

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Председатель ГЭК,

должность

\_\_\_\_\_ ФИО

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИППОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Диссертация

На соискание степени Магистра по направлению 030300 – Психология

Основная образовательная программа «Психология развития и образования»

Направление 030300 – Психология

1–ый рецензент:

к. психол. наук, доцент

Бучкина Ирина Петровна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Исполнитель

Студент

Жеребятьева Вера

\_\_\_\_\_ (подпись)

2–ой рецензент:

к. психол. наук, доцент

Оленникова Марина Васильевна

\_\_\_\_\_ (подпись) Научный руководитель:

Доктор психологических наук, профессор

Посохова Светлана Тимофеевна \_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург

2017

## **Оглавление**

Generating Table of Contents for Word Import ...

## **Аннотация**

Проблема исследования заключалась в изучении связи психологических эффектов иппотерапии с формированием адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Исследование проводилось на базах конно–спортивных центров г. Санкт–Петербурга, где практикуются занятия по иппотерапии. Оценку психологических эффектов иппотерапии проводили основные субъекты психологического сопровождения ребенка с ОВЗ: 44 родителя и 15 иппотерапевтов. Объектом исследования является интеграция психологических эффектов иппотерапевтических занятий и компонентов адаптационного потенциала детей с ОВЗ. В исследовании использовался комплекс методик, для диагностики основных проявлений психологических эффектов наблюдающихся иппотерапевтами и родителями как на занятиях с лошадью, так и в домашней обстановке. Дополнительно изучался уровень тревожности родителей и иппотерапевтов. Полученные данные обрабатывались с помощью контент-анализа, описательной статистики, корреляционного и факторного анализа. Были выявлены взаимосвязи между оценкой проявлений психологических эффектов иппотерапевтами и родителями; взаимосвязи между компонентами адаптационного потенциала и особенностями самочувствия детей с ОВЗ после занятий на лошади. Раскрыты также особенности психологических эффектов иппотерапии для детей с детским церебральным параличом. Гипотезы подтвердились частично.

Research's problem was to learn how hippotherapy's psychological effects are connected with the forming adaptive potential of children with health limitations. The research was carried out at Saint Petersburg's horseback riding centers, where hippotherapy activities are organised. Valuation of hippotherapy's psychological effects was performed by main subjects that psychologically accompanied the child with health limitations: 44 parents and 15 hippotherapeuts. The research's object is

the integration of the hippotherapy activities' psychological effects and components of the adaptive potential of children with health limitations. In the research complex of methods was used for diagnosing basic psycholgical effects' displays, that were observed by the hippotherapeuts and parents both at hippotherapy activities and at home. Also parents' and hippotherapeuts' level of anxiety was learned. Obtained data were analysed using content-analysis, descriptive statistics, correlation and factor analysis. Interconnections were found between hippotherapeuts' and parents' valuation of psychological effects' displays; interconnections between components of adaptive potential and well-being's specificities of children with health limitations after activities with the horse.

Also specificities of hippotherapy's psychological effects for children with infantile cerebral palsy were disclosed. Hypothesis' were partly confirmed.

## **Введение**

В современной социо–культурной ситуации обостряется проблема интеграции и инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Процесс адаптации и социализации детей, имеющих нарушенное развитие, также является одной из ведущих проблем. В связи с ежегодным увеличением числа таких детей, возрастает необходимость выбора метода специальной психологической помощи и сопровождения детей с разным видом дизонтогенеза.

Существует большое количество способов поддержки, реабилитации и адаптации для детей с особенностями в развитии. Все они вариабельны по своему содержанию. Их применение зависит, в первую очередь, от вида

нарушенного развития, тяжести имеющейся патологии, возраст ребенка, возможности родителей. Важно отметить, что возможности методов психологической помощи определяются и характером болезни, его продолжительностью, показаниями и противопоказаниями к применению тех или иных методов. Среди современных методов существуют и такие, популярность которых с каждым днём возрастает. Сегодня, предпочтение часто отдается *иппотерапии* – лечебная верховая езда (ЛВЕ). Это сравнительно недавно появившийся метод психологической, реабилитационной и адаптационной помощи, несмотря на то, что об этом методе говорил ещё сам Гиппократ. В древней Греции в практике воплощалась идея о том, что воздействие лошади на организм человека помогает вылечить истерию. Последние 20-30 лет иппотерапия развивается как научно–обоснованный метод реабилитации и адаптации.

Реальная эффективность иппотерапии привела к тому, что этот метод интенсивно развивается в США, Германии, Великобритании, Италии, Франции и других странах. В России иппотерапия практикуется, начиная с 1990 года. Первое научное обоснование получает благодаря исследованию Дрёмовой Г.В. о влиянии иппотерапии на социальную интеграцию и реабилитацию лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата Дрёмова Г.В., 1996). (В дальнейшем исследуется эффективность воздействия иппотерапии на детей с задержкой развития (Жихарева Ю.Н., 2002), влияние иппотерапии на детско-родительские отношения (Филатова-Сафонова М.А., 2002), на динамику психического развития при детском церебральном параличе (Чеснокова Л.С., 2005).

Однако, несмотря на растущую популярность этого вида психотерапии, теоретических и методических работ в этой области чрезвычайно мало. И в первую очередь отсутствуют исследования, направленные на комплексное изучение воздействия иппотерапии, учитывающее формирование в процессе иппотерапевтических занятий системы «ребенок–лошадь–иппотерапевт–родитель». Научному анализу не подвергалось также изучение психологических эффектов иппотерапевтического процесса, его адаптационных возможностей, эмоциональных особенностей иппотерапевтов и родителей.

В связи с этим возникает определенный парадокс. Сегодня иппотерапия приобретает все большее социальное значение, используется как медицинский подход к лечению и оздоровлению. Однако исследований, направленных на изучение психологической эффективности иппотерапии, влияющей на результат лечение не так много. Вдобавок, мало изучены психологические эффекты лечебной верховой езды в формировании адаптационного потенциала детей с ОВЗ. Данный парадокс определят проблему исследования, заключающуюся в установлении взаимосвязи психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

Рассматривая проблему психологической эффективности иппотерапии мы столкнулись с методическими трудностями. Лечебная верховая езда показана детям с разными особенностями развития, в том числе со сложными и сочетанными нарушениями. Эти дети часто не способны к рефлексии и вербализации своих переживаний. В связи с этим к нашему исследованию привлекались те лица, которые участвуют в сопровождении иппотерапии детей с ОВЗ – это инструкторы и родители. Они являются ключевыми субъектами реабилитационного процесса, наблюдающие его с разных сторон, что позволяет увидеть разнообразие психологических эффектов иппотерапии.

Цель данного исследования состоит в том, чтобы раскрыть взаимосвязи психологических эффектов иппотерапевтических занятий, диагностируемых разными субъектами психологического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, с компонентами адаптационного потенциала.

Под психологическим сопровождением мы понимали совместное участие иппотерапевтов и родителей детей с ОВЗ в организации и проведении иппотерапевтических занятий, обеспечивающее психологическую и физическую безопасность, а также раскрытие адаптационного потенциала детей с ОВЗ. Под психологическими эффектами иппотерапии мы понимали комплекс проявлений, сопровождающих иппотерапевтическое занятие. В него были включены: эмоциональные, коммуникативные, соматические, энергетические, регуляторные, рефлексивные, мотивационные, поведенческие, координационные проявления.

### **Гипотезы исследования:**

1. Гипотеза 1: иппотерапевтические занятия, воздействуя на организм и психику ребенка с ОВЗ, сопровождаются психологическими эффектами, которые коррелируют с компонентами адаптационного потенциала детей с ОВЗ.
2. Гипотеза 2: психологическая эффективность иппотерапии обусловливается диагнозом ребенка с ОВЗ. В процессе иппотерапевтических занятий у детей с ДЦП более выражены проявления эмоционального и соматического эффектов, а у детей с другими диагнозами – коммуникативного и регуляторного.
3. Гипотеза 3: в процессе иппотерапевтических занятий иппотерапевты в большей степени фиксируют внимание на энергетических эффектах, в то время как родители - на эмоциональных и коммуникативных.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать современные научные исследования по проблеме психологических эффектов иппотерапии и адаптационного потенциала детей с ОВЗ.
2. Раскрыть содержание и структуру психологических эффектов иппотерапевтических занятий, диагностируемых иппотерапевтами и родителями.
3. Выявить связи между психологическими эффектами иппотерапии и компонентами адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья.
6. Сравнить проявления психологических эффектов иппотерапии детей с ДЦП и другими диагнозами.
7. Разработать комплекс методических средств для выявления психологических эффектов иппотерапии детей с ОВЗ.

**Объект исследования** – интеграция психологических эффектов иппотерапевтических занятий и компонентов адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

**Предмет исследования** – психологические эффекты занятий по иппотерапии.

В исследовании были использованы следующие методы статистической обработки эмпирических данных:

- контент–анализ – для выявления содержания психологических эффектов иппотерапии;
- описательная статистика;
- подсчет средне групповых значений и стандартного отклонения;
- корреляционный анализ по методу Спирмена для независимых выборок;
- факторный анализ.

Подсчёт данных производился в программах: Microsoft Office Excel 2008 и статистический пакет для социальных наук SPSS Statistics 23 [43].



# ГЛАВА 1 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ ИППОТЕРАПИИ

## 1.1 Необходимость психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья

По данным медицинской статистики в мире снижается интегральный индекс общего здоровья населения, что обуславливается многими факторами, в том числе и ростом числа инвалидов. В настоящее время общее число инвалидов в России, которое определяется по международной методике подсчета лиц, находящихся на учете в гражданских органах социальной защиты населения, составляет более 13 млн человек. Это почти десятая часть населения страны: 80% из этого количества имеют инвалидность 1 и 2 степени [29, с.73]. При этом, число людей, получивших инвалидность по здоровью в детском возрасте и до 16 лет, растет с каждым годом.

Нарушенное развитие (дизонтогенез) – это особый способ генезиса психики, как полагал Л.С. Выготский. Нарушенное развитие понимается автором как обычное развитие при необычных условиях, где конечный результат останется неизменным [11].

Одна из глубоких и наиболее известных разработок в области аномального развития была сделана выдающимся отечественным психологом Л.С. Выготским (1931). Развитие аномального ребенка происходит по особенным закономерностям, и обусловливается двумя факторами:

- фактор 1 – время возникновения первичного дефекта, т.е. то, что сформировалось до системы основных функций. Например, у детей с ослаблением слуха в большинстве наблюдается недоразвитие, либо отсутствие речи [35, С.29];
- фактор 2 – степень выраженности первичного вида дефекта. В свою очередь существует два вида дефекта, первый из которых – частный, второй – общий. Частный выражается в дефиците отдельных функций гнониса<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Гнонис (греч. *gnosis* - познавание, знание) - это способность узнавать предметы по чувственным восприятиям. Например, человек не только видит, но и узнает ранее виденные предметы.

практика<sup>2</sup>, речи. Общий вид дефекта связан с нарушением регуляторных систем.

Проводя анализ аномального развития, Л.С. Выготский акцентирует внимание на том, что «...недоразвитие высших психических функций у аномальных детей возникает как добавочное, вторичное явление, надстраивающееся на основе первичных особенностей. А недоразвитие низших психических функций является прямым следствием дефекта» [13, С. 196].

Психический дизонтогенез выделяется как один из важнейших компонентов аномального развития организма. Он проявляется в нарушениях психического развития и обусловливается биологическими (экзо-, эндогенными и пр.) патогенными факторами, а также длительным воздействием микро-социо-средовых факторов и их разнообразными сочетаниями. Важно отметить, что определенное соотношение факторов дает основания для классификации видов дизонтогенеза, которые позволяют наглядно рассмотреть его форму, специфические проявления и спрогнозировать дальнейший ход коррекционно-развивающих мероприятий [67].

Дизонтогенез психического развития в детском возрасте имеет свою специфику. Чем меньше возраст ребенка, тем большую роль в патопсихологическом развитии играют так называемые возрастные симптомы, отражающие патологически измененные проявления нормального возрастного развития. С точки зрения Б.В. Зейгарник, «чем меньше ребенок, тем больше на первый план будут выступать явления нарушения развития...» [26, С. 92]. Помимо этого, чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза будет выступать компонент психического недоразвития. Некоторый ряд аномалий характеризуется определенными патологическими, и в первую очередь, аффективными образованиями, которые тормозят формирование не только эмоциональной сферы, но и других сторон психики ребенка. Признаками нарушений развития могут быть симптомы ретардации и патологической акселерации в формировании отдельных психических функций [32].

---

<sup>2</sup> Праксис (греч. *praxis* — действие) — координированное, сознательное произвольное движение или действие.

Одна из глубоких разработок в области аномального развития были сделаны выдающимся отечественным психологом Л.С. Выготским. Развитие аномального ребенка происходит по особенным закономерностям, и обуславливается несколькими видами факторов:

- фактор 1 – время возникновения первичного дефекта, т.е. то, что сформировалось до системы основных функций. Например, у детей с ослаблением слуха в большинстве наблюдается недоразвитие, либо отсутствие речи [35, С. 29];
- фактор 2 – степень выраженности первичного вида дефекта. В свою очередь существует два вида дефекта, первый из которых – частный, второй – общий. Частный выражается в дефиците отдельных функций гносиа<sup>3</sup>, праксиса<sup>4</sup>, речи. Общий вид дефекта связан с нарушением регуляторных систем.

Для более дифференциированного подхода к пониманию психологической сущности нарушений, необходимо рассмотреть основные классификации этих нарушений. Такой подход поможет выделить именно те виды дизонтогенеза, которые поддаются коррекции с помощью иппотерапии. В большинстве исследований, посвященных изучению аномального развития человека отчетливо проявляются сходные критерии классификаций психического дизонтогенеза. Приведенные ниже классификации, хотя и разработаны в середине прошлого века, не теряют свою актуальность и сегодня, в связи с большой потребностью в научных обобщениях и в базе для проведения исследований.

Проводя анализ аномального развития, Л.С. Выготский акцентирует внимание на том, что «...недоразвитие высших психических функций у аномальных детей возникает как добавочное, вторичное явление, надстраивающееся на основе первичных особенностей. А недоразвитие низших психических функций является прямым следствием дефекта» [13, С.196].

---

<sup>3</sup> Гносиc (греч. *gnosis* - познавание, знание) - это способность узнавать предметы по чувственным восприятиям. Например, человек не только видит, но и узнает ранее виденные предметы.

<sup>4</sup> Праксис (греч. *praxis* — действие) — координированное, сознательное произвольное движение или действие.

Так, Г.Е. Сухарева (1959), опубликовавшая свою классификацию в 1959 г., различает три обобщенных вида нарушений развития с позиции патогенеза:

- Задержанное,
- Искаженное,
- Поврежденное.

В отличие от этой классификации, Я. Лутц (1968) выделяет пять типов нарушений и связывает их с определенными нарушениями:

- необратимое недоразвитие – связывается с моделью олигофрении;
- дисгармоническое развитие – связывается с психопатией;
- регressiveющее развитие – связывается с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией;
- альтернирующее развитие – связывается с состояниями асинхронии (ретардация/акселерация), наблюдаемые при самых разных соматических и психических патологиях;
- развитие, измененное по направленности и качеству в связи с шизофреническим процессом.

Несколько позднее, В.В. Ковалев (1976) выделяет три основных вида дизонтогенеза:

- Ретардация - приостановка или в запаздывании как общего развития психики, так и отдельных ее составляющих;
- Асинхрония – непропорциональное, искаженное психическое развитие, наблюдаемое при преобладании в развитии одних психических функций над другими функциями и свойствами (искаженный темп развития психики в целом);
- Дисфункция созревания – связана с морффункциональной возрастной несформированностью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга, а также воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды.

Основные клинические типы психического дизонтогенеза, по Г.К. Ушакову (1973) - это:

- Ретардация - стойкое или замедленное психическое недоразвитие;

- Асинхрония как дисгармоническое, неравномерное развитие, имеющая признаки ретардации и акселерации.

В.В. Лебединский и его коллеги расширяют предыдущую классификацию и считают, что психический дизонтогенез должен быть представлен в следующих вариантах [32, с.17]:

- недоразвитие;
- задержанное развитие;
- поврежденное развитие;
- дефицитарное развитие;
- искаженное развитие;
- дисгармоническое развитие.

Изучение интеграционного потенциала важно при всех видах отклонений в развитии, однако это наиболее актуально при следующих: детский церебральный паралич (ДЦП), аутизм, задержка психического развития (ЗПР), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), нарушения интеллектуальной сферы, заболевания, имеющие генетическую предрасположенность и т.п. Следует отметить, что все выше перечисленные заболевания возникают в детском возрасте, при рождении, или еще до рождения ребенка. Необходимость помочь ребенку с ограниченными возможностями здоровья постоянно растет, поскольку, чем раньше будет купировано патологическое состояние и чем раньше будет поступать необходимая коррекция или поддержание здоровья, тем легче установить причину и найти наиболее подходящий вид помощи. Для конкретизации возможных видов помощи детям с ОВЗ, необходимо рассмотреть на особых психологических проявлениях при некоторых видах отклонений.

## **1.2 Психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья**

Ниже более подробно рассмотрим те виды дизонтогенеза, которые потенциально возможно встретить в условиях иппотерапевтических занятий.

**Дети с детским церебральным параличом.** Детский церебральный паралич –

это тяжелое заболевание центральной нервной системы, возникающее в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают "молодые" отделы мозга - большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич представляет собой непрогрессирующее резидуальное (остаточное) заболевание, при этом с возрастом и под действием лечебно-коррекционного воздействия состояние ребенка, как правило, улучшается [54].

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: замедляется формирование функции удержания головы, навыков сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности [37]. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи [8].

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания:

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии и дистонии). Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы. Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса — спастичность. При этом характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести какое-либо движение. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии максимального повышения мышечного тонуса — тетануса. Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия. При низком мышечном тонусе — гипотонии, мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в

результате чего оно может оказаться невозможным. При осложненных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга и нервной системы может наблюдаться полное или частичное отсутствие движений. Полное их отсутствие обусловлено поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных путей, называется *центральным параличом*, а ограничение объема движений — *центральным парезом*. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы и тонуса. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук [72].

3. Наличие насильственных движений характерно для многих форм ДЦП и проявляться в виде гиперкинезов и трепора. Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища. Тремор — дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения трепор усиливается, например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальценосовая проба по выявлению трепора) [72].

4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдаются в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе (туловищная атаксия). В

тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается трепет. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме [71].

5. Нарушение ощущений движений (кинестезии). Ощущение движений осуществляемые с помощью проприорецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах, передают в информацию о положении конечностей и туловища в пространстве центральную нервную систему. При всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений. [71].

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов, или статокинетических рефлексов. Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии таких рефлексов ребенку трудно удерживать голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Синкинезии -- это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений. Ребенок пытается взять предмет одной рукой, а происходит сгибание другой руки; ребенок не может

разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении руки в целом и пальцы разгибаются [57].

8. Наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга искажает последовательность этапов его созревания. Тонические рефлексы проявляются в первые месяцы жизни в процессе нормального развития. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени безусловно-рефлекторной деятельности ребенка так называемых установочных рефлексов. При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым относятся позотонические рефлексы. Патологически усиленные позотонические рефлексы нарушают естественный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования деформаций движений, поз и т.п. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью – возможность научиться самообслуживанию отсутствует. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Они могут самостоятельно ездить на городском транспорте, наблюдается высокий уровень развития манипулятивной деятельности. Однако у таких детей могут отмечаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные, снижение мышечной силы [57].

Описанные выше факторы, обуславливающие специфику двигательного дефекта при ДЦП, дают возможность максимально подробно определить потенциал дальнейшего развития ребенка. Классификацию основных форм

детского церебрального паралича, предложена А. Фордом (1952) и модифицирована вначале Д.С. Футером (1958), а затем К.А. Семеновой (1964). Эта классификация используется в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов и др. специалистов. Согласно этой классификации выделяются пять форм ДЦП: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма. В целях повышения эффективности, целесообразно понимать особенности этих форм:

1. Спастическая диплегия характеризуется поражением и руки, и ноги, причем нижние конечности поражаются в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна - от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является увеличение спастичности (повышение мышечного тонуса) в конечностях, ограничение силы и объема движений в 19 сочетании с нередуцированными тоническими рефлексами. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает возможность опираться на стопы, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. К.А. Семенова указывает, что к 1-3 годам и позже начинают развиваться установочные рефлексы и произвольная моторика. Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте за счет включения в основную образовательную программу занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Среди 20-25% детей со спастической диплегией отмечают наличие умственной отсталости в легкой степени.[58].

- Спастическая диплегия. С точки зрения прогноза – благоприятная форма заболевания с т.з. излечения психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении формирования двигательных функций [4].
- Двойная гемиплегия - это самая тяжелая форма ДЦП, при которой

отмечается тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные нарушения представлены тетрапарезом, где поражаются все конечности в равной степени в руках и в ногах, при этом, поражение верхних конечностей может быть выражена сильнее. Основные клинические проявления двойной гемиплегии - преобладание слабости и ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функциональность верхних конечностей не развивается. У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анатрии, тяжелой спастико-риgidной дизартрии (речь полностью отсутствует либо большой произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции бедные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженное интеллектуальное недоразвитие. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто наблюдаются судороги (45-60%). Прогноз двигательного, психического и речевого развития, как правило, неблагоприятный, вероятность лечения и выздоровления сводится к нулю. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладеваю навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией не поддаются обучению. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

- Гемипаретическая форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. К.А.Семенова, Л.О. Бадалян указывают, что левое полушарие при воздействии вредоносных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны [56, 4]. В зависимости от локализации поражения при гемипаретической форме ДЦП могут наблюдаться различные сочетанные нарушения. При поражении левого полушария часто

отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета.

Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечаются нарушения пространственной ориентации, а также патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею [3].

Возможность обучения и формирование уровня социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

- Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется поражением подкорковых отделов мозга. Этиологическим моментом является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по группе крови или резус-фактору), а также кровоизлияние в область полосатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы [56].

Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильтенных движений - *гиперкинезов*. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. Психическое развитие не подвергается сильному нарушению в отличие от других форм церебрального паралича. Развитие интеллекта в большинстве случаев вполне удовлетворительно, часто приближается к нормальному. Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от

характера и интенсивности гиперкинезов. По данным К.А.Семеновой, 70-80% детей овладеваают моторными функциями, большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, значительно нарушены. С точки зрения прогноза возможного развития - это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать [57].

- Атонически-астатическая форма ДЦП. При данной форме церебрального паралича обнаруживается поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, трепет, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений). У большинства детей отмечается речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; часто возникает алалия. При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети - малоинициативные, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. По данным К.А.Семеновой, в 55% случаев помимо тяжелых двигательных нарушений, дети с атонически-астатической формой ДЦП страдают умственной отсталостью. Такие нарушения являются сочетанными, при которых дети испытывают серьёзные трудности в освоении навыков самообслуживания, снижается вероятность их возможностей обучения в школе. Это обстоятельство направляет таких детей в учреждения Министерства социальной защиты для поддержки и помощи таки детям в адаптации и развитии [58].

