд», Исследовательский центр Бобиньи, Франция, 1994, 24 р.
	31. Gourvitch P., Shapitsberg I., Terentieva I. Intensive Riding Therapy With Elements of Eco-System Reabilitation./ Riding the Winds of Progress. Ninth International Therapeutic Riding Congress. July 14-19, 1997. Denver, Colorado, USA, 70 p., Р.62.
	32. Ionatamishvili Nina. Riding therapy rehabilitation methods of child cerebral palsy./ It's the horse that makes the difference. 10-th International Congress in France -Angers Saumur, France 26-29 Avril 2000, 111 p., Р.96.
	33. Levy Michel. Traite d'hygiene, 5-e edit. Paris, 1869.
	34. Loria Manon, Merabishvili J. Hippotherapy at displastive scoliosis of the 1st and 2nd degrees./ Ill Europaisher kongress fur therapeutishes reiten. 17-19 Sep. 1998. -Bezirskeankenhaus Haar bei Munchen, Р. 16-17.
	35. Loria Manon. The Importance of Corrective Mechanism of Hippotherapy in the treatment of displastive scoliosis of 1 and 2 degrees./ Georgian medical News, № 3 (48), March 1998, Р.22-25
	36. Loria Manon. The Foundations of biomechanic of Riding Therapy at Displastive Scoliosis./ Proc. Georgian Axad. Sci., Biol. Ser., 1999, vol. 25, №1-3, Р.49-53.
	37. Mayberry R.P. The mystique of the horse is strong medicine-riding as therapeutic recreation./Rehabilitat. lit. 39, 1978, Р.192-196.
	38. Von der Muhlen M. Гиппотерапия в психиатрии собственный опыт, как переживание./ Пер. с нем. «Живая нить».// «Kranken Gymnastik» №1, 1983, Р.16-18.
	39. Robert Noemi. Hippotherapy in The Soviet Union / Man and Horse: Dynamic Steps in Europe. III Europeation congress of therapeutic riding in Munich. 17-19 September 1998, 68 p., Р. 10-11.
	40. Robert Noe'mi. Hippotherapy as a special form of therapeutic medical training./ It's the horse that makes the difference. 10-th International Congress in France - Angers Saumur, France 26-29 Avril 2000, 111 p., p.74.
	41. Rukhadze M., Sheshaberidze E. Pathogenetic Basis of Hippotherapy system during physical Rehabilitation of the Osteochondrose of the Spine. III Europaischer fur Therapeutisches Reiten. München, Haar, 1998. Р. 13-14.
	42. Shpitsberg Igor. Therapeutic riding new possibilities body oriented psychotherapy./ It's the horse that makes the difference. 10-th International Congress in France - Angers - Saumur, France 26-29 Avril 2000, 111 p., p.70.
	43. Suire G. Riding for Disabled Asssociation. GB, 1988. 28 p.
	44. Tissot. Gymnastique medisinale et chirurgicale. France, 1980. 116 p.
	45. Wilber K. The Atman Project: A Transpersonal View of Human Development. - Wheaton, Illinois.: Theosophical Publishing House, 1980.