**Дети с умственной отсталостью.** По данным международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ–10), умственная отсталость определяется как состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется, прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта, а также уровень развития когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Специфика нарушений состояния психического здоровья умственно-отсталых детей характеризуется в первую очередь тотальным недоразвитием высших корковых функций, инертностью психических процессов, тотальным недоразвитием познавательной деятельности при выраженным стойком дефиците абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения.

Умственная отсталость как вид дизонтогенеза может иметь ряд причин возникновения, среди которых выделяют социальные факторы, такие как алкоголизм родителей, неблагоприятная окружающая среда и биологические факторы: интоксикация, или серьезные заболевания во время внутриутробного развития, наследственность, травмы при родах и т.п. Согласно данным МКБ–10, умственную отсталость разделяют на несколько степеней заболевания, а именно – легкая (дебильность), умеренная (имбецильность), тяжелая и глубокая (идиотия) [39].

Легкая степень умственной отсталости характеризуется низким уровнем интеллекта ( $IQ = 67–50$  баллов), при этом внешне ребенок не отличается от своих сверстников. Говоря об уровне развития психических процессов, у ребенка с легкой степенью умственной отсталости наблюдается снижение внимания, в частности его концентрации, что отчетливо можно проследить во время обучения. В связи с данным обстоятельством, ребенку сложно учиться в школе, поскольку снижается трудоспособность и познаваемая деятельность не вызывает интереса. Дети с легкой степенью умственной отсталости могут овладеть простейшими трудовыми навыками. В связи с этим у них не будет особых проблем в освоении навыков самообслуживания, а также в обучении письму, чтению. Проблемы социализации и адаптации таких детей тоже имеют свои особенности. Глубокая привязанность к родителями и зависимость детей

от них провоцируют возникновение проблем в процессе адаптации к окружающей среде. Проблемы социализации тоже имеют свои особенности в силу трудностей в построении контактов с окружающими людьми. С этим связано наличие недостатков речевого развития, а также качество коммуникации [41].

Умеренная степень умственной отсталости характеризуется заметным отставанием в развитии в целом и психических функций в частности, а также низким интеллектом (IQ равняется 49–35 баллов). Уровень мыслительных процессов у таких детей сводится к минимуму. Наблюдаются трудности с процессами восприятия и внимания. Трудности процесса обучения и образования таких детей в массовой школе обусловливается не только особенностями развития психики, но и заметным отставанием в развитии моторной функции и низким уровнем речевой активности. Поэтому им необходима специальная коррекционная школа, где обучение приобретает специфическую направленность и уникальность образовательного маршрута. Трудовые навыки формируются, однако дети с умственной отсталостью умеренной степени могут обучаться простейшим навыкам, самостоятельно обслуживать себя, могут обучаться писать, читать, считать. Но проживать отдельно и получить образование они не смогут, так как за ними нужен постоянный уход и контроль.

Тяжелая степень умственной отсталости характеризуется снижением интеллекта до IQ= 34-20 баллов, снижением развития всех психических процессов: низкий объем внимания, его концентрация снижена, неспособностью к целенаправленному запоминанию, слабость произвольной памяти, низкая точность воспроизведения информации, недоразвитое мышление, неспособность действовать по аналогии. Отмечается недоразвитие абстрактного мышления, с т.з. Л.С. Выготского, оно не развито. [13].

Глубокая степень умственной отсталости – по данным МКБ–10, данная степень умственной отсталости характеризуется низким уровнем интеллекта (IQ ниже 20), к достижению зрелого возраста умственное развитие держится ниже уровня развития в трехлетнего ребенка. В результате ребенку, а после –

человеку сложно и тяжело овладеть навыками самообслуживания, коммуникабельности и подвижности [39].

Необходимо также отметить, что семья, в которой воспитывается ребенок имеющий нарушения в интеллектуальном развитии, психологически травмирована в силу изменения взглядов родителей по отношению к себе и к окружающему миру. Г.А. Мишина выделяет в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста, ряд особенностей:

- неумение создавать ситуацию совместной деятельности;
- неэмоциональный характер сотрудничества;
- неадекватный стиль воспитания;
- недостаточная потребность в общении с ребенком;
- низкая социальная активность [42].

Осознание дефицита интеллектуального развития умственно отсталых детей является психотравмирующим фактором для их родителей [64, С. 3-9]. Несмотря на это, ребенок начинает восприниматься, как носитель иных, не свойственных данной семье качеств. Г. А. Мишина подчеркивает, что родители умственно отсталых детей очень боятся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку. Они используют все возможности для его изменения на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (РДА, ДЦП и др.) [63].

Специалисты подчеркивают необходимость включения родителей умственно отсталых детей в коррекционно-воспитательный процесс, разрабатывают приемы и методы психокоррекционной помощи. Следует отметить, что среди родителей детей с умственной отсталостью высок процент лиц, имеющих интеллектуальные нарушения. Это значительно снижает возможности семьи по созданию реабилитационных условий, обеспечивающих оптимальное развитие умственно отсталого ребенка. Несмотря на имеющийся потенциал к развитию, исключает возможность полностью выздороветь, а также успешно социализироваться.

### **Дети с расстройством аутистического спектра.**

Швейцарский психиатр Л. Каннер в 1943 г. впервые дал целостное описание синдрома, наблюдавшегося в детской психиатрической практике, который он обозначил как ранний детский аутизм (РДА). Основным нарушением в

описанных им клинических случаях он считал неспособность детей с самого рождения устанавливать отношения с окружающими людьми и правильно реагировать на внешние ситуации. Сначала это расстройство Л. Каннер относил к детской форме шизофрении, но затем признал его самостоятельность, а причины искал в аффективной сфере, а также со стороны органических нарушений. С тех пор не утихают споры относительно этиологии, патогенеза, клиники, лечения, прогноза этого психического расстройства [64]. Согласно всемирной организации здравоохранения, детский аутизм - это особое нарушение психологического развития, проявляющееся трудностями общения и социального взаимодействия. Поведение, проявляющееся в холодности и безразличии аутичных детей даже к близким, часто сочетается с повышенной ранимостью и эмоциональной хрупкостью. Дети пугаются резких звуков, громкого голоса, малейших замечаний в свой адрес, что особо затрудняет их взаимодействие с ближним окружением и требует постоянного создания специальных условий для их жизнедеятельности. Трудности с адаптацией в социуме обуславливаются в первую очередь построением коммуникации с ближним окружением – в семье. Вне зависимости от вида нарушенного развития своего ребенка, для каждой семьи это – трагедия. Велика вероятность возникновения психических травм у родителей, личность которых травмируется из-за подобных ситуаций. Родителям, имеющим детей с аутизмом необходима высокая степень эмоциональной выдержки. Дети с расстройствами аутистического спектра очень нуждаются в их внимании и опеке, повышая собственную ранимость и превращают родителей в эмоциональных доноров.

В настоящее время в работе с родителями аутичных детей используется метод холдинг-терапии. Холдинг-терапия – метод, разработанный доктором М. Либлингом в 1983 году, – метод объятий, где задача родителя прижать ребенка к себе, говоря при этом слова любви к нему, через его сопротивление и ярко выражаемый протест и злобу на давление. После того, как ребенок устал сопротивляться, он погружается в глубокое и любящее родительское объятие. Метод холдинг-терапии позволяет выработать у ребенка формы позитивного эмоционального контроля, снять эмоциональное напряжение, страхи, тревогу. Как показывает практика, показанием к применению метода холдинг–терапии

для детей с расстройствами аутистического спектра является неспособность таких детей создавать позитивный эмоциональный контакт с мамой, что является нормой у здоровых детей. В результате холдинга прогрессирует речевое развитие аутичных детей, формируются новые виды эмоционального контакта. Этот метод дает возможность также улучшить понимание родителями проблем и возможностей аутичного ребенка, обучить родителей адекватным способам взаимодействия с ребенком и конкретным приемам коррекционной работы. Однако, кроме имеющихся положительных результатов работы, наблюдаются определенные трудности и нюансы использования холдинг-терапии.

Некоторые авторы говорят о том, что метод холдинг терапии нарушает естественное формирование доверия через насилиственное объятие ребенка, что может вызвать эмоционально выраженную злобную реакцию. Алис Миллер писала о холдинг-терапии как об одном из видов нарушения прав человека. Согласно ее мнению, ребенок, получивший сеанс холдинг терапии, может быть подвергнут совершенному обману и искажению человеческого восприятия; «...человеческой природе свойственна нетерпимость и сопротивление к применению силы. Использование принудительного удерживания ребенка родителем неизбежно порождает сильное чувство страха, смущения, беспомощности, злости и предательства, поскольку естественные попытки ребенка вырваться остаются без внимания тех людей, которых они полюбили и которым доверились» [40].

Кроме холдинг-терапии для детей с РДА набирают популярность и другие средства, направленные в первую очередь на психологическую поддержку и психокоррекционную помощь. Не мало исследований проведено в связи с проблемами изучения эффективности иппотерапии для данного вида нарушенного развития. Проблемами социализации и адаптации детей с РДА с помощью взаимодействия с лошадью занимаются лишь некоторые авторы в связи с малыми научными разработками метода. Однако, имеющиеся исследования, посвященные данной тематике, акцентируют внимание на эффективности иппотерапии как возможность помочь таким детям в процессе адаптации к окружающей среде. Так, зарубежные исследования в основном

направлены на изучение взаимодействия лошади и ребенка. С точки зрения исследователей США, лошадь является посредником, учителем, помощником для ребенка с РДА. Ребенок с аутизмом зачастую не разговаривает, находясь в своем внутреннем мире. Лошадь может стать частью этого мира и помочь ребенку, выходя с ним за пределы и погружаясь в окружающую среду [76].

**Дети с задержкой психического развития<sup>5</sup>,** осложненной выраженными нарушениями поведения. Задержка психического развития (ЗПР) - это обратимое замедление темпа психического развития, которое обнаруживается преимущественно при поступлении в школу. Оно характеризуется недостаточностью общего запаса знаний, ограниченностью представлений, незрелостью мышления, низкой интеллектуальной целенаправленностью, преобладанием игровых интересов, ребенку быстро надоедает заниматься интеллектуальной деятельностью [28].

По классификации В.В Лебединского, выделяется 4 вида задержки психического развития исходя из процесса развития:

1. Конституциональный генез характеризуется несформированностью эмоционально–волевой сферы при том, что он готов идти в школу. Также проявляется непонимания чувства долга, ответственности, небрежное отношение к обучению. Ведущая деятельность – игровая. Отношение родителей и воспитание такого ребенка ведется по типу кумира семьи.

2. Соматогенный генез характеризуется длительными соматическими заболеваниями, снижением уровня развития психических функций. Воспитание в семье ведется согласно стилю – гиперопеки.

3. Психогенный генез – связан с неблагоприятными условиями воспитания в семье, что препятствует развития личности ребенка. Аномальное развитие личности ребенка происходит вследствие использования некоторых стилей воспитания – гиперопека, безнадзорность, детоцентрическое воспитание, жестокое воспитание с применением психологического давления.

4. Церебрально–органический генез характеризуется глубоким и

---

<sup>5</sup> ЗПР - задержка психического развития ( код F80-F89)- это расстройства, характеризующиеся следующими признаками: начало заболевания происходит в младенческом или летском возрасте; нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы (ЦНС); устойчивое течение без ремиссий и рецидивов [39].

стойким нарушением развития мозговых структур, что является причиной интеллектуальной недостаточности. Отмечается также нарушения речи, невозможность ребенка дифференцировать эмоции, сложность в построении межличностных отношений, несформированы коммуникационное навыки [28].

Ребенок с ЗПР отличается от ребенка с умственной отсталостью, сообразительностью в пределах имеющихся знаний. Дети с задержкой психического развития относятся к аномалии, имеющей более благоприятное будущее, чем другие дети с проблемами в развитии. Возможная «обратимость» возникших нарушений в случае проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает этих детей одной из перспективных для сознания родителей категорий. Однако сопутствующие нарушения, возникающие в ряде случаев у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, осложняющие процесс развития ребенка с ЗПР. Эти нарушения наблюдаются при психогенной задержке, и свидетельствуют о наличии тенденции к аномальному развитию личности по типу психической неустойчивости. Несомненно, родительское отношение и внутрисемейная атмосфера играют при этом первостепенную роль. Результаты подобного влияния близких людей отчетливо проявляются в виде искажения коммуникативного взаимодействия с социальным окружением, в первую очередь, с самими родителями. Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком. К группе детей с ЗПР относят и детей, имеющих проблемы в развитии из-за тяжелых длительных соматических заболеваний (пороки внутренних органов, рак, ВИЧ-инфекция и др.). Их родители тяжело переживают из-за состояния здоровья детей. Соматическая причина инвалидности детей требует от родителей особых усилий по уходу, соблюдению режима дня, профилактике инфекционных заболеваний.

**Дети с синдром дефицита внимания и гиперактивности.** Особую категорию представляют собой дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ<sup>6</sup>), которые в силу определенных нарушений испытывают огромные трудности социального приспособления. В основе СДВГ лежит нарушение подкорковых структур и коры головного мозга, проявляющееся в форме минимальной мозговой дисфункции (далее – ММД) [14]. Причинами появления данного вида нарушения могли возникнуть в результате родовых травм или вследствие перинатальной патологии. По данным МКБ–10 синдром гиперактивности и дефицита внимания разделяется на несколько вариантов, а именно:

- F90.0 Нарушение активности и внимания;
- F90.8 Другие гиперкинетические расстройства;
- F90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточненное.

Общая характеристика и проявления данного вида нарушенного развития наблюдаются по следующим направлениям:

- Гиперактивность – характеризуется чрезмерной двигательной активностью ребенка, которая сопровождается неспособностью спокойно взаимодействовать с окружающими, а также сдержанно вести себя в общественных местах. Повышенная двигательная активность часто сменяется резким упадком сил, утомлением, снижением работоспособности. Однако гиперактивные дети быстро реагируют на малейшую похвалу [14, С. 116].
- Дефицит внимания проявляется как неспособность ребенка удерживать внимание на каком-либо объекте в течение определенного отрезка времени. Для организации и контроля произвольного внимания ребенку необходимы мотивация и умение сосредоточиться [69].
- Импульсивность характеризуется неспособностью принимать взвешенные решения перед началом любого действия. Наблюдаются внезапные всплески эмоций, вранье, слабый уровень психоэмоциональной устойчивости при неудачах, низкая самооценка, агрессивность, безответственное поведение, упрямство, отсутствие выдержки, фruстрированная агрессия по отношению к

---

<sup>6</sup> СДВГ - это группа расстройств, характеризующихся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни), отсутствием упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности, и склонностью к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца [39].

другим детям или взрослым. В качестве рекомендаций по взаимодействию взрослых и детей с данным видом дизонтогенеза, необходимо давать четкие инструкции, содержащие до 10 слов в формулировке, в силу слабого уровня развития высших психических функций и низкого уровня развития произвольного внимания [75].

С раннего возраста коммуникативное поведение, высокая возбудимость и гиперактивность<sup>7</sup> детей требуют от родителей повышенного внимания и напряжения [2].

Многообразие психологических особенностей детей с СДВГ приводят к тому, что оказываемая помощь таким детям должна быть адекватно подобранной под цели и задачи психологического сопровождения для каждого конкретного ребенка, учитывая особенности его характера. Данный вид дизонтогенеза не является тотальным и может подвергаться лечению. Однако, в силу специфики особенностей психики и поведения, дети с СДВГ нуждаются в квалифицированной помощи специалистов в процессе адаптации и социализации.

**Дети с сенсорными нарушениями.** Психологические особенности детей с сенсорными нарушениями изучены практиками и представлены в научной литературе наиболее полно: Т. А. Басиловой, Р. М. Боскис, Л. П. Григорьевой, В. З. Денискиной, М. В. Жигоревой, Т. В. Розановой, Л. И. Солнцевой, С. В. Сташевским, Л. И. Тиграновой и др. [20]. В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории:

- родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции;
- родители, согласно исследованию Н. В. Мазуровой (1997), не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными.

Для родителей первой категории нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального

---

<sup>7</sup> Гиперактивность (греч. *hyper* - сверх + лат. *actus* - действенный) - излишняя, подчеркнутая защитная компенсация имеющейся или мнимой физической или психологической неполноценности [23].

контакта и межличностных связей. Вследствие чего наблюдается искажение внутрисемейных отношений и родительских, в первую очередь отцовских позиций, а также провоцирует негативное отношение глухих детей к близкому окружению и оказывает деформирующее влияние на развитие личности глухих детей. Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности их пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиважнейших. Родители постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно. Зачастую, детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, характеризуются как неадекватные отношения, из-за формирования у детей инфантильных и эгоистичных черт, а также игнорирование к потребностям близких [18].

Проблема социализации в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей с недостатками зрения является определяющей в их абилитации<sup>8</sup>. Именно отсутствие таких качеств, как самостоятельность в передвижении и самообслуживании, отсутствие формирования навыков общения с детьми и взрослыми, как знакомыми, так и незнакомыми, неумение пользоваться современной бытовой техникой, приводит детей с нарушениями зрения к дезадаптации, выявляет их неприспособленность к самостоятельной жизни в обществе, затрудняет интеграцию в массовые учебные заведения. В последние годы в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями зрения больше всего внимания уделялось развитию познавательных процессов, что привело к значительным успехам интеллектуального развития детей, но ослабило их социальную адаптацию. Зависимость от взрослых и товарищей, боязнь новых условий и перемен, отстранение от общества - вот то, что формируется при отсутствии должного внимания к социализации детей с нарушениями зрения с раннего возраста.

---

<sup>8</sup> Абилитация (лат. abilitatio; от лат. habilis - удобный, приспособительный) – это система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества [3].

## **1.2 Проблема адаптации детей с ОВЗ. Теории адаптационного потенциала. Необходимость помощи детям с ОВЗ в процессе адаптации**

Адаптация – неотъемлемый процесс становления личности человека.

На сегодняшний день проблема изучения структуры личности ребенка с ОВЗ отражена в малом количестве научных работ в силу больших трудностей в организации и проведении подобных исследований. Структура личности аномального ребенка частично описывается в работах И.И. Мамайчук (2001), М.И. Смирновой (2003), Л.М. Шипицыной (2001), и др. В силу сложности охвата всей структуры личности, авторы выделяют эмоционально-волевые, когнитивные компоненты личности ребенка с ОВЗ, влияние и действие которых можно зафиксировать по наблюдениям и с помощью психодиагностических методов.

Эмоционально-волевая сфера личности ребенка с ОВЗ может быть обусловлена действием биологических и социальных факторов. В связи с различными видами дизонтогенеза, эмоционально-волевая сфера личности будет специфически проявляться в поведении ребенка. Данная сфера рассматривалась в работах по изучению некоторых видов нарушенного развития: детский церебральный паралич (ДЦП), задержка психического развития (ЗПР), расстройства аутистического спектра (PAC) и др. Так, в психологических исследованиях детей с проблемами опорно-двигательного аппарата, в частности с ДЦП, вторичный дефект, согласно учению о дефектах Л.С. Выготского, может проявляться в нарушении эмоционально-волевой сферы, а также в психических расстройств, обусловленных эмоциональной *депривацией*. Сам термин «депривация» стал широко известным в 40-60 гг. XX века – период массового сиротства. Исследования тех лет показали, что у детей, лишенных материнской заботы и любви в раннем детстве, наблюдается задержка и отклонения не только в физическом и интеллектуальном развитии, но и эмоциональном [10].

Особенности формирования личности ребенка с нарушенным развитием связаны, в первую очередь, с условиями ее развития, которые значительно отличаются от условий развития нормального ребенка. В частности, для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу

*психического инфантилизма.* Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным процессом формирования высших структур мозга (лобные доли), связанных с волевой деятельностью. Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной.

При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости". [27, С. 113-118]. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

Несмотря на перечисленные особенности поведения, эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. В одном случае наблюдается *повышенная возбудимость*. Дети этого типа беспокойны, суеверны, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения (синдром гиперактивности и дефицита внимания СДВГ). Другую категорию детей напротив, отличает *пассивность*, безынициативность, излишняя застенчивость. Ситуация выбора ставит их в тупик, действиям свойственна вялость и медлительность. Такие дети с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Эти особенности характерны для лиц с двигательными нарушениями, в частности с ДЦП [69].

Однако, существует ряд качеств, характерных для обоих типов развития. В частности, у детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, часто можно наблюдать расстройства сна. Их мучают ночные кошмары, они тревожно спят, с трудом засыпают. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью. Отчасти, это можно объяснить эффектом

компенсации: двигательная активность ребенка ограничена, и на фоне этого органы чувств, напротив, получают высокое развитие. Благодаря этому они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер; вполне нейтральные ситуации, формальные высказывания способны вызывать у них негативную реакцию. По данным исследований подобная реакция встречается у детей в 7-8 летнем возрасте, в процессе самоидентификации, когда ребенок понимает, что он не такой как все [60, С. 116-119].

Факторы, затрудняющие адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья, приводят к развитию у них социальной недостаточности. Социальная недостаточность представляет собой ряд ограничений:

- ограниченные способности к самообслуживанию; ограничение физической независимости;
- ограничение мобильности; ограничение способности адекватно вести себя в обществе;
- ограничение способности заниматься деятельностью, соответствующей возрасту;
- ограничение экономической самостоятельности;
- ограничение способности к профессиональной деятельности;
- ограничение способности к интеграции в общество.

Возможности психологической адаптации детей с ОВЗ в социуме увеличиваются в связи с использованием различных технологий, которые облегчают ребенку образовательный процесс и обучению коммуникации [36].

Ситуация развития детей с нарушенным развитием направляет исследователей и широкий круг специалистов на поиски специальных вариантов помощи в процессе адаптации. Как говорилось ранее, возможности постепенной адаптации к окружающей среде и социуму у данной категории детей обусловливаются рядом трудностей. Так М.Ю. Лапшина считает, что современные, предоставляемые Россией, условия для развития детей с ограниченными возможностями здоровья приводят к возможности выживать, а

не развиваться. Автором отмечается, что основная проблема социализации и адаптации детей с ОВЗ является одиночество, чувство отверженности обществом из-за физических и психологических особенностей, депрессия, социальная неуверенность и пр. М.Ю. Лапшина также выделяет два фактора, которые больше всего затрудняют процессы адаптации и социализации данной категории детей:

1. Психологические барьеры общения, которые затрудняют коммуникацию с окружающими, возможности обучения и получения профессии.
2. Ощущение себя жертвой субъективных и принятых стереотипов со стороны общества. Здесь проблемным моментом скорее является низкая компетентность общества относительно психологии данной категории людей [31].

Традиционно, адаптация (от лат. — приспособляю) рассматривается как приспособление функций организма, его органов и клеток к условиям окружающей среды. Современное научное представление о феномене адаптация основывается на работах выдающихся ученых-исследователей: И.П. Павлова, И.М. Сеченова, П.К. Анохина, Г. Селье и др. (цит. По С.Т. Посоховой «Психология адаптирующейся личности: субъектный подход», 2001). Проблемой психологического изучения адаптации занимались в целом, как процессом приспособления человека к окружающей среде, занимались многие авторы (А.Г. Маклаков, С.Т. Посохова и др.).

Несмотря на большое количество изученных проблем в области адаптации и наличия особенных нюансов каждой теории, всё же существует несколько основных проявлений, которые позволяют утверждать, что адаптация — это:

- свойство организма;
- процесс, осуществляемый приспособление к изменяющимся условиям окружающей среды, суть которого состоит в том, чтобы достичь равновесия между средой и организмом;
- результат взаимодействия в системе «человек—среда»;
- цель, к которой стремится организм.

Одна из первых биологических теорий адаптации принадлежит Г. Селье, который предполагал, что процесс адаптации для человека строится на приспособлении к стрессовым факторам, на преодоление их и стремление к гомеостазу. Физиологическая реакция организма человека на стрессовую ситуацию, согласно теории Г. Селье, представляет собой – *общий адаптационный синдром*, который формируется на основании трех фаз:

1. Фаза тревоги – человек испытывает шок от первичного восприятия непредсказуемой ситуации, который провоцирует физиологические реакции организма, проявляющиеся в виде повышения температуры тела, учащенного сердцебиения, потливости ладоней, неспецифических биохимических реакций и т.д. – всё это признаки стрессового состояния
2. Фаза противодействия характеризуется стремлением к покоя, привести, к попытка восстановить нормальную деятельность организма, в норму дыхание. После реактивного всплеска функции организма восстанавливаются.
3. Фаза истощения – проявляется как неспособность организма справиться со стрессовой ситуацией. В том случае, если ситуация носит сильный стрессовый характер, то организм склонен снова перейти в фазу тревоги. В силу слабости организма могут начаться физиологическое расстройства и психосоматические заболевания.

Адаптация рассматривается не только как процесс и результат взаимодействия человека с окружающей средой, но и как «системный» ответ организма на воздействия окружающей среды, который поможет сформировать человеку адекватные реакции, тем самым продолжить процесс развития как личности [38].

#### *Авторский взгляд адаптационного потенциала личности.*

В последнее время проблема адаптации детей с различными патологиями решается как теоретически, так и практическими методами. Адаптационный потенциал изучался многоими исследователями, однако в данной работе будут освещены современные подходы к развитию адаптационного потенциала личности.

Так, А.Г. Маклаков (2001) считает, что оценить адаптационные возможности личности можно через уровень развития психологических характеристик, которые наиболее значимы для регуляции психической деятельности и процесса адаптации в целом. Высокий уровень развития этих характеристик обуславливает повышение вероятности успешной адаптации, а также расширяет диапазон факторов внешней среды, к которым индивид может приспособиться. Данные психологические особенности личности взаимосвязаны и составляют одну из интегральных характеристик психического развития личности – *личностный адаптационный потенциал*, показатели которого содержат информацию о соответствии или несоответствии психологических характеристик личности общепринятым нормам.

А.Г. Маклаков выделил следующие важные для его объективизации психологические характеристики:

- нервно-психическую устойчивость, уровень развития которой обуславливает толерантность к стрессу;
- самооценку личности, являющуюся ядром саморегуляции и определяющую степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей;
- ощущение социальной поддержки, обуславливающее чувство личной значимости для окружающих (личностная референтность);
- особенности построения контакта с окружающими, характеризующие уровень конфликтности личности;
- опыт социального общения, выявляющий потребность в общении и возможность построения контактов с окружающими на основе имеющегося опыта;
- моральная нормативность личности, характеризующая степень ориентации на существующие в обществе нормы и правила поведения;
- ориентация на соблюдение требований коллектива (уровень групповой идентификации).

К основным чертам личностного адаптационного потенциала можно отнести и некоторые интегральные переменные, характеризующие совокупность индивидуально-психологических признаков, обуславливающих

эффективность психической адаптации. Адаптационный потенциал имеет свойства сложной системы и, соответственно, системный анализ выступает основным подходом к его исследованию. Он включает в себя не только наличные проявления адаптационных способностей, но и те свойства, которые могут проявиться при изменении содержания, силы и направления воздействия средовых факторов. Важно, что адаптационный потенциал определяет границы адаптационных возможностей личности и устойчивости к воздействующим факторам, содержит предпосылки к возможным ответным адаптационным реакциям. Он связан с возрастно-психологическими особенностями, при этом собственная активность личности выступает в качестве условия, регулирующего меру реализации потенциальных возможностей [34].

Авторский взгляд С.Т. Посоховой (2001) фиксирует дополнительные признаки адаптационного потенциала личности. В концепции С.Т. Посоховой выделяются следующие смысловые аспекты понятия адаптации:

- адаптация как жизнедеятельность в изменяющихся условиях существования,
- адаптация как процесс приспособления к измененным условиям среды,
- адаптация как достижение устойчивости в измененной среде.

Опираясь на приведенные обобщения, автор пишет, что адаптация представляет собой механизм самораскрытия личности, обеспечивающий трансформацию изменений окружающей среды во внутренние условия создания новых способов взаимодействия с реальностью и с собой, необходимых для сохранения собственной целостности. Психологическое содержание адаптирующейся личности определяется: осознанием изменяющейся окружающей среды; рефлексией себя в новой картине среды; саморегуляцией адаптационного потенциала, необходимого для преобразования взаимодействия с окружающей средой и собой; трансформацией способов взаимодействия с окружающей средой; выраженной эгоориентацией как возможным следствием усиления потребности в самораскрытии; изменением образа Я как элемента Я-концепции [52].

Понятие «личностного адаптационного синдрома», который характеризует общие для разных способов взаимодействия с изменяющимися

социальными, предметно-технологическими и природно-климатическими условиями среды проявления адаптационного потенциала, которые связаны с активизацией личностной регуляции. Личностная регуляция обеспечивает создание внутренних условий (активизацию потенциала организма) для преобразования сложившихся взаимоотношений со средой и получения необходимой независимости от средовых воздействий. Активность личностной регуляции определяется сочетанием объективных признаков среды, их личностным смыслом и превалирующим способом взаимодействия с изменяющейся реальностью [54]. Автор выделяет пять составляющих адаптационного потенциала личности:

1. Биопластическая – отражает эволюционно закрепленные целесообразные формы жизнедеятельности человеческого организма и врожденные энергетические ресурсы.
2. Биографическая – это индивидуальная история жизни человека. Она аккумулирует микросоциум и ту микрокультуру, где рождается и куда погружается человек на ранних этапах своего жизненного пути.
3. Психический компонент адаптационного потенциала, который обеспечивается скрытыми и реальными возможностями человека, позволяющими отражать объективную реальность во всем ее многообразии и регулировать различные взаимоотношения с ней и с самим собой, сохранять собственную целостность, самосовершенствоваться и самообразовываться.
4. Сложившаяся система личностной регуляции (личностно-регулятивный компонент), которая дает возможность не только управлять своим поведением в соответствии с нормативными требованиями общества, достигать необходимого уровня успешности в профессиональной деятельности, но и развиваться, совершенствоваться.

Рассмотрев основные походы к пониманию феномена адаптации, мы можем отметить его высокую значимость для формирования его личности. В начале раздела говорилось о проблеме адаптации ребенка с ОВЗ в условиях окружающей среды и в социуме. Нельзя не заметить, что подходы к изучению адаптационного потенциала направлены на рассмотрения процесса адаптации с точки зрения здорового организма. Для нашей работы – это предпосылка к

рассмотрению адаптационного потенциала для человека, прежде всего ребенка с нарушенным развитием. Попытка решения проблемы актуализации адаптационного потенциала для детей с нарушенным развитием – основная идея данной работы.

На сегодняшний день спектр методов и средств, помогающих процессу адаптации детей с ОВЗ расширяется. В связи с тем, что такие дети нуждаются в специфической психологической поддержке помощи, появляются новые, ранее мало изученные методы, среди которых популярность обретает – анималотерапия, в частности – лечебная верховая езда (иппотерапия), о методике и средствах которой пойдет речь в следующем разделе.

### **1.3 Средства иппотерапии в обеспечении адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья**

Как показывает описание психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, они нуждаются в поддержке нормального развития, как и все другие дети. Закономерности психологии развития, в частности детской психологии, указывают на существование определенных этапов формирования детской психики [15]. При естественном развитии все психологические, физиологические и другие процессы развиваются в своей последовательности и в свое время. Наличие же отклонений меняют этот процесс: он может замедлиться, измениться, остановиться т.п.

Проблемы и неопределенности психологической реабилитации и адаптации детей с особенностями в развитии в большей степени обусловлены степенью тяжести и структурой их дефектов, что проявляется в процессе развития как психических функций, так и всего организма в целом. Зачастую отсутствие четко разработанных дифференцированных психотерапевтических методов для детей, неверный подбор психотехнических приемов создает значительные трудности в работе родителей и педагогов разных направлений [35].

Существуют разные виды психотерапевтической помощи для особых детей. В практической специальной психологии наиболее широко развиваются

методы арт-терапии, музыкальной терапии, танцевальной терапии (используется как часть музыкальной, так и самостоятельно), а также терапии с помощью животных. Каждый из перечисленных видов имеет определенные цели, задачи и методы. Мы остановимся на анималотерапии, поскольку ей присущи специфические черты, отличающие её от остальных видов психологической помощи для детей с ОВЗ.

Анималотерапия<sup>9</sup> – это психотерапевтическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья, которая использует в качестве объекта психотерапии животного, причем не любого, а обязательно, четко подобранного под нужные цели, задачи и желаемые результаты терапевтического процесса.

Анималотерапия - вид терапии, который использует животных и их образы для оказания психотерапевтической помощи. Анималотерапия эффективна также в качестве метода лечения и профилактики серьезных заболеваний. Средствами аниматерапии являются: образы животных, рисунки, сказочные герои, игрушки, а также настоящие животные, общение с которыми безопасно [1, С. 214-215 ].

Метод психокоррекции с помощью животных в наше время развивается во многих странах мира, повсеместно созданы институты, занимающиеся исследованием влияния животных на людей, проводятся международные конференции и семинары, посвященные методикам лечения с помощью животных. В США, Великобритании, Канаде, Франции появились организации, которые занимаются оказанием помощи людям с физическими или психическими проблемами посредством анималотерапии. Всех объединяет то, что они используют одомашненных животных – чаще всего собак, кошек, кроликов и птиц – в качестве терапевтического средства. В программах анималотерапии обычно участвуют специалисты разных сфер и областей, среди которых специалисты медицинского профиля, социальные работники, психологи и педагоги.

---

<sup>9</sup> Анималотерапия( от англ. *animal* - животное, *therapy* - лечение; дословно - лечение животным) - это вид терапии, который использует животных и их образы для оказания психотерапевтической помощи.

Анималотерапия выполняет ряд важных функций, что делает ее эффективной для детей со всеми вариантами нарушенного развития. Более подробно и широко эти функции описаны в исследованиях С. Д. Дерябо и В. А. Ясвина (1996 г). Авторы выделили пять функций анималотерапии:

- психофизиологическая функция – проявляется в непосредственном взаимодействии человека с животным, выражается в ослаблении стресса и агрессии, нормализации работы нервной системы, психики в целом;
- психотерапевтическая функция - реализуется через взаимодействие человека с животным и с другими и может существенным образом способствовать гармонизации их межличностных отношений;
- реабилитационная функция - контакты с животными обеспечивают дополнительный канал взаимодействия человека с окружающим миром, который может способствовать как психической, так и социальной его реабилитации. Показательно, что стремление и желание общаться с животными особенно проявляется у людей, подвергнутых тому или иному виду депривации, в частности дети с ОВЗ;
- функция удовлетворения потребности в компетенции – выражается как стремление человека (ребенка) быть помощником для животного, желание заботиться о нем.
- функция самореализации - взаимодействие человека с животным позволяет удовлетворять потребность в реализации внутреннего потенциала, , потребность быть значимым для других, представленным в их жизни и в их личности;
- функция общения – одна из важнейших функций, которую могут осуществлять животные. Животное выполняет функцию партнера по общению;

Анималотерапия подразделяется на множество видов, в зависимости от выбора определенного животного для психотерапевтической помощи. Задача анималотерапии заключается в том, чтобы обогатить социальные контакты, помочь человеку или ребенку в процессе адаптации к окружающей среде через взаимодействие с животными, которые позволяют приспосабливаться к условиям жизни и находить баланс во взаимоотношениях с окружающими

людьми и миром. Психотерапевтическая помощь животных определяется дифференцируется на *неправправленную* и *направленную* анималотерапию. Ненаправленная анималотерапия проявляется во взаимодействии с животными в домашних условиях без осознания или целенаправленного понимания их терапевтического значения. Направленная анималотерапия - это целенаправленное использование животных, их образов и символов по специально разработанным терапевтическим программам. В этом виде анималотерапии используется специально обученных животных. Направленная анималотерапия подразделяется на виды в зависимости от того, какие именно животные используются в психотерапевтической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: иппотерапия (лошади), дельфинотерапия (дельфины), канистерапия (собаки), фелинотерапия (кошки), и др. Стоит рассмотреть некоторые виды направленной анималотерапии, которые применяются в работе с детьми с ограниченными возможностями, в зависимости от вида животного и его специфики психокоррекционной помощи.

*Фелинотерапия* (*felinos* – кошка, *therapy* – лечение) - терапевтическое воздействие кошек. Большинство российских ученых считают, что терапия, применяемая кошками, является эффективным методом лечения многих болезней. Так, залуженный деятель наук, доктор медицинских наук, профессор Б. Шеврыгин считает, что этот метод является цивилизованным, научным для лечения и профилактики серьезных болезней. Также, по его мнению, люди, имеющие домашних животных, болеют меньше и живут дольше [44, стр.18-19]. Тактильное воздействие на тело человека помогает расслабиться, получить удовольствие от процесса. Кошка – великолепный энерго-информационный прибор, угадывающий больные места своего хозяина. Когда в организме происходят какие-то нарушения, когда возникают боли, это свидетельствует об изменении энергетического потенциала на каком-то участке тела. Вот это изменение потенциала великолепно ощущает кошка. Реакция детей на кошек всегда вызывала положительные эмоции, поэтому фелинотерапия показана также и детям с ОВЗ.

*Дельфинотерапия* – это нетрадиционный метод психотерапии, где в центре психотерапевтического процесса лежит общение человека и дельфина.

Общение с дельфинами помогает стабилизировать психоэмоциональное состояние человека, снять психологическое напряжение. Дельфинотерапия используется во всем мире для помощи детям с различными видами нарушенного развития. Наиболее распространенные из них - это церебральный паралич, синдром Дауна, задержка умственного развития, аутизм. Взаимодействие с дельфинами является мощным психотерапевтическим и психокоррекционным средством. Основными аспектами, влияющими на пациента, являются общение и игровая деятельность. Известно, что для детей, имеющих различные психические нарушения и особенности развития или перенесших различные психотравмы, характерны ощущения отчужденности, изолированности, сопровождающиеся страхами и затруднениями в общении. Дельфин со своей природной «анатомической» улыбкой, дружелюбием и интересом к ребенку способствует формированию контакта и закреплению позитивных коммуникативных моделей поведения. Невербальный характер общения между ребенком и дельфином облегчает задачу взаимодействия для ребенка, делает его естественным процессом. Важным элементом этого общения является тактильный контакт ребенка и дельфина. Установление близкого, дружеского контакта с дельфином является предпосылкой дальнейшего построения позитивных и конструктивных отношений с окружающими людьми, позволяет ребенку попрактиковаться в социальном взаимодействии [33, С.177-178].

Общение с дельфином является мощным эмоциональным фактором, который стимулирует ребенка к освоению новых движений и поведенческих паттернов, а также делает его открытым к восприятию и закреплению позитивных социальных установок со стороны терапевта. Благодаря безопасному взаимодействию дельфина и пациента, у последнего мобилизуется волевая деятельность, возрастает мотивация и усиливается стремление к достижению положительных результатов.

*Канистерапия* (от лат. canis — собака + греч. θεραπεία — лечение) – вид анималотерапии с использованием собак. Главной причиной, почему именно собака оказывает такое благотворное действие, является то, что ее отличительной чертой можно назвать преданность. Собака может создать

комфортный психологический климат для общения с человеком, тем самым, заполнить его вакуум общения. Кроме того, она всегда рада взаимодействию с человеком. И потому к собаке тянутся и взрослые, и дети, испытывающие недостаток безусловной любви, стремящиеся к свободному проявлению эмоций. Кроме того, собаки используются в терапии чаще других животных, так как они легко обучаются вербальным командам и охотно им подчиняются. К. Аллен исследовала психологическое значение собак для детей с ограниченными возможностями и было отмечено, что в ходе шестимесячного курса анималотерапии эти дети продемонстрировали значительное повышение самооценки, улучшение психологического самочувствия и большую общительность [66]. Также собаки незаменимы при работе с детьми, страдающими аутизмом. Используемые как один из компонентов терапии, они могут оказать огромное влияние на поведение таких детей [8].

*Иппотерапия* (от др. греч. ἵππος – «лошадь», θεραπεία — лечение) – это вид анималотерапии, использующий как основное средство общение с лошадьми и верховую езду. С конца 1950-х годов её начали применять при психических и неврологических заболеваниях, а сейчас, в 45 странах Европы и Северной Америки, созданы центры лечебной верховой езды. Этот метод используют при нарушениях опорно-двигательного аппарата, атеросклерозе, черепно-мозговых травмах, полиомиелите, сколиозе, умственной отсталости и других патологиях организма человека.

Иппотерапия выступает в роли медицинского, психологического и психолого-педагогического инструмента, зачастую – в одно и то же время. Совокупность этих факторов является наиболее подходящей для комплексной коррекции нарушений у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Лошадь – это уникальный живой тренажёр, она подстраивает свои движения под всадника, согревает и массирует его мышцы, нормализует мышечный тонус [21]. Ритмичные движения лошади на шагу способствуют восстановлению собственных ритмов всадника, а это очень важно при лечении речевых расстройств у детей. Кроме того нужно отметить что положительный эмоциональный настрой отличающий занятия верховой ездой способствует активности, улучшению настроения и общего состояния ребенка. Телесный

контакт является терапевтически ценным механизмом установления эмоциональных взаимоотношений между животным и ребенком.

С глубокой древности известно, что езда на лошади и общение с нею оказывают благотворное влияние на здоровье и самочувствие человека. В эпоху античности Гиппократ утверждал, что люди, получившие травмы и имеющие болезни опорно-двигательного аппарата, быстрее и эффективнее выздоравливают, если занимаются верхом.

В современной Европе лечебная верховая езда (ЛВЕ) стала развиваться в последние 20-30 лет: сначала в Скандинавских странах, затем в Германии, Франции, Голландии, Швейцарии, Великобритании, Польше и др. Иппотерапевтические центры стали открываться во многих странах. Так, в США работает более 1000, а в Великобритании около 700 групп иппотерапии, в которых более 26000 человек с самой разнообразной патологией. В Польше работают около 60 подобных центров.

В России практика использования иппотерапии началась с открытия в 1991 году в Москве детского экологического центра (ДЭЦ) “Живая нить”. Позднее иппотерапия вошла в комплекс реабилитационных средств, применяемых и в других реабилитационных центрах. Толчком к распространению ЛВЕ в странах Северной Европы, а потом и в других странах мира послужила история датчанки Лиз Хартел. Лиз была спортсменкой, занималась конным спортом, пока однажды не заболела полиомиелитом (редко встречается у взрослых). Болезнь приковала Лиз к инвалидной коляске. Но через несколько месяцев занятий верховой ездой, Л. Хартел выздоровела и снова стала заниматься конным спортом, завоевав серебрянную медаль Олимпийских игр в Хельсинки. Этот эксперимент стал началом к проведению многочисленных медицинских и научных исследований в Германии, Англии и США.

Первые попытки применить дозированную верховую езду и физические упражнения на лошади для лечения и реабилитации некоторых категорий инвалидов были предприняты в начале 50-х годов в ФРГ, странах Скандинавии, а затем Великобритании, Канаде, Швейцарии, Польши и Франции. В 60-х годах, как отмечает Kuprian (1986), доктор M. Reichenbach в основанной им больнице

в горной деревне Бинкейройт (ФРГ) занимался лечением своих пациентов, используя верховую езду как терапию на лошади.

Одной из первых публикаций о применении лечебной верховой езды является статья доктора Druschky [1961] "Гимнастика на лошади, как дорога к исцелению". Первые попытки применения лечебной верховой езды были предприняты в 80х годах XX века в Грузии (Цверава Д.М., 1980). Их основным направлением использования иппотерапии являлось физиологическая реабилитация детей и взрослых имеющих проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Лошадь использовалась как аппарат физиотерапии. Тогда иппотерапия (райттерапия - термин, был принят в Грузии для обозначения иппотерапии) включалась в учебную программу Института Усовершенствования врачей в качестве одного из методов лечебной физической культуры (ЛФК).

В Москве первый центр лечебной верховой езды был основан в 1991 году, в Санкт-Петербурге – в 1996. С этого времени началось бурное развитие иппотерапии в России. В Самаре, в 2001 году был организован государственный центр реабилитации «Иппотерапия». Центр «Иппотерапия» - один из немногих в Российской Федерации государственных учреждений, специализирующихся на применении метода лечебной верховой езды. В Санкт-Петербурге и в Москве регулярно проводятся иппотерапевтические конференции, целью которых является формирование профессионального иппотерапевтического сообщества, обмен опытом работы, повышение компетентности и осведомлённости в области иппотерапии [59]

Многочисленные публикации в научно-популярных изданиях привлекают внимание специалистов различных областей (в т. ч. и психологии) к новому методу работы с целью реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями. Вопросам терапевтической верховой езды посвящен ряд международных конгрессов, регулярно проводимых с 1974 года и по настоящее время.

Центры реабилитации по всему миру применяют метод иппотерапии для инвалидов с разными заболеваниями: эпилепсия, аутизм, детский церебральный паралич. Основной целью иппотерапии является содействие реабилитации,

имеющего ограниченные возможности здоровья. В настоящее время в 45 странах мира действуют центры ЛВЕ - самостоятельные или при клубах верховой езды, выделяющих небольшие манежи и лошадей для занятий с инвалидами. На сегодняшний день для лечебной верховой езды определены несколько направлений работы. Основными направлениями являются: лечебное, оздоровительное, социальное и психолого-педагогическое. В зависимости от нужного результата и диагноза пациента, Поповой Е.В., Сладковой Н.А., Цымбал А.В., были сформулированы особенные направления ЛВЕ:

1. иппотерапия как коррекция различных нарушений опорно-двигательного аппарата;
2. лечебная верховая езда и вольтижировка (гимнастические упражнения на лошади) как метод педагогического воздействия имеет показания для детей и подростков с нарушениями интеллектуального развития, детей с девиантным поведением, затруднениями в обучении с целью педагогической коррекции;
3. верховая езда как спорт среди инвалидов, как спортивная деятельность, способствующая поддержанию общей физической активности и реабилитации личности;
4. иппотерапия как назначенное врачом лечебно-гимнастическое мероприятие, в комплексной реабилитации при двигательных расстройствах, некоторых соматических заболеваниях, а также в ортопедической практике.
5. иппотерапия как средство восстановления способности к передвижению в рамках после операционной реабилитации хирургических больных.
6. в психоневрологической практике езда верхом применяется при лечении различных депрессий, неврозов, отдельных психозов (под особым врачебным контролем), а также при задержке психомоторного развития у детей [6, 59].

Именно такое разделение иппотерапии как обширного метода реабилитации было необходимым для полного и тщательного разбора требуемых целей для достижения нужного эффекта. Но, несмотря на такое

количество выделяемых видов иппотерапии, выбор определенного вида занятий достаточно затруднен. Это происходит потому, что в России иппотерапия носит комплексный характер воздействий, также, это зависит от степени научного изучения малолетнему опыту развития метода в стране. Все больше и больше иппотерапия набирает обороты в психологическом направлении исследований, так как в других областях она развита в большей степени.

Противопоказаний к занятиям иппотерапией не очень много. Все ограничения подразделяются на несколько групп – абсолютные, относительные, предостережения. Ниже описываются абсолютные и относительные противопоказания, авторами которых являются иппотерапевты центра «Поли-Эко» г. Санкт-Петербурга:

- абсолютные медицинские противопоказания — те, при которых использование иппотерапии категорически запрещается.
- относительные противопоказания — те, при которых, при соблюдении определённых условий и ограничений заниматься иппотерапией всё же возможно [74].

Абсолютными противопоказаниями являются:

- гемофилия<sup>10</sup>;
- болезнь Лобштайна - Фролика (остеопороз, ломкость костей);
- все острые заболевания и травмы, в т.ч. любые заболевания в остром периоде или в стадии обострения, воспалительных заболеваний почек, подтверждённое анализами мочи, диабет в стадии обострения;
- некоторые травматические и воспалительные заболевания тазобедренных суставов (обострение хронических коксартритов<sup>11</sup>, в т.ч. не прооперированный врождённый вывих тазобедренного сустава);
- травматические повреждения и врождённые аномалии шейного (с-м Дауна) и нижней трети поясничного отдела позвоночника;
- злокачественные новообразования.

---

<sup>10</sup> Гемофилия (от лат. – *haemos* – кровь, *philis* – любовь ) - наследственное заболевание, связанное с дефектом свертывающей системы крови в результате отсутствия какого-либо из двух коагулирующих факторов крови: фактора VIII (антигемофильного фактора) или фактора IX (фактора Кристмаса).

<sup>11</sup> Коксартрит -артрит тазобедренного сустава, обусловленный перестройкой костной структуры в дорсомедиальной части шейки бедра [[www.wiktionary.org](http://www.wiktionary.org)].

Кроме выше описанных абсолютных противопоказаний, также необходимо учитывать, что существуют и относительные, которые могут носить временный характер и возникать спонтанно. Иппотерапия может проводиться, принимая во внимание следующие аспекты, но только в индивидуальном порядке:

- эпизиндром<sup>12</sup> органического или психотического типа – занятия возможны при условии постоянного применения противосудорожных препаратов;
- хронические воспалительные заболевания почек – заниматься иппотерапией можно только в стадии ремиссии (нормальные анализы мочи) и только шагом (самым медленным аллюром);
- диабет - можно заниматься в стадии ремиссии, (когда содержание сахара в крови на нормальном или среднем уровне);
- остаточные явления после травматических повреждений шейного или поясничного (кроме нижней трети поясничного) отделов позвоночника; занятия на разных аллюрах (шаг, рысь) в малых количествах, но только для пациентов, кто занимается довольно продолжительное время;

5. пациенты с синдромом Дауна допускаются к занятиям ЛВЕ только при наличии рентгенограммы шейного отдела позвоночника, свидетельствующей об отсутствии патологии;

Самыми основными моментами, которые стоит учесть перед началом курса занятий, являются следующие:

- рекомендации врачей о запрете пациенту ездить с опущенной вниз головой;
- необходимость опорожнить мочевой пузырь перед занятием;
- необходимость заниматься сидя на мягкой подстилке, и т.п.

Следует учесть, что иппотерапия зарекомендовала себя как один из самых эффективных видов анималотерапии. Для того, чтобы получить возможность пройти курс иппотерапевтических занятий, существует множество центров и

---

<sup>12</sup> Эпизиндром (симптоматическая эпилепсия) - это следствие каких-либо заболевания, клинически схожее с эпилепсией. Приступы прекращаются, как только вылечивается первопричина, симптомом которой они и служили.

социальных служб, которые направляют семьи с детьми на очередь в получении бесплатных занятий. Иппотерапия – довольно дорогостоящий метод. Содержание лошади, ее специфическое обучение и услуги ветеринара доставляют немало хлопот, средств, сил и времени человека. Иметь собственную лошадь и необходимые условия для ее существования может далеко не каждый. Это одно из отличий иппотерапии от других видов анималотерапии. Для того, чтобы понять механизмы воздействия иппотерапии, целесообразно рассмотреть эффекты, которые возникают при взаимодействии человека с лошадью [47].

### **1.3 Психологические эффекты иппотерапевтических занятий для детей с ограниченными возможностями здоровья**

Иппотерапия, или лечебная верховая езда – это метод лечебной физкультуры для детей, имеющих нарушенное развитие [16]. Особенность иппотерапии заключается в гармоничном сочетании когнитивных и телесно-ориентированных приемов воздействия на психику ребенка. Согласно теории замещающего онтогенеза (Б.А. Архипов, А.В. Семенович и др.), специфическое воздействие иппотерапии на сенсомоторный уровень с учетом общих закономерностей развития организма вызывает активизацию в развитии всех высших психических функций. Принципиальным отличием иппотерапии от других методов реабилитации является комплексность воздействия на физическую и психическую сферу ребенка.

Комплексность воздействия иппотерапии обусловливается одновременным влиянием двух основных факторов: биомеханического и психогенного. Поскольку, методика иппотерапии начала использоваться еще в прошлом веке в рамках физиотерапевтического лечения, постольку биомеханический фактор изучен в большей степени и ему приписывается основная роль в механизме иппотерапевтического воздействия. Влияние биомеханического фактора обусловливается следующими особенностями:

- влиянием колебаний, возникающих в спине идущей лошади и распространяющихся в трех взаимно-перпендикулярных плоскостях. Эти ритмичные колебания вызывают поочередное напряжение и относительное

расслабление мышц туловища всадника, что обуславливает удержание равновесия тела человека на лошади во время ее движения;

- возникновением у человека новых рефлексов, развитием равновесия, координации движений. Развитие равновесия сопровождается симметричной тренировкой и укреплением мышц туловища, конечностей, суставно-связочного аппарата, т.е. всего опорно-двигательного аппарата. В то же время, обучение балансу всадника на лошади, при разной скорости ее движения, способствует возникновению и закреплению новых условных и безусловных рефлексов [30, С. 104-107]. Все эти особенности способствуют формированию нового двигательного навыка. Ниже остановимся на особенностях биомеханического эффекта иппотерапии.

### **1.3.1 Биомеханический эффект иппотерапии**

Биомеханический фактор иппотерапии раскрывается посредством физиотерапевтических механизмов. В отличие от конного спорта во время иппотерапевтических занятий не используется седло , как вспомогательная амуниция для устойчивой посадки всадника. За счет непосредственного контакта тела человека и спины лошади, во время ее движения, происходит специфический массаж. Температура тела лошади на 1-1,5 градуса выше температуры тела человека. Во время движения лошади происходят трехмерные колебания ее спины, которые под действием температурной разницы улучшают кровообращение в мышцах и тканях организма человека. В результате осуществляется одновременное напряжение и расслабление мышц всадника.

В процессе движения лошади туловище и мышечный корсет всадника выполняют движения, идентичные прямой ходьбе. Функцию ног человека выполняют конечности лошади, так как при верховой езде ноги человека выключены из антагравитационной системы, а позвоночник находится в непосредственном контакте со спиной лошади. Следовательно, максимальная нагрузка падает на мышцы туловища человека, в первую очередь спины [74]. Достижение синхронности движения пациента и лошади, т.е. создание единой биологической системы представляет собой основу коррекции искривленного позвоночника [47].

Для детей с ДЦП, имеющих разные формы этого заболевания и другие сочетанные нарушения, основные цели применения иппотерапии связаны с развитием координации, снижением спастичности верхних и нижних конечностей, укреплением мышечного корсета. Как показывает практика, детский церебральный паралич – одно из самых часто встречающихся заболеваний для применения средств иппотерапии. Большинство исследований в области иппотерапии проводились на выборке детей, имеющих проблемы опорно–двигательного аппарата.

Несмотря на тот факт, что об иппотерапии известно с древнейших времен, и этот метод используется по всему миру, его распространение затруднено в силу нехватки психологических исследований. Рассмотрим подробнее психологические эффекты, которые могут наблюдаться в процессе использования иппотерапии.

### **1.3.2 Психологические эффекты иппотерапии**

Иппотерапевтическое занятие создает особую атмосферу для всех субъектов его психологического сопровождения, и прежде всего для ребенка, лошади, иппотерапевта и родителей. Эта атмосфера, как показывает практика, определяется двумя отличительными особенностями воздействия иппотерапии, к которым относятся:

- эмоциональная связь всех участников иппотерапевтического занятия с лошадью;
- активная мобилизация физических и психических усилий детей, обусловленная достаточно жесткими правилами езды на лошади [48].

Именно сочетание этих особенностей создает уникальную терапевтическую ситуацию, присущую исключительно иппотерапии. Эта ситуация провоцирует возникновение наблюдаемых и скрытых психологических эффектов иппотерапии, обобщенный перечень которых представлен ниже:

- коммуникативный
- эмоциональный
- интеллектуальный
- координационный

- мотивационный
- рефлексивный
- регуляторный
- поведенческий
- энергетический
- соматический

Результаты некоторых исследований показывают, что иппотерапия способствует развитию познавательной сферы ребенка с ОВЗ [67]. Данный эффект можно обозначить как – интеллектуальный. Применение иппотерапии как средства активизации познавательной сферы и психических процессов развивает концентрацию внимания, сосредоточенность, максимальную собранность во время занятий, а также необходимость память и планировать своих действий. Иппотерапевтические занятия также направлены на расширение представлений ребенка с ОВЗ об окружающей среде, о своем непосредственном месте в мире.

Отличительной чертой иппотерапии является субъектно-субъектный тип взаимоотношений, в котором участвуют ребенок, иппотерапевт и родители. Особое место во взаимоотношениях занимает взаимодействие ребенка и лошади, опосредованное иппотерапевтом и родителями, что в конечном итоге, сводится к созданию целостной системы коммуникации. Ядром формирующейся коммуникативной системы является взаимодействие ребенка и лошади, хотя иппотерапевту принадлежит роль пускового механизма и коррекции их взаимодействия. Исследование о психологических аспектах взаимодействия детей с ОВЗ и иппотерапевтов на коррекционных занятиях, проведенное С.Т Посоховой и А.А. Манташевой, показало специфические особенности взаимодействия иппотерапевта и ребенка. В процессе занятий для иппотерапевтов важно помочь ребенку выполнять упражнения, наладить с ним взаимодействия, используя не только профессиональные, но и личностные качества. Кроме того, в задачи иппотерапевта входят налаживание отношений ребенка с лошадью и лошади с ребенком и соблюдение безопасности во время движения. Такой подход позволяет реализовать коммуникативную активность ребенка и превращает его из объекта воздействия в субъект, что является

важным фактором для социальной, психологической и физической реабилитации [50].

Участие родителей сводится к наблюдению за ходом занятия, за поведением ребенка, лошади и иппотерапевта, и нередко превращается в источник контроля результатов и эмоционального напряжения.

Системообразующими эффектами иппотерапевтического процесса с нашей точки зрения, являются - эмоциональный и коммуникативный эффекты. Основой проявления этих эффектов является само необычное пространство иппотерапевтического взаимодействия, обуславливающее эмоциональные реакции ребенка. В первую очередь, эмоциональные реакции ребенка адресованы лошади. Однако данные реакции ребенка проявляются в разной степени, а также в зависимости от наличия в процессе занятий комфортной психологической обстановки. Такая атмосфера занятия позволяет ребенку лучше адаптироваться в среде и переносить полученные ощущения и научения в построение своего жизненного опыта. Эмоциональный эффект можно проследить по следующим индикаторам: открытые выражение своих чувств, порывистость, нетерпеливость, несдержанность, тревога, беспокойство, напряжение во время занятия, возникновение положительных эмоций от окружающих процессе иппотерапевтического занятия. Эмоциональный эффект иппотерапии неразрывно связан с коммуникативным эффектом.

Коммуникативный эффект иппотерапии отражает налаженный психологический климат, удобное и комфортное пространство для родителей и ребенка. Процесс иппотерапии построен не только на эмоциях, но и на общении между субъектами. Общение – это один из самых главных факторов для адаптации человека с ОВЗ в социуме [70]. Данный эффект наблюдается по следующим индикаторы поведения ребенка: проявление инициативы в установлении, сохранении и разрыве контактов с окружающими людьми; общительность; верbalный/невербальный контакт с лошадью и окружающими взрослыми (родителями и иппотерапевтами); открытость/закрытость в общении; доброжелательность. Необходимо отметить, что наиболее часто отмечаются случаи, когда ребенок с проблемами в развитии испытывает трудности в общении со сверстниками. Преодолеть эти трудности ему помогает

более адаптированный вариант общения на иппотерапевтическом занятии, где лошадь выступает в нем партнером. Взаимодействие с лошадью является вспомогательным процессом для социализации. Как показывает практика применения иппотерапии за рубежом, в процессе иппотерапевтических занятий лошадь выступает как помощник, проводник для ребенка. В американской терминологии иппотерапия называется – *equine-assisted therapy*, что в переводе с английского языка, дословно, означает – терапия с помощью лошади как тьютора (сопровождающего) [78].

Коммуникативный эффект в процессе занятий не может быть исключаться из оценки эффективности иппотерапии, поскольку в противном случае не создается эмоциональная основа, вследствие чего, вся система взаимодействия может разрушиться. Более того, верховая езда для большинства людей – непривычная форма двигательной деятельности, поэтому, кроме вышеперечисленных воздействий, содержит в себе особые механизмы влияния на занимающихся всадников. Они складываются из общения с «живым тренажером» – лошадью, крупным, темпераментным и сильным животным, обладание и управление которым дарит человеку, в том числе ребенку с ОВЗ ощущение победы, власти над огромным мощным существом. Не исключается также чувства превосходства над окружающими, стоящими внизу, на земле людьми [48]

Уникальность иппотерапии состоит в гармоничном сочетании коммуникативного и эмоционального эффектов, что обуславливает построение психологически комфортного климата на занятиях. Эмоциональный и коммуникативный эффекты взаимосвязаны и, поэтому, невозможно представить один без другого.

В процессе обучения навыкам верховой езды всадник вынужден преодолевать ряд психических и физических трудностей, благодаря большому желанию и повышенного интереса к занятиям [41]. Мы определили эти признаки дают говорить о мотивационном эффекте. Важно, что преодоление психологических барьеров, нормализация психического состояния в результате общения с лошадью, управление ею формируют у ребенка ощущение победы, независимости, высокой собственной значимости. С этой точки зрения

московские специалисты рассматривают иппотерапию как «...один из методов лечения, направленных на воспитание синдрома мотивации, – желание самостоятельно стоять и ходить, что у многих людей ослаблено или отсутствует» [17].

Наличие мотивации у ребенка к занятиям на лошади обеспечивается рефлексивным эффектом. Влияние иппотерапевтического занятия обусловливается комфортной атмосферой, что непосредственно отражается на дальнейшем желании общаться с лошадью и ходить на занятия. Рефлексивный эффект у ребенка закладывается родительской оценкой поведения ребенка до, во время и после занятия. Они обращают внимание на поведение после занятий, на появление в домашней атмосфере желания вернуться к занятиям с лошадью. Они фиксируют частоту воспоминаний о занятии, а также на эмоциональные реакции, которые вызывают разнообразные изображения лошади. Кроме этого, необходимо учитывать впечатление, производимое непривычно большим пространством вокруг ребенка (манеж или плац на открытом воздухе), которое позволяет ему почувствовать себя свободным, раскрепощенным. Рефлексивные процессы усиливают мотивацию ребенка к иппотерапевтическим занятиям. Мотивация (мотивационный эффект) в данном случае возникает за счет формирования, что ускоряет психологическое влияние иппотерапии.

Изменение поведения ребенка во время иппотерапевтического занятия и после него формирует – поведенческий эффект. Поведенческий эффект - достигается за счет того, что иппотерапия обеспечивает развитие собственной значимости и силы, когда ребенок с ОВЗ избавляется от механической поддержки инвалидного кресла или костылей и способен передвигаться на мощном животном, управлять им. Кроме того, положение верхом на лошади оказывается выигрышным: «Я наверху, они внизу». Поэтому именно лошади используются для повышения самооценки людей и снятия депрессивного фона настроения. Несмотря на то, что большинство детей - интеллектуально сохранны, в силу сложной структуры дефектов и отсутствия у некоторых речи, они не могут вербализировать свои чувства и переживания от иппотерапевтических занятий. Результат занятий в качестве изменений в психической сфере будет виден через поведение ребенка, т.е. его внешнюю

деятельность. Наблюдателями за их поведением, в первую очередь, являются родители. В момент занятий они практически всегда находятся рядом и отслеживают изменения в поведении ребенка.

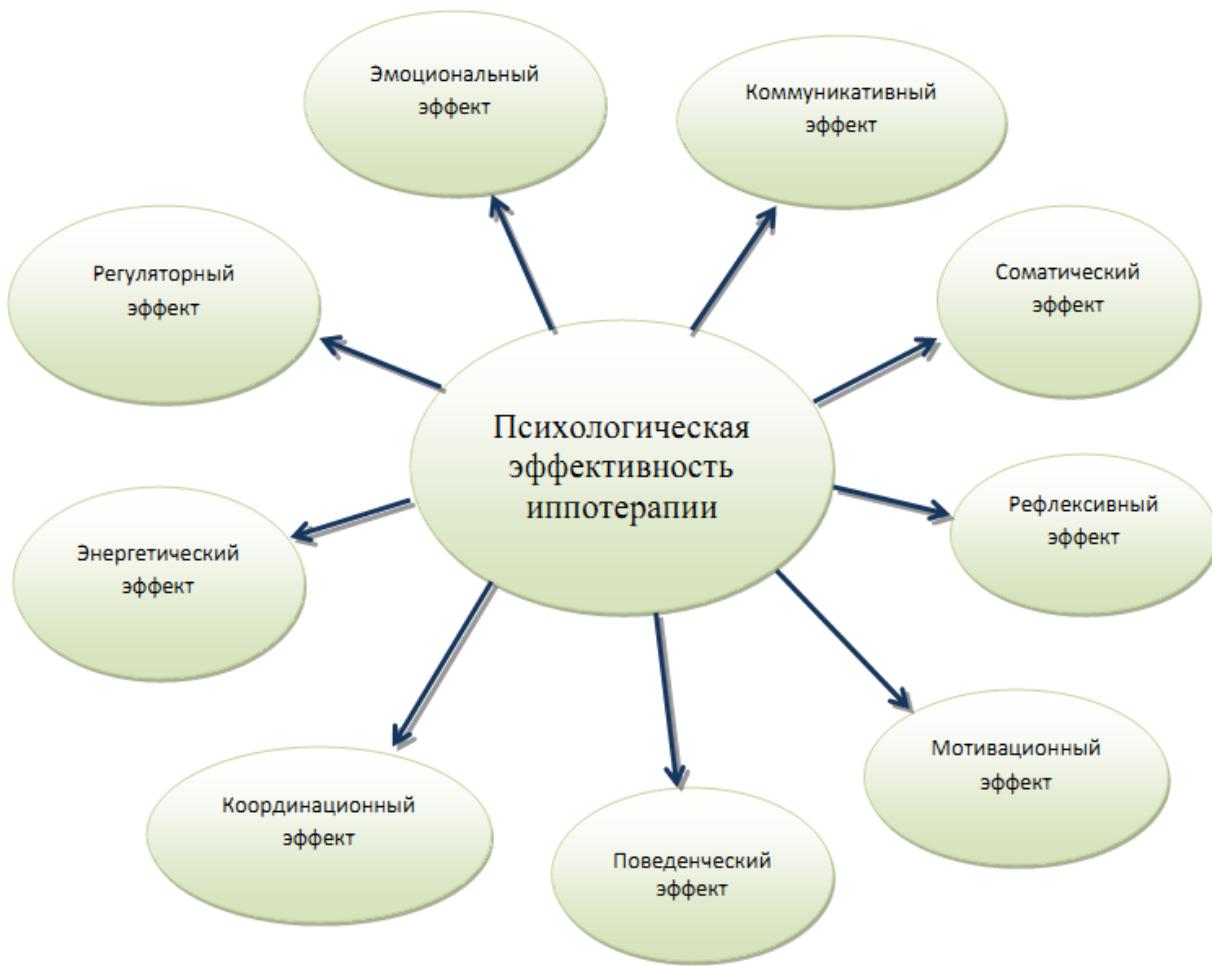
Проследить проявления регуляторного эффекта в поведении ребенка можно по следующим индикаторам: часто отвлекается на окружающие факторы; вялые движения; плохое поведение; сосредоточение на себе; занят собой; отказ выполнять задания не превышающее способности и физиологические возможности (лень); постоянная необходимость в помощи инструктора; с интересом и желанием справляется с заданиями; полагается на свои силы; самостоятелен; уравновешен и спокоен; способен контролировать свои действия. Внимательность – один самых главных процессов регулятивной деятельности ребенка во время занятия.

По нашему мнению, на основе взаимодействия и взаимовлияния выше описанных эффектов, возникает комплекс эффектов, названный нами как *энергетические эффекты*. Этот комплекс объединяет следующие эффекты: соматический и энергетический.

Соматический включает в себя характеристики, позволяющие оценить физическое состояние и самочувствие ребенка перед занятием с лошадью, во время и после него. Соматический эффект всегда оценивается иппотерапевтами и родителями, в первую очередь перед началом занятия. Проявления данного эффекта отслеживаются по следующим индикаторам: болевые и неприятные ощущения в области желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, выделительной системы; головные боли; сонливость; трепор конечностей; вегето-сосудистые проявления; изменение аппетита; качество сна; энурез. В случае плохого самочувствия ребенка перед занятием по иппотерапии, его стоит отменить, или перенести на другое время.

Энергетический эффект, особенности которого наблюдаются так же как и предыдущие, родителями и иппотерапевтами, характеризуется неожиданными проявлениями апатии и, напротив, резким переходом к активной деятельности. Резкие и внезапные перепады энергии могут свидетельствовать о состоянии здоровья ребенка на сегодняшний день, зачастую, проявляемого по поведению как в домашней обстановке, так и на самом занятии.

Рассмотрев мы можем предположить, что вся возможные психологические эффекты иппотерапии, мы можем можно объединить их одну структуру, определяющую эффективность иппотерапии в целом, представленную ниже:



*Рис. 1. Структура психологических эффектов иппотерапии*

Проанализировав механизмы психокоррекционной помощи иппотерапии, а также психологические эффекты иппотерапии для детей с ограниченными возможностями здоровья, мы считаем целесообразным провести специальное исследование. Оно должно быть направлено на раскрытие содержания и особенностей психологических эффектов иппотерапевтических занятий с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья с точки зрения

основных субъектов психологического сопровождения ребенка – родителей и иппотерапевтов. Также необходимо раскрыть психологическую эффективность иппотерапии как средство к активизации адаптационного потенциала ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Посредством того, что ребенок проявляет желание заниматься с лошадью, мы можем предположить, что вся структура психологической эффективности иппотерапии замыкается в единую циклическую систему. В виду того, что мотивационный и рефлексивный эффекты взаимосвязаны, разделить их не удается.

## ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИППОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### 2.1. Обоснование выбранного направления исследования

В связи со значимостью интеграционных процессов возрастает необходимость в разработки эффективных программ социальной адаптации и реабилитации детей с ОВЗ, в частности с ДЦП. В настоящее время в коррекционных программах всё шире используются психотерапевтические методы, например, средства арт-терапии, музыкальной терапии, танцевальной терапии и т.п. При этом они используются как самостоятельно, так и в структуре комплексных программ. Среди терапевтических методов нарастает популярность разных видов анималотерапии для оказания психологической помощи, как взрослым, так и детям с проблемами в развитии и адаптации. Можно считать, что наиболее востребованы для оказания психологической помощи детям такие виды, как:

- Дельфинотерапия – привлечение дельфинов для терапевтического воздействия на детей;
- Канистерапия – привлечение разных пород собак для терапевтического воздействия на детей, а также для социальной адаптации детей с сенсорными ограничениями, в частности с патологиями зрения;
- Фелинотерапия – использование терапевтического воздействия кошек на детей;
- Иппотерапия – лечебная верховая езда для детей разных видов дизонтогенеза, в частности, с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Эффективность каждого вида анималотерапии напрямую зависит от специфики психических нарушений ребенка, его физических сил и особенностей общего развития организма, а также от той поддержки, которая оказывается ребенку со стороны социального и психолого-педагогического сопровождения. В первую очередь, речь идет о включенности родителей и специалистов в процесс анималотерапии.

Анималотерапия базируется на следующих принципах работы с детьми с нарушенным развитием:

- принцип эмоционального воздействия;
- гуманистические принципы сочувствия, доверия, любви, заботы;
- принцип игровой деятельности;
- принцип реальности - соединение с природой и расширение границ взаимодействия с окружающим миром, ориентация на взаимодействие с частью природы – дает ребенку возможность общения с «живым тренажером» [62].

Реализация всех перечисленных принципов на практике, так или иначе, зависит от вида животного, взаимодействующего с ребенком. В иппотерапевтическом методе наряду с общими принципами, перечисленными выше, с нашей точки зрения необходимо выделить специфические, показывающие отличия механизмы воздействия от других психотерапевтических методов.

Специфические принципы иппотерапии сводятся к:

- ориентации на индивидуальную траекторию иппотерапевтического занятия – т.е. подбор иппотерапевтических средств и методик для каждого ребенка, поиск специфических средств коммуникации с ним и с сопровождающими его лицами, подбор психоdiagностических средств для выявления эффективности занятий каждого ребенка и т.п.;
- принцип опосредованной оценки эффективности иппотерапии – т.е. формирования самооценности ребенка за счет отсутствия верbalной оценки его действий, и безусловного взаимодействия с животным. Дети с ОВЗ, зачастую, неспособны к вербализации своих переживаний, впечатлений на занятиях, поэтому данный принцип позволяет работать и с наблюдениями родителей за их детьми. Родители, в силу глубокой привязанности к ребенку, могут прочувствовать его состояние, а также оценить результат и эффективность занятий;
- предварительная подготовка лошади – специальная подготовка лошади к ситуации занятия, позволяющая животному сохранять спокойствие в любых ситуациях, обеспечивая безопасность своему всаднику [55].
- принцип иррадиации заключается в предоставлении средств иппотерапии для разных видов нарушенного развития;
- принцип интеграции всех участников терапевтического воздействия –

для достижения терапевтического эффекта необходимо объединение родителей, иппотерапевтов, что заложено в основу комплексного подхода к организации иппотерапевтических занятий. Комплексный подход дополняется взглядом болгарских исследователей Н. Генчева, И. Чавдаровым, М. Киряковой, и Н. Дочева, рассматривают иппотерапию как сочетание адаптивного спорта и специальной педагогики, совместное действие которых обеспечивает процесс лечения и психологической помощи детям с трудностями в развитии [77].

Комплексный подход к иппотерапии выражается не только в помощи ребенку с ОВЗ, но и его родителям. Этот эффект отражен в исследовании Т.Н. Завьяловой и Е.В. Запорожец на тему «Коррекция психофизического состояния родителей (матерей), воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями на занятиях по иппотерапии». Авторами было отмечено, что родители (матери), имеющие детей с ОВЗ, приводя их на занятия иппотерапией, «сами «отдыхают душой» рядом с лошадьми»: становятся более спокойными, отдыхают от насущных проблем, задумываются о себе и больше улыбаются. Некоторые родители, вдохновленные своими детьми, сами начинают заниматься верховой ездой. По данным этого исследования было показано, что занятия иппотерапией положительно отразились на психическом состоянии родителей: все они проявляли большой интерес к занятиям, они стали увереннее и активнее, а также снизился уровень тревожности – все эти показатели могут свидетельствовать о том, что родители, как непосредственные участники иппотерапевтического занятия, ощущают свой особенный эффект [25].

Одним из ключевых понятий нашего исследования является – *дизонтогенез*, нарушенное развитие психики и организма в целом или его отдельных частей, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и ее компонентов [39].

Изучаемая нами в контексте иппотерапии категория детей - особая, потому что процесс адаптации обусловлен дизонтогенезом и требует специфической психологической помощи. Мы предположили, что иппотерапевтические занятия, воздействуя на организм и психику детей с ОВЗ, могут актуализировать компоненты их адаптационного потенциала. Как ранее было упомянуто, дети с нарушениями в развитии испытывают большие

трудности в приспособлении к окружающей действительности. Вследствие этого, дезадаптация – как феномен противоположный психологическому благополучию, к которому стремится человек, для этой категории детей становится одним из самых серьезных препятствий для дальнейшего развития и возможностей оптимального взаимодействия с окружающей действительностью. Атмосфера иппотерапевтического занятия построена таким образом, чтобы активировать заложенные адаптационные ресурсы организма ребенка с ОВЗ и поддержать процесс адаптации к окружающей среде.

Иппотерапия может создавать для ребенка ту самую атмосферу, которая будет его учить адаптироваться к изменяющемуся миру, где лошадь выступает как «ко–терапевт» для ребенка с ОВЗ [79]. Формирование адаптационного потенциала детей с ОВЗ вследствие их занятий верхом на лошади рассматривается в нашем исследовании через совокупность следующих психологических эффектов: эмоциональный, регуляторный, соматический, поведенческий, мотивационный [51]. Адаптационный потенциал рассматривается нами как интеграция психологических эффектов и компонентов адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

### **Модели исследования психологической эффективности иппотерапии**

Создание модели исследований сталкивается с рядом ограничений. психологической эффективности во взаимосвязи с формированием адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья сталкивается с рядом ограничений. Они объясняются в первую очередь недостатком комплексных научных исследований, в том числе психологических в данной сфере. Тем не менее можно предположить несколько теоретических и практических моделей для рассмотрения процесса воздействия иппотерапии:

1. Одна из моделей построена на изолированных действиях каждого участника: ребенка и лошади. При такой модели система взаимодействия «ребенок-лошадь» в процессе иппотерапевтических занятий практически не формируется. Оба участника практически изолированы друг от друга. Все внутренние ресурсы ребенка, не задействованные в адаптации к внешней среде, начинают активизироваться за счет того, когда ребенок старается выполнять задания самостоятельно, без непосредственной помощи иппотерапевта. Часто

такой подход не приносит желаемого эффекта, поскольку ребенок не может самостоятельно справиться с задачами иппотерапевтического занятия.

2. Следующая модель может быть представлена системой взаимодействия «ребенок–лошадь». Соответственно второй модели, в системе «ребенок–лошадь» во время занятия оба элемента находятся в центре внимания. Всё, что происходит вокруг относится к внешним факторам, изменяющим пространство иппотерапии, но не учитывающимся при оценке эффективности занятий. При этом родители и иппотерапевты выполняют разные роли: у первых – вспомогательная, у последних – ведущая. Ребенок и лошадь подстраиваются, адаптируются к ситуации вместе: лошадь чувствует ребенка, помогает ему, а ребенку легче приспособиться и заниматься с ее помощью.

3. Последняя модель предполагает формирование 4-х компонентной системы «ребенок–лошадь–инструктор–родитель». Данная система основывается на комплексном подходе и, поэтому, активизирует интеграцию психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала. Каждый участник иппотерапевтического занятия сопровождения выполняет свои, никем не заменимые функции, которые в целом обеспечивают комплексное взаимодействие. Основной фигурой данной системы взаимодействия является ребенок, осознающий, рефлексирующий, переживающий иппотерапевтическую ситуацию и выстраивающий взаимодействие с лошадью, иппотерапевтом и родителями. В сочетании действий каждого субъекта ребенок чувствует себя центральной фигурой, и его адаптационные ресурсы раскрываются в полной мере, что подтверждает наличие особой эффективности иппотерапии. Лошадь выполняет функцию своеобразного ко–терапевта в процессе занятия. Функции родителей заключаются в контроле за результатами иппотерапевтических занятий, а также в наблюдении за ребенком, поддержки и мотивации его психологического самочувствия.

В связи с перечисленными моделями следует вывод, что комплексный подход в процессе иппотерапевтического занятия может быть осуществлен только с помощью действий каждого субъекта сопровождения. Психологическая эффективность иппотерапии в формировании адаптационного

потенциала детей с ОВЗ может быть изучена с позиции такой системы сопровождения.

Цель данного исследования состоит в том, чтобы раскрыть взаимосвязи психологических эффектов иппотерапевтических занятий, диагностируемых разными субъектами психологического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья с компонентами адаптационного потенциала. Под психологическим сопровождением мы понимали совместное участие иппотерапевтов и родителей детей с ОВЗ в организации и проведении иппотерапевтических занятий, обеспечивающее психологическую и физическую безопасность, а также раскрытие адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

#### **Гипотезы исследования:**

1. Гипотеза №1: иппотерапевтические занятия, воздействуя на организм и психику ребенка с ОВЗ, сопровождаются психологическими эффектами, которые коррелируют с компонентами адаптационного потенциала детей с ОВЗ.
2. Гипотеза №2: психологическая эффективность иппотерапии обусловливается диагнозом ребенка с ОВЗ. В процессе иппотерапевтических занятий у детей с ДЦП более выражены проявления эмоционального и соматического эффектов, а у детей с другими диагнозами – коммуникативного и регуляторного.
3. Гипотеза №3: в процессе иппотерапевтических занятий иппотерапевты в большей степени фиксируют внимание на энергетических эффектах, в то время как родители - на эмоциональных и коммуникативных.

#### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать современные научные исследования по проблеме психологических эффектов иппотерапии и адаптационного потенциала детей с ОВЗ.
2. Раскрыть содержание и структуру психологических эффектов иппотерапевтических занятий, диагностируемых иппотерапевтами и родителями.

3. Раскрыть структуру адаптационного потенциала детей с ОВЗ.
4. Выявить связи между психологическими эффектами иппотерапии и компонентами адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья.
5. Сравнить проявления психологических эффектов иппотерапии детей с ДЦП и другими диагнозами.
6. Разработать комплекс методических средств для выявления психологических эффектов иппотерапии детей с ОВЗ.

**Объект исследования** интеграция психологических эффектов иппотерапевтических занятий и компонентов адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

**Предмет исследования** – психологические эффекты занятий по иппотерапии.

## **2.2. Организация объекта исследования**

Процесс исследования включал предварительное собеседование с родителями, направленное на привлечение к участию в исследовании. Прошедшие собеседование добровольно согласились участвовать в исследовании, в проведении наблюдения за детьми и заполнении предложенных методик.

В проведенном исследовании участвовали дети с ОВЗ, родители и инструкторы–иппотерапевты конно–спортивных центров г. Санкт–Петербурга, практикующих иппотерапию.

◀ 44 ребенка с разными видами дизонтогенеза, за которыми в процессе иппотерапевтических занятий велось только наблюдение, в связи с их интеллектуальными нарушениями и отсутствием у некоторых речи.

Возрастные особенности детей с ОВЗ находятся в диапазоне – от 3 до 15 лет.

Вариативность диагнозов детей с ОВЗ, занимающихся иппотерапией представлена ниже:

- детский церебральный паралич (ДЦП) – 29 детей;
- аутизм – 5 детей;

- синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – 4 ребенка;
- эпилепсия – 2 ребенка;
- лёгкая степень умственной отсталости – 2 ребенка;
- задержка психического развития (ЗПР) – 2 ребенка.

Длительность посещения детьми с ОВЗ иппотерапевтических занятий колеблется от полугода до 6 лет.

◀ 44 родителя, дети которых занимаются иппотерапией на базах конно-спортивных центров. Среди родителей 3 отца и 41 мать, в возрасте от 27 до 60 лет. Уровень образования распределяется следующим образом:

- 28 человек – имеют высшее образование;
- 16 человек - имеют среднее образование.

Социально-демографические характеристики родителей представлены в Приложении №1.

◀ 15 инструкторов-иппотерапевтов, среди которых 2 мужчины и 13 женщин. Возрастной диапазон инструкторов-иппотерапевтов варьирует от 21 до 45 лет. Все инструкторы имеют профильное образование (психологическое, педагогическое) и прошли курсы повышения квалификации в области иппотерапии. Образовательный уровень иппотерапевтов распределяется следующим образом:

- 8 человек - имеют высшее образование по профилю «психология» или «клиническая психология»;
- 5 человека - имеют высшее образование по профилю «педагогика»;
- 2 человека - имеют среднее педагогическое образование.

Стаж работы инструкторов-иппотерапевтов находится в пределах от года до нескольких лет:

- 7 инструкторов работают менее 3-х лет;
- 3 инструктора 4-5 лет;
- 5 инструкторов 6-7 лет.

Должности инструкторов также различались:

- 5 - координаторы различных проектов по иппотерапии;
- 8 – инструкторы;
- 2 - помощники инструкторов.

Социально-демографические характеристики иппотерапевтов представлены в Приложении №2.

В нашей стране иппотерапия как метод психотерапевтической помощи только начинает своё развитие. В России отсутствует направление высшего образования, предполагающее подготовку профессиональных кадров по иппотерапии. Хотя иппотерапевтические занятия предлагаются множеством центров Санкт-Петербурга и Ленинградской области, лишь небольшая часть инструкторов действительно имеет право на работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Несмотря на активность респондентов, исследование продвигалось с некоторыми трудностями. Научно-практическое изучение иппотерапии находится на начальном этапе развития, поэтому факт его новизны определяет высокую стоимость проведения занятия. В связи с этим, от родителей и иппотерапевтов требуется четкое соблюдение временного графика занятий. Немногие родители детей с ограниченными возможностями здоровья могут позволить себе оплачивать регулярные занятия. В связи с экономической проблемой, в частности, в России, на базах социальной помощи создаются проекты по сбору добровольных средств на оплату иппотерапевтических занятий. Например, в Санкт-Петербурге проводятся благотворительные фестивали, концерты и промо-акции по сбору средств на бесплатные занятия лечебной верховой ездой. Чаще всего эти мероприятия организуются либо службами социальной помощи, либо психологическими и интегративными центрами, которые практикуют использование иппотерапии за счет средств родителей, которые готовы оплачивать дорогостоящие занятия. В связи с этой проблемой возникает куда более весомая трудность, относящаяся к проведению психологических исследований. Она заключается в большой сложности формирования однородной выборки, поскольку дети имеют разные патологии, количество занятий всегда определяется индивидуально, с учетом уровня и возможностей развития ребенка, а также с учетом его актуального соматического и психического состояния. Поэтому выборка родителей и детей формировалась по случайному принципу и объединила детей с различными диагнозами.

## **2.3 Описание методов и методик исследования**

При разработке методического комплекса учитывался тот факт, что в иппотерапевтических занятиях участвовали иппотерапевты и родители детей с ограниченными возможностями здоровья. Комплекс методик подбирался таким образом, чтобы можно было сопоставить экспертную оценку психологических эффектов родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов, а также с учетом временных возможностей субъектов психологического сопровождения. Для обследования детей, участвовавших в иппотерапевтических занятиях, использовался метод непараметрического наблюдения. Результаты наблюдения фиксировались во время и после проведения занятия по иппотерапии.

*Методический комплекс для обследования включал в себя:*

- Карту наблюдения за поведением ребенка в процессе иппотерапевтических занятий – модифицированный вариант карты наблюдений Д. Стотта [53];
- Опросник «САН» – экспресс–оценка самочувствия, активности и настроения – модифицированный вариант [5];
- Карту наблюдения психологических проявлений в домашних условиях и в процессе иппотерапевтических занятий (авторский вариант);
- Методику социально–психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда – модифицированный вариант [46];
- Биографическую анкету;
- Шкалу самооценки Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина [53].

*Карта наблюдения за поведением ребенка в процессе иппотерапевтических занятий – модифицированный вариант карты наблюдений Д. Стотта* – направлена на поиск психологических и соматических проявлений поведения ребенка в процессе иппотерапевтических занятий. В оригинальном варианте карта Л. Стотта представляет 16 симптомо-комплексов дезадаптивного поведения детей. В модифицированном нами варианте принимались во внимание, прежде всего, те симптомы, диагностируемые по карте, которые

могли проявиться в процессе иппотерапевтического занятия. В частности: активность, внимательность, злость, апатия, резкие перепады энергии, утомление, интерес к занятиям, игнорирование окружающих, эмоциональность, трепет конечностей, хороший сон, хороший аппетит, страх к окружающим, игнорирование окружающих, тревога, головные боли. С помощью контент-анализа симптомов, нами были выделены шесть эффектов иппотерапии: эмоциональный, коммуникативный, соматический, регуляторный, энергетический и мотивационный.

Для заполнения карты наблюдения давалась по следующей инструкции: «Уважаемые иппотерапевты и родители! Перед Вами перечень особенностей поведения детей, которые можно наблюдать в процессе иппотерапевтических занятий. Просим Вас внимательно ознакомиться с этими особенностями. Отметьте знаком «+» те особенности, которые Вы замечаете у Вашего ребенка. Отмечайте знаком «+» особенности независимо от их выраженности».

Обработка полученных данных производилась по следующей таблице:

**«Таблица №1. Содержание психологических эффектов иппотерапии»**

Психологические эффекты	Градация	Индикаторы
1 Эмоциональный	Отчетливо проявляется – 3б	Открыто выражает свои чувства, порывист, нетерпелив, не сдержан, встревожен, обеспокоен, напряжен во время занятия, окружающие люди вызывают положительные эмоции
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
2 Коммуникативный	Отчетливо проявляется – 3б	Стесняется инструктора, замыкается в общении со взрослым, зажат в общении с инструктором, легко вступает в контакт с окружающим взрослым, инициативен в общении, общается с окружающими, нравятся окружающие люди
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
3 Регуляторный	Отчетливо проявляется – 3б	Часто отвлекается на окружающие факторы, чувствует вялость, плохое поведение, сосредоточен на себе, занят собой, отказ выполнять задания не превышающие способности и физиологические возможности (лень), нуждается в помощи инструктора, с интересом и желанием справляется с заданиями, полагается на свои силы, самостоятелен, уравновешен и спокойен, способен контролировать свои действия
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
5 Энергетический	Отчетливо проявляется – 3б	Хорошее настроение, активность на занятии

	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
6 Мотивационный	Отчетливо проявляется – 3б	Радуется успеху, с удовольствие выполняет задания
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
7 Поведенческий	Отчетливо проявляется – 3б	Делает шаг назад, не подходит к лошади, подходит сам
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	
8 Соматический	Отчетливо проявляется – 3б	Болевые и неприятные ощущения в области ЖКТ, дыхательной системы, сердечно–сосудистой системы, выделительной системы, головные боли, сонливость, трепет конечностей, вегетососудистые проявления, изменение аппетита, качество сна, энурез.
	Слабо проявляется – 2б	
	Не проявляется – 1б	

Карта наблюдения приставлена в Приложении №3.

*Опросник «САН»* – экспресс–оценка самочувствия, активности и настроения, разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым (1973) [5]. В оригинальном варианте опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить своё состояние в данный момент. Каждая пара характеристик представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния. В связи со спецификой нашего исследования и трудностей его проведения, список характеристик был сокращен до 6.

Модифицированный нами вариант опросника «САН» был использован для определения самочувствия, уровня активности и настроения ребенка сразу после занятия на лошади. Наблюдение за ребенком с ОВЗ после занятия с лошадью дает возможность отследить проявления эмоциональных реакций, уровня мотивации к занятиям иппотерапией, а также определить состояние энергетических ресурсов детей после занятий. По модифицированному варианту опросника оценивались следующие показатели:

- Эмоциональный тонус – наблюдение и оценка уровня настроения ребенка по окончании занятия;

- Саморегуляция – наблюдение и оценка уровня внимательности;
- Спокойствие – наблюдение и оценка уровня тревоги или спокойного состояния;
- Мотивация – наблюдение и оценка желания продолжать занятие даже после его окончания;
- Активность – наблюдение и оценка уровня энергетических ресурсов ребенка после занятия;
- Понравилось занятие – наблюдение и оценка уровня удовлетворенности занятием.

Опросник проводился по следующей инструкции: «Уважаемые родители и участники! Перед вами перечень противоположных психологических состояний. Оцените, пожалуйста, каждое из них в зависимости от того, как чувствует себя Ваш ребенок после занятия на лошади. К примеру, если вы оцениваете настроение хорошим, то обведите кружочком одну цифру *левее*, если наоборот, то обведите кружочком цифру *правее*»:

Стимульный материал представлен в приложении №7.

Анализ данных о самочувствии детей с ОВЗ после иппотерапевтического занятия, оцененного родителями, был проведен с учетом количества баллов, соответствующего степени выраженности каждого показателя.

*Карта наблюдения за поведением детей в домашних условиях (авторский вариант)* – предназначена для диагностики поведенческих проявлений после иппотерапевтических занятий. В основу карты положены поведенческие проявления, типичные для детей с ограниченными возможностями здоровья разного дизонтогенеза [35]. Содержание карты предполагало наблюдение за теми же поведенческими проявлениями, что и карта наблюдений за поведенческими проявлениями на иппотерапевтических занятиях. Задача родителей заключалась в том, чтобы отметить активность, интерес,

внимательность детей и т.д. в домашней обстановке после занятий. Карта заполняется только родителями. Полное содержание карты представлено в Приложении №4.

Методика проводилась по следующей инструкции: «Уважаемые родители! Перед Вами приведен перечень особенностей поведения и соматических проявлений. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждую особенность, определите по шкале от 1 (не проявляется) до 7 (отчетливо проявляется) баллов, насколько выражена каждая особенность у Вашего ребенка в домашних условиях, где:

- 1 балл – не проявляется;
- 4 балла – время от времени проявляется;
- 7 баллов – отчетливо проявляется».

Карта наблюдения за поведением ребенка с ОВЗ в домашних условиях после иппотерапевтических занятий представлена в приложении №4.

Для определения содержания психологических эффектов использовался контент-анализ по следующей таблице:

Табл. №5 «Содержание психологических эффектов в домашних условиях »

Психологические эффекты	Характеристики эффекта
Эмоциональный	Выраженная эмоциональность, раздражение, тревожность, недовольство окружающими, радость, грусть, спокойствие, безразличие
Коммуникативный	Инициатива в установлении, сохранении и разрыве контактов, общительность вербальный/невербальный контакт (с лошадью и окружающими взрослыми – родителями и иппотерапевтами), установление контакта) открытость, закрытость, доброжелательность.

Соматический	Болевые и неприятные ощущения в области ЖКТ, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, выделительной системы, головные боли, сонливость, трепет конечностей, вегетососудистые проявления, изменение аппетита, качество сна, энурез
Регуляторный	Внимательность, усидчивость, апатия, волевое усилие к выполнению упражнений, усиление эгоцентрации (включение Я в достижении цели) - я хочу/я буду, лень, повышенное внимание и ослабление внимания к заданиям иппотерапевта
Мотивационный	Повышенный интерес к занятиям, отказ от выполнения заданий, желание заниматься, ожидание (нетерпение), оживление позитивных эмоций при воспоминании занятий, возвращение к прерванным занятиям с лошадью, фиксация внимания образа лошади в повседневной жизни
Энергетический	Утомляемость, активность, взаимодействие с лошадью (тактильный контакт, верб/невербал, реакция лошади на ребенка (оценивается иппотерапевтами),
Координационный	Поиск, обучение и сохранение равновесия в процессе занятия и после него
Рефлексивный	Воспоминания (пересказ) о занятиях с лошадью,

Поведенческий	Агрессия, достижения о выполнении упражнений в иппотерапии
---------------	--

*Модифицированный вариант методики диагностики уровня социально-психологической адаптации, предложенной К. Роджерсом и Р. Даймонд (США, 1954), шкала «СПА», модифицированная А.К. Осницким, 2004) [46] . В оригинальном варианте методика используется для диагностики и выявления особенностей социально-психологической адаптации детей и подростков по следующим 6-ти интегральным показателям:*

- Адаптация;
- Приятие других;
- Интернальность;
- Самовосприятие;
- Эмоциональная комфортность;
- Стремление к доминированию.

Методика состоит из 101 утверждения, которые предлагаются респонденту для оценки каждого, насколько это утверждение свойственно респонденту, по шкале от 0 до 6 баллов, где:

- 0 — это ко мне совершенно не относится;
- 1 — мне это не свойственно в большинстве случаев;
- 2 — сомневаюсь, что это можно отнести ко мне;
- 3 — не решаюсь отнести это к себе;
- 4 — это похоже на меня, но нет уверенности;
- 5 — это на меня похоже;
- 6 — это точно про меня.

Далее проводится подсчет баллов по каждому интегральному показателю, и максимально полученное количество баллов по одному из показателей будет выражать особенности процесса адаптации или дезадаптации ребенка или подростка.

В нашем исследовании респондентами являются родители детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, часто ограниченные временем

и кроме того, эта категория родителей отличается высоким напряжением психологических защит, что не позволяет проводить длительные масштабные исследования. В связи с этим, была необходима модификация стимульного материала.

Исходя из целей нашего исследования, мы видоизменили содержание утверждений, чтобы бы на них могли ответить родители детей с ОВЗ, в процессе иппотерапевтических занятий. Количество утверждений было уменьшено, а также сами утверждения были перестроены под вид вопросов с возможностью выбора варианта ответа. Поскольку в нашем исследовании изучаются психологические эффекты иппотерапии, то каждый вопрос был сформулирован таким образом, чтобы его содержание отражало признаки изучаемых эффектов. Данная методика представлялась для заполнения только родителям, была проведена по следующей инструкции:

«Уважаемые родители! Перед Вами представлен перечень возможных особенностей поведения Вашего ребенка во время иппотерапевтического занятия. Внимательно прочитайте их. Отметьте, как, на Ваш взгляд, может проявляться каждая особенность. Просим Вас обратить внимание на то, что некоторые из них требуют пояснений. Пожалуйста, обведите в кружок варианты, которые наиболее характерны для Вашего ребенка, по желанию, предложите свой вариант ответа».

Стимульный материал для проведения данной методики представлен в Приложении №5.

Для определения содержания психологических эффектов проводился контент-анализ по следующей таблице:

«Табл. №2. Содержание психологических эффектов иппотерапии»

Психологические эффекты иппотерапии	Характеристики эффекта
1) Эмоциональный	Выраженная эмоциональность, раздражение, тревожность, недовольство окружающими, радость, грусть, спокойствие, безразличие

2) Коммуникативный	Инициатива в установлении, сохранении и разрыве контактов, общительность вербальный/ невербальный контакт (с лошадью и окружающими взрослыми – родителями и иппотерапевтами), установление контакта) открытость, закрытость, доброжелательность.
3) Соматический	Болевые и неприятные ощущения в области ЖКТ, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, выделительной системы, головные боли, сонливость, трепет конечностей, вегето-сосудистые проявления, изменение аппетита, качество сна, энурез
4) Регуляторный	Внимательность, усидчивость, апатия, волевое усилие к выполнению упражнений, усиление эгоцентрации - я хочу/я буду, лень, повышенное внимание и ослабление внимания к заданиям иппотерапевта
5) Мотивационный	Повышенный интерес к занятиям, отказ от выполнения заданий, желание заниматься, ожидание (нетерпение), оживление позитивных эмоций при воспоминании занятий, возвращение к прерванным занятиям с лошадью, фиксация внимания образа лошади в повседневной жизни
6) Энергетический	Утомляемость, активность, взаимодействие с лошадью (тактильный контакт, вербальный/невербальный, реакция лошади на ребенка (оценивается иппотерапевтами),
7) Координационный	Поиск, обучение и сохранение равновесия в процессе занятия и после него
8) Рефлексивный	Воспоминания (пересказ) о занятиях с лошадью
9) Поведенческий	Агрессия, достижения о выполнении упражнений в иппотерапии

*Биографическая анкета для родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов* – была составлена для сбора общей, биографической информации об основных социально-демографических характеристиках родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов, а также содержащих основную информацию о диагнозах детей, длительности, целей и ожидаемых результатах от иппотерапевтических занятий. Варианты биографических анкет для родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов представлены в Приложении №6.

*Шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина* [53], – направлена на определение уровня актуальной тревоги и личностной тревожности как иппотерапевта, так и родителя. Выбор этой методики связан с тем, что тревога – это основное состояние, которые наблюдается у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья [73]. Дети с ограниченными возможностями здоровья склонны «считывать» состояние родителей и вести себя в соответствии с этим состоянием. Поэтому важно определить уровень, как актуальной тревоги и личностной тревожности всех участников иппотерапевтического процесса. Мы предполагаем, что именно уровень переживания тревоги иппотерапевтами и родителями детей с особенностями в развитии может стать ключевым фактором эффективности иппотерапии. С помощью шкалы самооценки Спилбергера–Ханина фиксировался уровень актуальной тревоги так и личностной тревожности иппотерапевтов и родителей детей с ОВЗ.

Методика проводилась по следующей инструкции: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет!».

При анализе результатов самооценки тревожности учитывалось, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (сituативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая;
- 31 - 44 балла – умеренная;
- 45 и более - высокая.

Стимульные материалы и карта для обработки данных представлены в Приложении №8.

## **2.5 Методы статистической обработки эмпирического материала**

Были использованы следующие методы статистической обработки полученных данных:

- контент–анализ – для выявления содержания психологических эффектов иппотерапии;
- описательная статистика;ы
- подсчет средне групповых значений и стандартного отклонения;
- корреляционный анализ по методу Спирмена для независимых выборок;
- факторный анализ.

Подсчёт производился в программах: Microsoft Office Excel 2008 и статистический пакет для социальных наук SPSS Statistics 23 [43].

# ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИППОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Исследование, посвященное изучению психологической эффективности иппотерапии в формировании адаптационного потенциала детей с ОВЗ, было направлено, во–первых, на поиск психологических эффектов занятий, которые могут наблюдаться родителями и иппотерапевтами; во–вторых на взаимосвязь этих эффектов с компонентами адаптационного потенциала детей с ОВЗ; в–третьих, в определении психологической эффективности иппотерапевтических занятий для детей с детским церебральным параличом.

## **3.1. Результаты исследования и их обсуждение**

### **3.1.1 Результаты исследования психологических эффектов иппотерапевтических занятий**

Психологические эффекты иппотерапевтических занятий оценивались иппотерапевтами и родителями детей с ОВЗ с помощью специально разработанной карты наблюдений. В качестве эффектов были оценены:

- эмоционального,
- коммуникативного,
- соматического,
- рефлексивного,
- мотивационного,
- поведенческого,
- координационного,
- энергетического,
- регуляторного.

Результаты исследования в полном объеме представлены в приложении №9.

Рассмотрим прежде всего иерархию значимости психологических эффектов иппотерапии у родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов.



*Рис. 1 Экспектации родителей детей с ОВЗ относительно психологических эффектов иппотерапевтических занятий*

На рисунке 1 представлены количественные данные об ожидаемых родителями психологических эффектах иппотерапии: общее здоровье, эмоциональный, регуляторный, коммуникативный, координационный. Наиболее важным эффектом иппотерапии для родителей является – общее здоровье детей с ОВЗ. В связи с тем, что большинство участвовавших в исследовании родителей воспитывает детей с двигательными нарушениями, они, в первую очередь, заинтересованы в соматических, физиологических изменениях в организме ребенка посредством иппотерапевтических занятий. Поскольку, в научной литературе больше всего был изучен биомеханический эффект иппотерапии, родители уверены в том, что занятия с лошадью будут способствовать оздоровлению опорно–двигательного аппарата, укреплению мышечного корсета, в частности спины, а также в улучшении кровообращения и в снижении спастичности мышц за счет глубокого физиотерапевтического массажа при посадки верхом на лошади.

Для родителей также важными являются эмоциональный, регуляторный и координационный эффекты. С точки зрения родителей детей с ОВЗ, позитивные эмоции ребенка, его радость от взаимодействия с лошадью позволяют ребенку чувствовать себя увереннее, повышают его интерес к занятиям. Родители ожидают, что иппотерапевтические занятия благотворно будут влиять на укрепление мышц тела ребенка, посредством чего, ребенок научится управлять своим телом, держать равновесие, развивать внимание и волю для

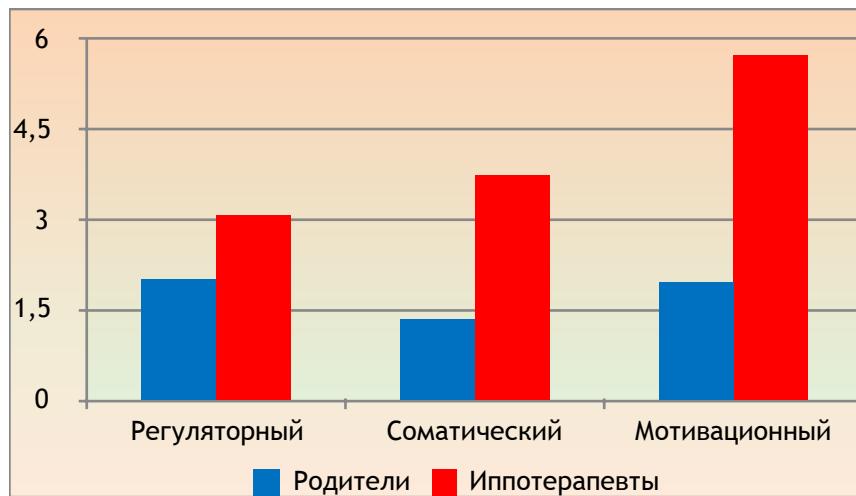
самостоятельного выполнения предложенных иппотерапевтом упражнений и т.п.

Как показало исследование, для родителей детей с ОВЗ наиболее важными являются регуляторный, соматический и мотивационный эффекты. Родители больше замечают регуляторные изменения в поведении ребенка, поскольку занятия с лошадью способствуют развитию внимания, усидчивости, волю к выполнению упражнений, что помогает достигать наиболее высоких результатов иппотерапевтических занятий.

Проявления мотивационного эффекта иппотерапии родители видят в том, каков уровень интереса их детей к занятиям с лошадью, насколько для них важно не пропустить занятие. Родители оказывают большую поддержку ребенку во время иппотерапевтического занятия. В силу глубокой привязанности к родителям, ребенок чувствует безопасность и получая поддержку со стороны родителей, получает удовольствие от занятий, что сопровождается позитивными эмоциями, положительными впечатлениями, и в конечном итоге, повышением мотивации интереса к занятиям с лошадью.

Самым менее значимым психологическим эффектом иппотерапии с точки зрения родителей оказался – соматический. Однако, с точки зрения родителей, хорошее самочувствие ребенка, а также отсутствие болевых симптомов, головокружения, недомогания в процессе иппотерапии, является важной составляющей для получения общего положительного результата от занятий. Можно предположить, что исходя из ожиданий родителей, соматические проявления будут сигнализировать о самочувствии ребенка в процессе прохождения курса иппотерапевтических занятий, а также о его общем уровне здоровья.

Иерархия значимости психологических эффектов иппотерапии для иппотерапевтов иная: мотивационный, регуляторный и соматический.



*Рис. 2 Оценка психологических эффектов иппотерапевтических занятий родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов*

По данным, представленным на рисунке 2, наиболее выраженные различия в оценке показателей мотивационного, соматического и регуляторного эффектов иппотерапии между иппотерапевтами и родителями детей с ОВЗ. Оценка иппотерапевтами мотивационного эффекта значительно превышает оценку данного эффекта родителями. Различия в показателях мотивационного эффекта статистически достоверны (при  $p \leq 0,05$ ) и составляют – 2,76 балла. Различия в показателях соматических проявлений (при  $p \leq 0,05$ ) – 2,38 балла, а различия в показателях регуляторных проявлений (при  $p \leq 0,01$ ) – 1,05 балла. Можно предположить, что иппотерапевты стараются организовать занятия, максимально стимулируя интерес ребенка к взаимодействию с собой и с лошадью. Значимыми для них также являются соматические проявления, такие как жалобы на головную и телесную боль, трепор конечностей, различные тики, мышечные спазмы. С точки зрения иппотерапевтов, занятия на лошади, способствуют расслаблению мышц, снижению спастичности и трепора конечностей ребенка с ОВЗ. Вследствие улучшения кровообращения, вызванного своеобразным массажем «живого тренажера» - лошади, происходит ослабление головной и телесной боли.

Несмотря на полученные различия, некоторые психологические эффекты иппотерапии оцениваются одинаково как родителями, так и иппотерапевтами.

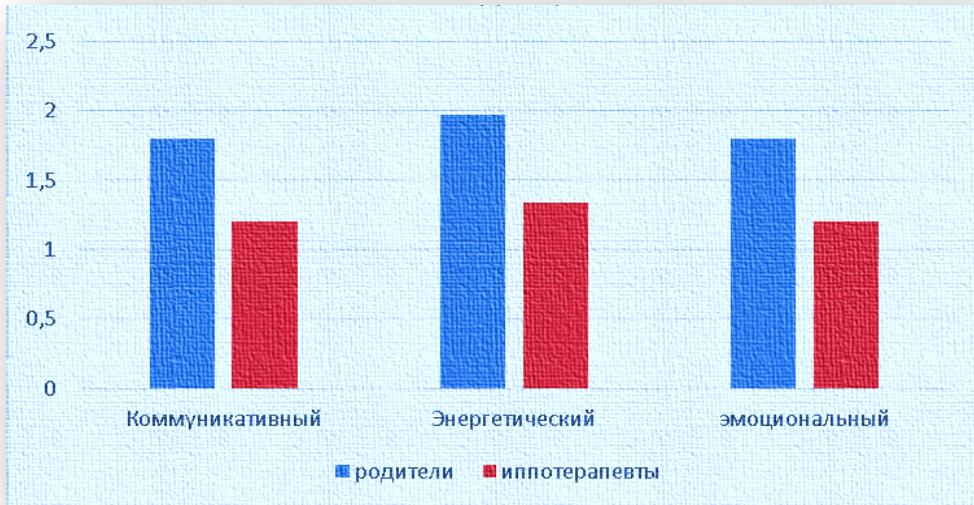


Рис. 3 Общая

оценка психологических эффектов для родителей и иппотерапевтов

На рисунке 3 отражены показатели коммуникативного, энергетического и эмоционального эффектов иппотерапевтических занятий. Родители и иппотерапевты оценили данные показатели практически одинаково. Различия могут

С точки зрения родителей, процесс общения ребенка с ОВЗ с окружающими является неотъемлемой частью комплексного взаимодействия со всеми участниками иппотерапевтического занятия. Для иппотерапевтов коммуникация также является главной, однако, в процессе иппотерапии, иппотерапевты склонны наблюдать за самочувствием ребенка с ОВЗ во время занятия на лошади.

Для родителей важным наблюдением является состояние энергетических ресурсов их детей в процессе занятия. Для иппотерапевтов также необходимо наблюдать за энергетическим потенциалом детей во время занятия, однако иппотерапевты, меньше чем родители, склонны обращать внимания на проявления данного эффекта иппотерапии.

Родители детей с ОВЗ и иппотерапевты замечают эмоциональные реакции: радость, удовольствие, смех, улыбки детей на занятиях. Для родителей положительные эмоциональные проявления важнее, поскольку они говорят о заинтересованности ребенка в занятиях с лошадью, а также о его психологической безопасности во процессе иппотерапии. С точки зрения иппотерапевтов, проявления данного эффекта во время иппотерапевтического занятия, являются сигналом о том, что занятие нравится ребенку, а также

уровень его самочувствия удовлетворителен. Это позволяет иппотерапевту спокойно проводить занятие, зная, что ребенку в этот момент комфортно.

Показателем психологической эффективности иппотерапии может служить сохранение проявлений психологических эффектов в домашней обстановке. В связи с этим, был проведен сравнительный анализ оценки проявлений этих эффектов родителями детей с ОВЗ в домашних условиях и на иппотерапевтических занятиях.

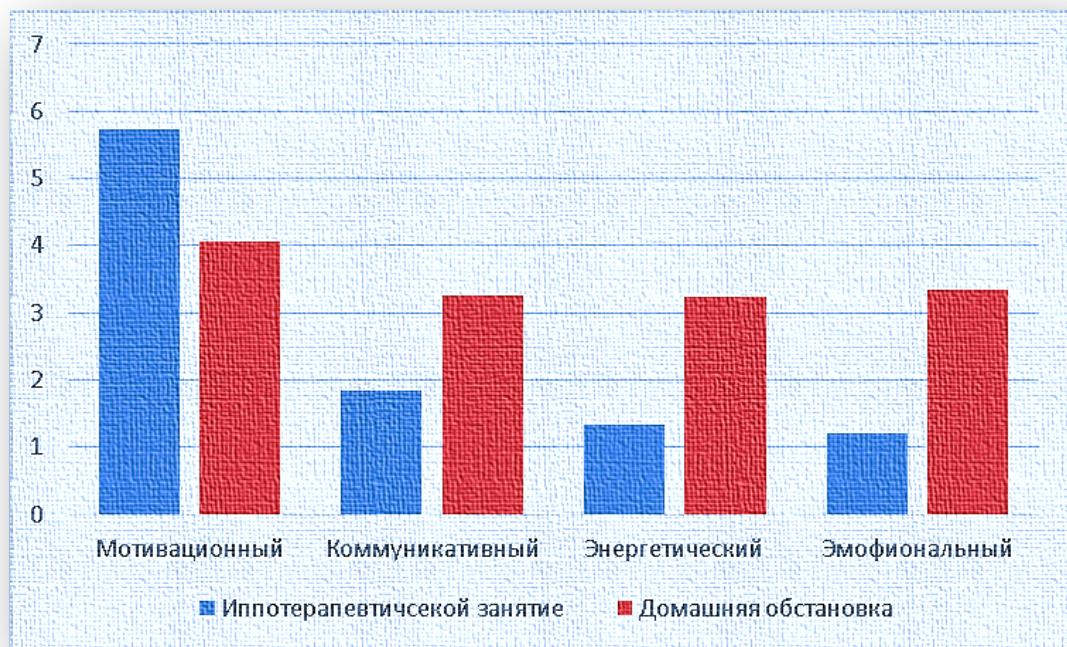
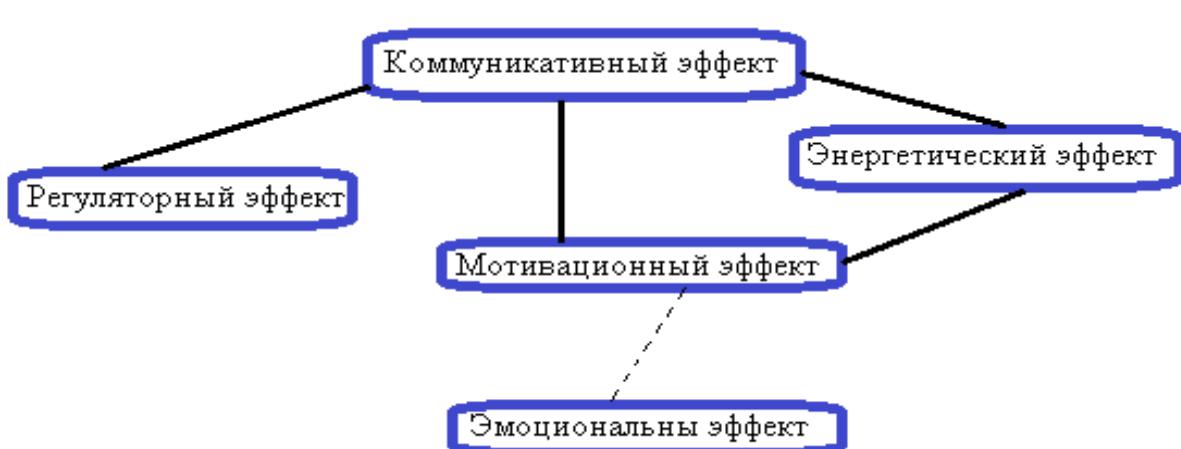


Рис.4 Сравнительная оценка родителями психологических эффектов на иппотерапевтических занятиях и в домашней обстановке

На рисунке 4 выделены статистически достоверные различия проявлений психологических эффектов, наблюдаемых родителями в домашней обстановке и на иппотерапевтических занятиях. Оказалось, что наиболее существенные различия в оценке родителей наблюдаются в показателях следующих эффектов: эмоционального, энергетического, коммуникативного и мотивационного. Прирост наиболее существенен в показателях эмоционального эффекта – 2,14 балла. Прирост в показателях энергетического эффекта – 1,9 балла. Прирост в показателях мотивационного эффекта – 1,67. Прирост в показателях коммуникативной сферы – 1,41 балла. Последствия иппотерапевтического

занятия, проявляющиеся в повышении показателей коммуникативного эффекта могут заключаться в том, что, в силу глубокой эмоциональной привязанности и симбиоза, родители ребенка с ОВЗ разговаривают о прошедшем занятии с ним, проговаривая положительные моменты процесса взаимодействия с лошадью. Можно предположить, что взаимодействия родителей и их детей приведут к повышению уровня мотивации интереса ребенка к занятиям с лошадью. Можно предположить, что родители стараются как можно в большей степени заинтересовать детей с ОВЗ занятиями с лошадью, тем самым, мотивируя их к длительному курсу иппотерапевтических занятий. Снижение уровня мотивации детей с ОВЗ в домашней обстановке может быть связано с отсутствием наблюдаваемых визуальных материалов, содержащих образы, рисунки с лошадьми, игрушек и всего того, что могло бы напоминать ребенку о лошади. Снижение уровня мотивационного эффекта также может быть связано с тем фактом, что ребенок, в силу специфики нарушенного развития, нуждается в дополнительных реабилитационных и лечебных мероприятиях, что усугубляет забывание в связи с неразвитой произвольной памятью, и не позволяет ребенку запоминать, возможно даже самые значимые и эмоционально окрашенные моменты в процессе иппотерапевтического занятия.

Задачи исследования заключаются не только в раскрытии содержания психологических эффектов, но и в описании их структуры этих эффектов. Особенности структуры определялись с помощью корреляционного анализа и представлены ниже.



Статистически достоверные связи показателей психологических эффектов, наблюдаваемых иппотерапевтами

На рисунке 5 представлены статистически достоверные взаимосвязи между коммуникационным, регуляторным, энергетическим эффектами и статистически достоверная отрицательная связь между мотивационным и эмоциональным эффектами в представлении иппотерапевтов. Небольшое количество корреляций полученные в результате можно объяснить высокой способностью иппотерапевтов дифференцировать и различать содержание этих эффектов каждого эффекта, а также малой численностью выборки респондентов. Наибольшее количество положительных связей имеет коммуникативный эффект: чем он более выражен с точки зрения иппотерапевта, тем чаще отмечаются проявления соматического, регуляторного и мотивационного эффектов. Полученная корреляция объясняется тем, что общение между иппотерапевтом и остальными участниками иппотерапевтического занятия является основной сферой деятельности иппотерапевта. Благодаря этой коммуникации у ребенка поддерживается уровень его энергетических ресурсов, а также мотивация и интерес к выполнению задач, которые предлагает иппотерапевт. Общение иппотерапевта с ребенком способствует повышению внимательности и усидчивости во время занятий, что способствует саморегуляции ребенка. Возможно, что повышение энергетических ресурсов и уровня саморегуляции способствуют улучшению качества общения между иппотерапевтом и ребенком с ОВЗ в процессе занятия. Отрицательная корреляция между проявлениями эмоционального и мотивационного эффектов говорит о том, что, чем чаще наблюдаются эмоциональные проявления, тем менее выражен интерес и желание ребенка с ОВЗ продолжать заниматься иппотерапией. Можно предположить, что излишняя эмоциональная реакция во время занятия может стать препятствием проявления интереса к ним. И наоборот: повышенный интерес может подавлять проявления позитивных эмоций. Полученный результат может наблюдаться процессе иппотерапевтических занятий, поскольку в нашем исследовании не учитывалась полярность (и негативные, и положительные) эмоциональных переживаний ребенка с ОВЗ.

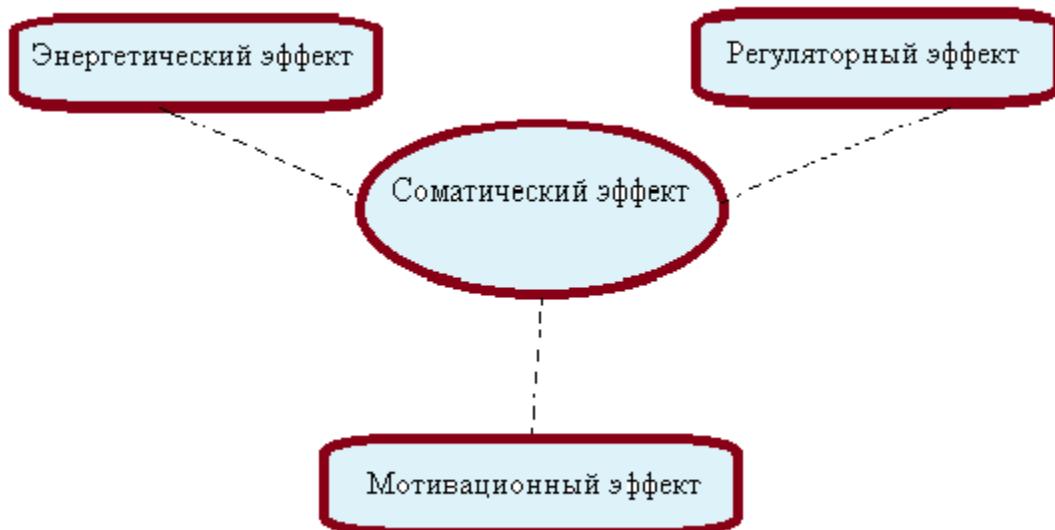


Рис.6 Статистически достоверные связи показателей психологических эффектов, оцениваемых родителями детей с ОВЗ

На рисунке №6 показано, обнаруженные отрицательные связи между такими психологическими эффектами иппотерапии, как соматический, регуляторный, энергетический и мотивационный. Соматический эффект выражается в самочувствии ребенка в данный момент, в отсутствии или наличии у него болевых ощущений в организме, оказывается одним из основных акцентов родительского внимания в процессе иппотерапевтических занятий.

Сфера соматических проявлений имеет большинство отрицательных связей. Следовательно, можно предположить, что для родителей данная сфера имеет значительно большую ценность, чем остальные во время иппотерапевтического занятия. С точки зрения родителей, иппотерапевтические занятия способствуют улучшению самочувствия ребенка; под действием специфического массажа, осуществляемого спиной лошади, происходит улучшение циркуляции крови в организме. Как известно, температура тела лошади выше на 1-1,5 градуса, чем температура тела человека. Кроме этого, с точки зрения биомеханического воздействия иппотерапии, мышцы лошади посыпают своеобразные импульсы к мышцам человека, что и определяет специфику иппотерапевтического массажа. Под таким массажным действием, также происходит и расслабление мышечных спазмов и зажимов в теле, что способствует получению ребенком удовольствия от езды верхом. Говоря о

показателях регуляторной, мотивационной и энергетической сферах, мы можем предположить, что данные эффекты являются для родителей равнозначными. Однако, с увеличением и повышением выраженности соматических проявлений у ребенка с ОВЗ в процессе иппотерапии, с точки зрения родителей, уровень саморегуляции ребенка, его желание заниматься, а также, уровень его энергетических ресурсов будет снижен.

### **3.1.2 Результаты исследования эмоциональных особенностей иппотерапевтов и родителей детей с ОВЗ**

Ситуация иппотерапевтического занятия – это система взаимодействия ребенка, лошади, родителя и инструктора по иппотерапии. Главная задача субъектов психологического сопровождения, которыми являются родители детей с ОВЗ и иппотерапевты, - создать необходимый благоприятный эмоциональный климат для реализации психокоррекционной работы. С нашей точки зрения, фактором становления благоприятного психологического климата является уровень тревожности иппотерапевтов и родителей.

Как показало исследование, существуют значительные расхождения в оценке двух видов тревожности в обеих выборках.



Рис.7 Показатели актуальной тревоги и личностной тревожности иппотерапевтов и родителей детей с ОВЗ

На рисунке 7 представлены показатели актуальной тревоги и личностной тревожности родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов. Различия в показателях личностной тревожности родителей детей с ОВЗ и иппотерапевтов составляют – 13,30 балла. Уровень личностной тревожности родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, превышает среднее значение в силу глубокого переживания за ребенка. Уровень личностной тревожности родителей равен – 46,27 балла, что находится в диапазоне оценок высокого уровня тревожности, проявляющейся в представлении ими любой ситуации как угрожающей их престижу, самооценке, физическому здоровью; поведение такого человека и его контакты с окружающими обусловливаются эмоциональной чувствительностью и повышенной ранимостью, обидчивостью, что значительно препятствует общению и провоцирует возрастание психологических барьеров в общении.

Уровень личностной тревожности иппотерапевтов близок к высоким значениям, но попадает в диапазон средних значений и равен – 32,91 балла. Средний уровень личностной тревожности характеризуется чувством удовлетворенности и комфорта, сохранностью эмоционального равновесия, работоспособностью в рабочих ситуациях, соблюдая все правила и применяя свой профессионализм и меру ответственности. При осложнении ситуации или при возникновении дополнительных трудностей в процессе иппотерапевтического занятия, у иппотерапевта возможно появление тревоги, беспокойства, ощущения напряжения или эмоционального дискомфорта, однако снижение выраженности этих проявлений происходит после того, как иппотерапевт оценил внезапно возникшую ситуацию и достиг необходимого уровня адаптированности к ней.

Актуальная тревога, измеряемая в обеих выборках, одинаковый у обеих выборок. Однако, показатель актуальной тревоги иппотерапевтов несколько выше, чем у родителей. Мы предполагаем, что в тот момент, когда иппотерапевт начинает занятие с лошадью и ребенок с ОВЗ, у него актуализируется

беспокойство за самого ребенка и за ходом занятия, возрастает ответственность перед родителями. Однако, в силу высокого уровня профессионализма, иппотерапевты спокойно относятся ко внезапно возникающим непредвиденным обстоятельствам в процессе занятий, опираясь на свой опыт работы в иппотерапии.

В это время уровень родительской актуальной тревоги несколько ниже, что может быть объяснено доверием иппотерапевтам – как профессионалам в области психокоррекционной работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

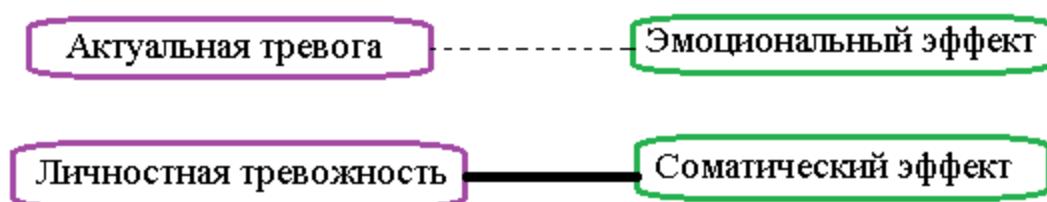


Рис. 8

Статистически достоверные связи показателей актуальной тревоги и личностной тревожности с психологическими эффектами иппотерапии у иппотерапевтов

На рисунке 8 представлены корреляции показателей актуальной тревоги и личностной тревожности с психологическими эффектами иппотерапии, наблюдаемые иппотерапевтами. Как оказалось, тесную положительную связь имеют показатели личностной тревожности и соматического эффекта.

Следовательно, чем чаще иппотерапевт контролирует соматических проявлений ребенка (наличие головной, телесной боли, трепора конечностей, уровень самочувствия ребенка в данный момент времени), тем выше показатель его личностной тревожности, даже тогда, когда занятие закончилось. И наоборот, чем выше личностная тревожность. Тем чаще иппотерапевт обращает внимание на соматические последствия от выполненных упражнений. Неожиданной выглядит корреляции между уровнем актуальной тревоги иппотерапевтов и наблюдаемым ими эмоциональным эффектом занятий у ребенка. Оказалось, что чем выше выраженность актуальной тревоги иппотерапевта, тем реже он фиксирует внимание на эмоциональных проявлениях у ребенка.



Рис. 9 Статистически достоверные связи показателей актуальной и личностной тревожности с психологическими эффектами иппотерапевтических занятий у родителей

На рисунке 9 отражены статистически достоверные связи актуальной тревоги и личностной тревожности родителей с психологическими эффектами иппотерапевтических занятий. Тесная взаимосвязь между личностной тревожностью и актуальной тревоги можно объяснить хроническим стрессом,

который переживается родителями, поскольку он захватывает личностную сферу и каждодневные жизненные обстоятельства.

Тесные положительные связи обнаружены между показателями актуальной тревоги и коммуникативным эффектом. Этот результат является вполне очевидным, поскольку общение родителей детей с ОВЗ с окружающими людьми воспринимается ими как угроза своей самоценности. Не исключено также, что напряженность и тревогу человека можно диагностировать по темпу и эмоциональной окраске речи, в целом по особенностям коммуникативного поведения.

### **3.1.3 Результаты исследования взаимосвязи оценки эффективности иппотерапевтических занятий иппотерапевтами и родителями**

Изучение психологической эффективности иппотерапевтических занятий натолкнуло нас на мысль о том, что данные эффекты могут быть следствием психо-коррекционного воздействия иппотерапии на детей с ограниченными возможностями здоровья. Наблюдаемое воздействие проявляется в изменении соматического состояния и в поведении детей с ОВЗ. Результат иппотерапевтической помощи можно проследить путем наблюдения и методического изучения различий в поведении ребенка как в домашней обстановке, так и на иппотерапевтических занятиях. Участникам исследования предлагалось заполнить, специально разработанную нами, карту наблюдения, содержание которой представлено в приложении.

Результаты корреляционного анализа проявлений психологических эффектов иппотерапии иппотерапевтов и родителей представлены на следующих иллюстрациях.

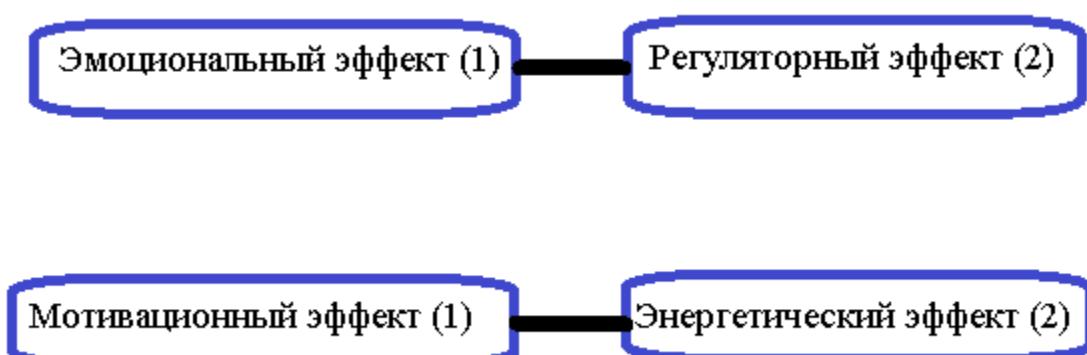


Рис.10 Статистически достоверные корреляции между психологическими эффектами иппотерапевтических занятий, оцениваемые родителями детей с ОВЗ и иппотерапевтами

На рисунке 10 представлены корреляции между оценками психологических эффектов иппотерапевтических занятий родителей и оценками этих эффектов иппотерапевтами. Наблюдается положительная связь между эмоциональными проявлениями ребенка с точки зрения родителей и регуляторным эффектом со стороны иппотерапевта. Это может говорить о том, что, чем чаще проявляются положительные эмоции у ребенка с точки зрения родителей, тем лучше и продуктивнее действует регуляторный эффект, выражющийся в уровне внимательности и усидчивости ребенка на протяжении всего занятия.

Также наблюдается тесная связь между оценкой мотивационного эффекта родителями и оценкой энергетического эффекта иппотерапевтами. Это означает, что чем выше мотивация и интерес ребенка с ОВЗ к иппотерапевтическим занятиям, тем отчетливее проявляется уровень энергетического эффекта, наблюдаемый, как готовность к занятию, желание и интерес.

Проявления мотивационной сферы, как было показано выше (рис.1), с точки зрения иппотерапевтов значительно превышает оценку этого эффекта родителями. Не смотря на это, родители склонны обращать внимание на заинтересованность ребенка к занятиям с лошадью. Родители зачастую, стараются вызвать интерес у ребенка к иппотерапевтическим занятиям. Следовательно, высокий уровень мотивации ребенка отражается на качестве занятия с иппотерапевтом, путем его наблюдения. Поэтому, чем выше проявление интереса и желания выполнять упражнения, предлагаемые иппотерапевтом, тем большую энергичность проявляет ребенок с ОВЗ на иппотерапевтических занятиях, которую оценивает инструктор. В связи с этим взаимодействием можно сделать предположение о том, что такое тесное взаимодействие родителей и иппотерапевтов создает основу для наиболее лучших результатов иппотерапевтических занятий для детей с ОВЗ, как лечебных, так и психологических.



*Обозначения: (1) – оценка родителями, (2) – оценка иппотерапевтами*

Рис. 11 Статистически достоверные связи между оценками представленных психологических эффектов родителями и иппотерапевтами

На рисунке № 11 показаны отрицательные корреляции между взглядами иппотерапевтов и родителей по показателям коммуникативного, соматического и энергетического эффектов. Наблюдаемая отрицательная корреляция между родительской оценки проявлений коммуникативного эффекта и оценки иппотерапевтами соматического эффекта говорит о том, что чем больше ребенок общается с иппотерапевтом и другими участниками иппотерапевтического процесса (проявления коммуникативного эффекта), тем меньше становится уровень соматического эффекта, проявляющийся в телесной и головной боли, tremora конечностей.



*Обозначения: (1) – оценка родителей, (2) – оценка иппотерапевтов*

Рис. 12 Статистически достоверная связь между оценками представленных психологических эффектов иппотерапевтических занятий с точки зрения родителей и иппотерапевтов

На рисунке 12 показана отрицательная корреляция между проявлениями соматического эффекта с точки зрения родителя и проявлениями мотивационного эффекта с точки зрения иппотерапевта. Данная корреляция показывает, что оценка родителями соматического состояния ребенка находится в обратной зависимости от степени его желания и заинтересованности в процессе занятия на лошади, наблюданного иппотерапевтом. Следовательно, чем меньше возникают соматические проявления у ребенка, тем выше его

интерес к иппотерапевтическим занятиям, что приводит к более высокому результату о занятий на лошади в целом.

### **3.2 Результаты исследования психологической эффективности иппотерапии в формировании адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья**

Исследование предполагало установление взаимосвязей между психологическими эффектами иппотерапии и компонентами адаптационного потенциала детей с ОВЗ.

#### **3.1.1. Исследование взаимосвязей психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала**

Выявленные статистические взаимосвязи представлены на следующем рисунке:

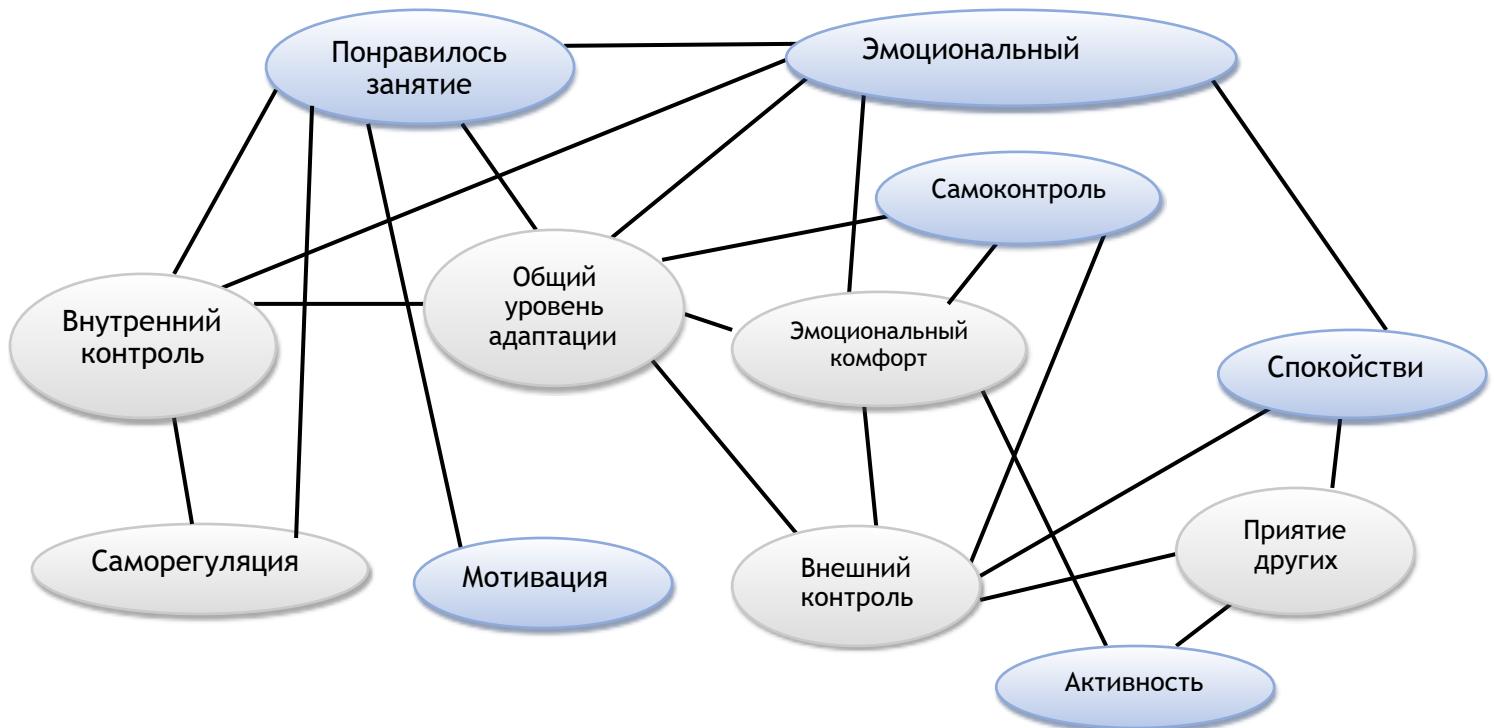


Рис. 14. «Статистически достоверные корреляции показателей психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала».

Корреляции позволили установить связь по положительные корреляции между компонентами адаптационного потенциала – «Общий уровень адаптации», «Эмоциональный комфорт», «Приятие других», «Внешний

контроль», «Внутренний контроль», «Саморегуляция»; и показателями самочувствия ребенка после занятия иппотерапией – «Понравилось занятие», «Эмоциональный тонус», «Самоконтроль», «Спокойствие», «Мотивация», «Активность».

Максимальное число положительных связей обнаружилось у показателя «Общий уровень адаптации» - 6 связей. «Общий уровень адаптации» нами понимается как совокупность характеристик, описывающих соматические, энергетическое и психологическое состояние, наблюдаемое через поведение ребенка с ОВЗ. Данный показатель имеет связь с тремя компонентами адаптационного потенциала – «Внешний контроль», «Эмоциональный комфорт» и «Внутренний контроль»; и связь с тремя показателями самочувствия и активности ребенка после занятия на лошади – «Понравилось занятие», «Эмоциональный тонус» и «Самоконтроль». Чем отчетливее наблюдаются положительные эмоциональные реакции, ярче замечаются проявления энергетических ресурсов ребенка и его желание заниматься с лошадью, тем выше общий уровень адаптации. Чем больше родители видят положительную реакцию ребенка от общения с лошадью в процессе занятия, и чем лучше ребенок ведет себя на занятии, тем выше общий уровень его адаптации на иппотерапии.

Показатель «Внешний контроль» имеет 5 положительных связей с показателями: «Общий уровень адаптации», «Эмоциональный комфорт» (проявление положительных эмоциональных реакций от лошади) и «Приятие других» (понимается как адекватное восприятие и принятие ребенком с ОВЗ окружающих людей на иппотерапевтическом занятии, отсутствие агрессии по отношению к ним). Показатель «Внешний контроль» как компонент адаптационного потенциала понимается как энергетический ресурс и сила организма ребенка, которые влияет на продуктивность занятия с лошадью. Чем выше уровень энергетических ресурсов организма ребенка с ОВЗ, тем выше общий уровень адаптации, тем ярче наблюдаются позитивные эмоции ребенка на занятии и тем спокойнее ребенок относится к окружающим его людям на иппотерапевтическом занятии.

Также, «Внешний контроль» положительно коррелирует с показателями «Самоконтроль» (уровень внимательности ребенка после занятия) и «Спокойствие» (уровень тревоги или спокойного состояния). Чем выше уровень энергетических ресурсов организма ребенка, тем он более внимателен и спокоен после занятия.

Аналогичное количество связей (5) обнаружено по показателю – «Эмоциональный комфорт». Отмечаются положительные корреляции со следующими показателями: «Активность», «Самоконтроль», «Внешний контроль», «Спокойствие», «Эмоциональный тонус». «Эмоциональный комфорт» понимается как состояние адекватного восприятия ребенком ситуации окружающей среды, характеризующееся положительной эмоциональной окраской и уровнем психологического комфорта.

Сходное количество связей (5) имеет показатель «Эмоциональный тонус». Он связывается с показателями – «Понравилось занятие», «Спокойствие», «Эмоциональный комфорт», «Общий уровень адаптации» и «Внутренний контроль». Чем больше ребенку нравится занятие на лошади, тем ярче отмечается в его поведении хорошее настроение и позитивные эмоции. Показатель эмоционального комфорта будет тем выше, чем ярче выражен общий уровень адаптации и повышение мотивации и желание заниматься с лошадью.

Тем же количеством положительных связей (5) обладает показатель «Понравилось занятие» со следующими: «Эмоциональный тонус», «Общий уровень адаптации», «Мотивация», «Саморегуляция», «Внутренний контроль». Чем выше у ребенка настроение после занятия, тем он больше стремиться продолжать занятие с лошадью. За счет повышенного настроения и получения удовольствия от занятий, родители отмечают, что ребенок хочет заниматься с лошадью снова.

Меньшим количеством положительных связей (4) обладает показатель «Внутренний контроль». Этот показатель связан со следующими: «Понравилось занятие», «Общий уровень адаптации», «Эмоциональный тонус», «Саморегуляция». Показатель «Внутренний контроль» говорит о повышении мотивации, возрастания интереса ребенка с ОВЗ к занятиям на лошади. С

увеличением удовлетворенности от занятий, с наличием хорошего настроения после него, с удовлетворением окружающей обстановкой, по мнению родителей, ребенок склонен к повышению внутренней мотивации к занятиям с лошадью.

С наименьшим числом положительных связей выступают такие показатели, как: «Самоконтроль», «Спокойствие», «Приятие других». Показатель «Самоконтроль» положительно связан с показателями – «Эмоциональный комфорт», «Общий уровень адаптации», «Внешний контроль». Чем чаще ребенок с ОВЗ испытывает положительных эмоций от занятий с лошадью, чем выше его удовлетворенность окружающей средой и уровень его энергетического тонуса находится на среднем или высоком уровне, тем выше уровень внимательности после занятия.

Показатель «Спокойствие» положительно коррелирует со следующими показателями: «Приятие других», «Эмоциональный тонус» и «Внешний контроль». Чем более яркими положительными эмоциями насыщена окружающая атмосфера иппотерапевтического занятия, чем комфортнее ребенок ощущает себя с окружающими его людьми и чем меньше он устает на занятии, тем выше его уровень спокойствия после занятия.

Показатель «Приятие других» говорит об удовлетворении ребенка от окружающих его людей. Данный показатель имеет 3 положительные связи с – «Спокойствие», «Активность», «Внешний контроль». Чем больше сил и энергии остается у ребенка после занятия, чем он более спокоен, тем выше вероятность того, что ребенок будет благоприятно воспринимать окружающих его людей.

Таким образом, компоненты адаптационного потенциала: «Общий уровень адаптации», «Внутренний контроль», «Внешний контроль», «Саморегуляция», «Приятие других», «Эмоциональный комфорт» взаимосвязаны с проявлениями психологических эффектов иппотерапии, в частности: изменений самочувствия, активности и настроения ребенка после иппотерапевтического занятия.

Дальнейший анализ позволил провести факторизацию с целью выявления скрытой интеграции психологических эффектов и иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала.

### 3.2.3 Результаты исследования психологической эффективности иппотерапии для детей с детским церебральным параличом

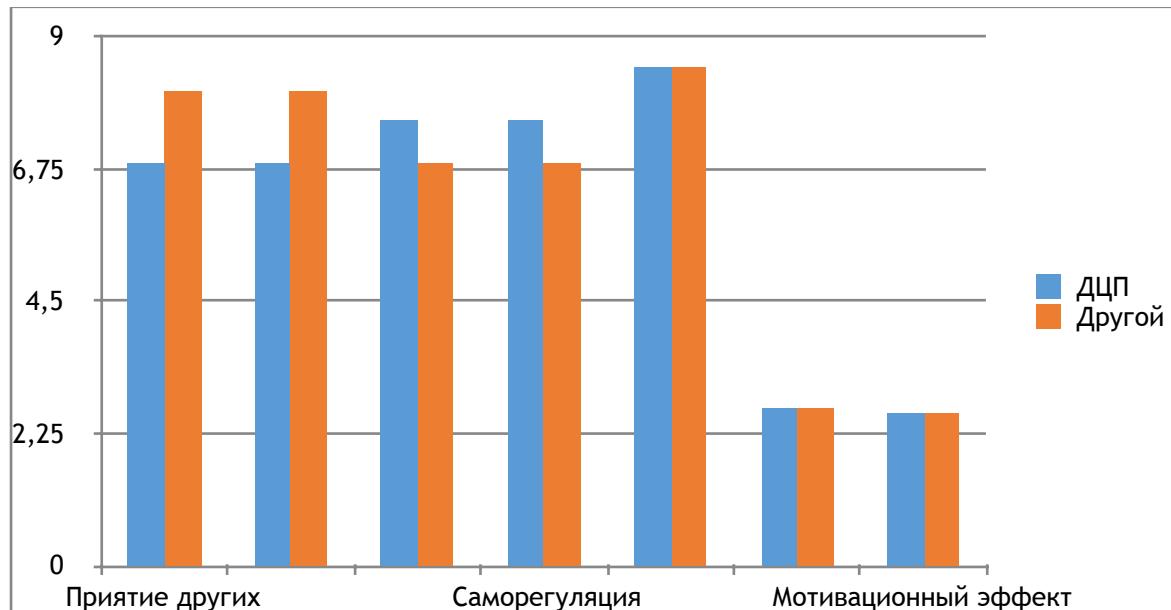


Рис. 13. Средне групповые значения компонентов адаптационного потенциала детей с ДЦП и иппотерапии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшая разница между показателями в группах детей с ДЦП и детей с другими диагнозами имеют: Приятие других, Спокойствие. Наименьшая разница обнаружена в показателях регуляторного и мотивационного эффектов иппотерапии, а также между компонентами адаптационного потенциала иппотерапии: Приятие других, Саморегуляция, Спокойствие, Общий уровень адаптации и Мотивации.

Эмоциональные особенности родителей детей с ДЦП и другими диагнозами имеют наибольшую разницу – 4,5 балла . Ситуативная тревога родителя обусловлена переживанием за безопасность ребенка в момент занятия верхом на лошади. Причина в столь большой разнице в показателях ситуативной тревоги родителей обеих групп детей заключается в разнонаправленности экспектаций и прогнозировании родителей о целях иппотерапевтических занятий для их детей. Родители детей с ДЦП больше ориентированы на получение физиологического воздействия лошади, которое

изменит соматическое состояние и поможет восстановить двигательные функции организма ребенка. Родители же детей с другими диагнозами склонны воспринимать иппотерапию – как вспомогательный процесс социализации и адаптации их в окружающей среде. Поскольку, физиологические улучшения организма детей, имеющих проблемы с опорно-двигательным аппаратом, являются главным критерием эффективности иппотерапии за счет биомеханических процессов (о этом в главе 1, раздел 1.3), психологическая эффективность иппотерапии мало изучена, и, зачастую, родители детей с психическими и поведенческими расстройствами не имеют определенных ожиданий от занятий. В силу слабой информированности о психологической эффективности иппотерапии, тревога родителей за ребенка в момент занятия на лошади может быть выше.

Менее выраженная разница наблюдается в показателях «Приятие других» и «Спокойствие». Прирост составляет – 1,21 балла. Показатель «Приятие других» - характеризуется адекватным отношением ребенка к окружающим его людям на занятии с лошадью. Показатель «Спокойствие» - характеризуется как спокойное отношение к ситуации иппотерапевтического занятия, наблюдаемое через совокупность позитивных эмоциональных реакций и хорошего самочувствия ребенка. Значения этих показателей в группе родителей детей с ДЦП меньше, чем у родителей детей с другими диагнозами. Это можно объяснить тем, что в силу сложных сочетанных нарушений, имеющихся у детей с ДЦП, эмоциональные особенности и реакцию на окружающих в их поведении распознать труднее. У многих детей с ДЦП, родители которых участвовали в исследовании, наблюдается слабое развитие мимических мышц, имеются дефекты речи, а также, практически у всех отсутствует возможность вербализировать свои чувства, возникающие от окружения. Однако, родители, в силу стремления наладить контакт с ребенком, создают свой набор объяснений его реакций, что сложно поддается изучению со стороны. В группе детей, имеющих другие диагнозы, их родителям легче заметить как ребенок реагирует на ситуацию занятия в силу возможности адекватно воспринимать окружающую действительность.

Показатели «Саморегуляция» и «Мотивация» - имеют незначительные различия. Саморегуляция отмечается как процесс обучения ребенка с ДЦП ощущать себя в пространстве, чувствовать границы своего тела, поскольку их диагноз зачастую сопровождается сенсорными расстройствами. Показатель «Мотивация» характеризует желание ребенка продолжить занятие на лошади, даже в момент, когда оно заканчивается. Стремление заниматься иппотерапией – определяющий фактор того, что ребенку нравится занятие и общение с лошадью.

Показатель «Общий уровень адаптации» у детей с ДЦП и другими. Это может говорить о том, что адаптация к окружающей среде в процессе иппотерапии может происходить вне зависимости от диагноза ребенка.

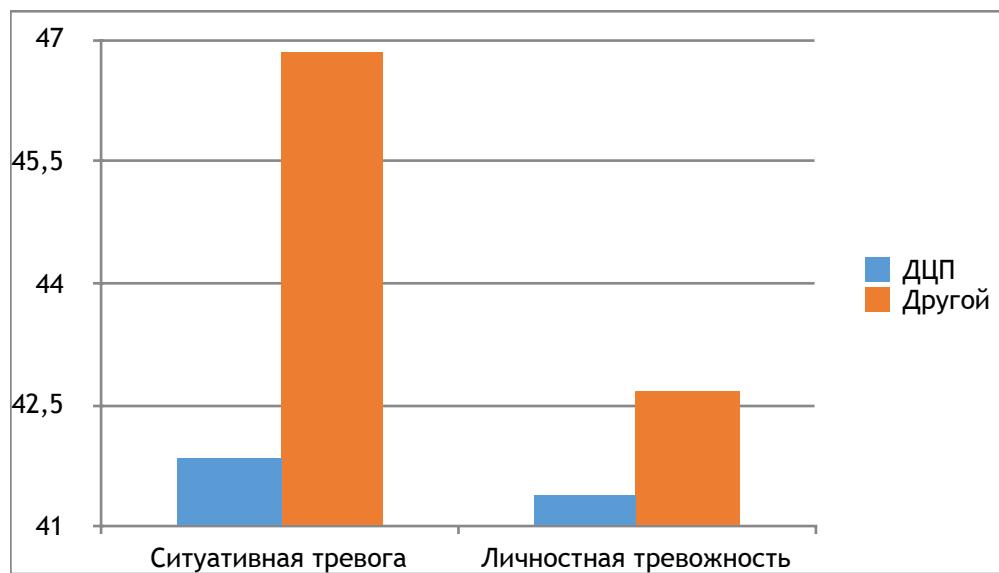


Рис. 14 Средне групповые значения личностной тревожности и ситуативной тревоги родителей детей с ДЦП

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшая разница между показателями в группах детей с ДЦП и детей с другими диагнозами имеют показатели «Ситуативная тревога», «Личностная тревожность». Уровень личностной тревожности родителей, имеющих детей с другими диагнозами, превышает среднее значение в силу глубокого переживания за ребенка. Уровень личностной тревожности родителей равен – 46,27 балла, что находится в диапазоне оценок высокого уровня тревожности, проявляющийся в представлении ими любой ситуации как угрожающей их престижу, самооценке, физическому здоровью; поведение такого человека и его контакты с окружающими обусловливаются эмоциональной чувствительностью и

повышенной ранимостью, обидчивостью, что значительно препятствует общению и провоцирует возрастание психологических барьеров в общении.

### **3.2.3 Результаты факторного анализа психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья**

	F психол эффекта	F адапт- механизмов	F адапт- активности	F адапт- комфорта
Энергетический Эф	0,914			
Регуляторный Эф	0,878			
Коммуникативный Эф	0,832			
Соматический Эф	0,764			
Эмоциональный Эф	0,761			
Личностная тревожность	-0,506			
Мотивация		0,841		
Саморегуляция		0,841		
Внутренний Контроль		0,827		
Понравилось Занятие		0,827		
Приятие Других			0,889	
Спокойствие			0,889	
Активность			0,846	
Внешний Контроль			0,846	
Самоконтроль				0,863
Эмоциональный Комфорт				0,863
Вес фактора, %				

	Психологические эффекты иппотерапии
	Личностная тревожность родителей
	Психологические эффекты иппотерапии, наблюдаемые после занятия
	Компоненты адаптационного потенциала

Рис. 15 «Результаты факторизации компонентов адаптационного потенциала и психологических эффектов иппотерапии»

По результатам факторного анализа удалось выделить 4 фактора, объединяющих максимально коррелирующие между собой компоненты адаптационного потенциала и психологические эффекты иппотерапевтических занятий детей с ОВЗ.

Самым мощным фактором является – **фактор «Роль тревожности родителей в эффективности иппотерапии»**. Данный фактор включает такие показатели, как «Энергетический эффект», «Регуляторный эффект», «Коммуникативный эффект», «Соматический эффект», «Эмоциональный эффект», «Личностная тревожность родителей». Последний компонент - «Личностная тревожность родителей» носит отрицательный оттенок, остальные показатели имеют положительные связи между собой. Энергетический эффект иппотерапии проявляется как степень усталости ребенка, как уровень энергетических ресурсов организма ребенка с ОВЗ во время занятия. Регуляторный эффект тесно взаимосвязан с предыдущим, и проявляется в качестве показателя уровня концентрации внимания ребенка на занятии. Коммуникативный эффект иппотерапии, основные проявления которого склонны наблюдать и отслеживать иппотерапевты, показывает качество общения и взаимодействия ребенка с ОВЗ, иппотерапевта и лошади во время занятия. Родители этих детей не принимают непосредственного участия в занятии, редко обращают внимание на качество общения их ребенка с лошадью и иппотерапевтом. Данный фактор можно интерпретировать как взаимовлияние психологических эффектов иппотерапии и личностной тревожности родителя.

Чем выше показатель личностной тревожности, тем меньше родители склонны замечать проявления данных эффектов в поведении детей с ОВЗ во время занятия. В ситуации иппотерапевтического занятия родители находятся в качестве наблюдателей за процессом, они не являются непосредственными участниками занятия. Состояние повышенной тревожности родителя провоцирует недоверие к миру, в котором находится их ребенок. В силу подобного состояния родители будут склонны к концентрации на своих переживаниях больше, чем смогут увидеть проявления соматических и энергетических изменений в поведении своего ребенка.

Следующие факторы объясняют взаимосвязь компонентов адаптационного потенциала и психологических эффектов иппотерапии после занятия.

Следующий фактор по весу – **фактор «Адаптационный потенциал саморегуляции»**. Данный фактор включает в себя следующие показатели: «Мотивация», «Саморегуляция», «Внутренний контроль», «Понравилось занятие». Показатели «Мотивация» и «Понравилось занятие» – это показатели психологических эффектов иппотерапии после занятий. Показатели «Саморегуляция» и «Внутренний контроль» – компоненты адаптационного потенциала. Данный фактор включает в себя характеристики эмоционального настроения ребенка после занятия и некоторые компоненты адаптационного потенциала. Показатель «Мотивация» говорит об интересе ребенка к занятиям с лошадью, о его желании продолжить занятие даже, если время подходит к концу. «Внутренний контроль» – это показатель интереса и уровня мотивации ребенка к занятию, проявления которого отслеживают родители, находясь в домашних условиях, где для ребенка нет напоминаний о лошади. Показатель Саморегуляция – говорит о состоянии организма ребенка с ОВЗ, о его самочувствии на занятии, а также в проявлении эмоциональных реакций от взаимодействия с лошадью. Заинтересованность в занятии с лошадью наблюдается через позитивные эмоции, проявляющиеся у ребенка. Занятия верхом на лошади – это большое событие для любого ребенка, не только для того, кто имеет патологию в развитии. Оно производит большое впечатление на ребенка. Важнейшим компонентом эффективности иппотерапии, с точки зрения

Никитиной Н.А., является сильная мотивация ребенка к занятиям, желание заниматься и общаться с лошадью, поскольку создается положительный эмоциональный фон до, во время и после занятия [45, С.51–53]. По положениям Л.И. Божович, «чем больше ребенок получает впечатлений, тем в большей степени у него проявляются реакция сосредоточения и положительные эмоции...» [9, С.159]. Положительные эмоциональные реакции в различных ситуациях дают человеку возможность ярче запомнить все обстоятельства, которых он находится. Интерпретация совокупности имеющихся показателей о том, что чем выше уровень мотивации и интереса ребенка на занятии, тем ярче проявляются позитивные эмоциональные переживания.

Третий фактор по весу – **фактор «Внутреннее равновесие»**. Данный фактор включает такие показатели, как «Приятие Других», «Спокойствие», «Активность», «Внешний Контроль». Все показатели между собой связаны положительно. Показатель «Приятие других» объясняется как тенденция человека к установлению контактов с окружающими, спокойное отношение и реакции на их присутствие. Показатель «Спокойствие» понимается как адекватное поведение ребенка в ситуации иппотерапевтического занятия, и минимальный уровень или отсутствие тревоги после занятия. Показатель «Активность» - это уровень того, насколько ребенок устал после занятия, или он наоборот, полон сил и стремиться дальше заниматься. Показатель «Внешний контроль» тесно связан с предыдущим, поскольку объясняется как уровень энергетических ресурсов ребенка после занятия. Данный фактор можно объяснить так, что повышение уровня активности ребенка с ОВЗ на занятиях иппотерапией и спокойного отношения к другим влияют на развитие адаптационного потенциала, при этом, уровень энергетических ресурсов организма ребенка с ОВЗ также возрастает.

На развитие адаптационного потенциала влияет уровень энергетических ресурсов детей с ОВЗ

Четвертый фактор по весу – **фактор «Управляемый комфорт»**. Данный фактор содержит показатели: «Самоконтроль» и «Эмоциональный комфорт». Характеристика данного фактора рассматривается как совокупность

положительных эмоциональных проявлений ребенка с ОВЗ во время занятий на лошади, а также его возможностей к регуляции своего поведения.

## **Выводы:**

1. Психологические эффекты иппотерапии представляют собой комплекс эмоциональных, коммуникативных, соматических, энергетических, регуляторных, рефлексивных, мотивационных, поведенческих, координационных проявлений, сопровождающих иппотерапевтические занятия детей с ОВЗ. Выявленные эффекты обладают разной значимостью для разных субъектов психологического сопровождения иппотерапии. Для родителей в иппотерапии детей с ОВЗ наиболее значимы – соматический и мотивационный эффекты, для иппотераевтов – мотивационный, регуляторный и соматический эффекты.
2. Выявленные психологические эффекты иппотерапии детей с ОВЗ, наблюдаемые родителями и иппотерапетами, мало структурированы. В структуре психологических эффектов иппотерапии, наблюдаемых родителями, ключевое положение занимает соматический эффект, выраженность которого связана с низкими показателями регуляторного, мотивационного и энергетического эффектов. В структуре психологических эффектов иппотерапии, наблюдаемых иппотерапевтами, ключевое положение занимает триада, включающая в себя коммуникативный, энергетический и мотивационный эффекты.
3. Такие компоненты адаптационного потенциала, как: общий уровень адаптации, эмоциональный комфорт, приятие других, внешний контроль, внутренний контроль и саморегуляция связаны с такими психологическими

эффектами иппотерапии как: понравилось занятие, эмоциональный, самоконтроль, спокойствие, мотивация и активность. Чем ярче проявляются эти психологические эффекты, тем выше адаптационный потенциал детей с ОВЗ, что подтверждено в корреляционного и факторном анализе. Личностная тревожность родителей детей с ОВЗ включается в оценку психологических эффектов иппотерапии: низкий уровень тревожности сочетается с высокими оценками энергетического, регуляторного, эмоционального, коммуникативного и соматического эффектов.

4. Дети с детским церебральным параличом обладают таким же адаптационным потенциалом, что и дети с другими диагнозами. Иппотерапевтические занятия способствуют повышению мотивации детей с ДЦП.

5. Разработан комплекс методических средств для выявления психологических эффектов иппотерапии и адаптационного потенциала детей с ОВЗ:

- Карта наблюдения за поведением ребенка в процессе иппотерапевтических занятий – модифицированный вариант карты наблюдений Д. Стотта [53];
- Опросник «САН» – экспресс–оценка самочувствия, активности и настроения – модифицированный вариант [5];
- Карта наблюдения психологических проявлений в домашних условиях и в процессе иппотерапевтических занятий (авторский вариант);
- Методика социально–психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда – модифицированный вариант [46];
- Биографическая анкета;
- Шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина [53].

## **Заключение**

В современной социо-культурной ситуации обостряется проблема интеграции и инклюзии детей с ОВЗ. Процесс формирования адаптационного потенциала таких детей – является одной из ведущих проблем. В связи с ежегодным увеличением числа таких детей, возрастает необходимость выбора метода специальной психологической помощи и сопровождения детей с разным видом дизонтогенеза.

Иппотерапия (лечебная верховая езда) для детей с нарушенным развитием является одним из инновационных методов помощи таким детям, поскольку имеет специфические особенности терапевтического процесса.

Критический анализ подходов к исследованию эффективности иппотерапии и практические наблюдения позволили выделить специфические принципы иппотерапии, отличающие ее от других видов анималотерапии. К ним относятся: ориентация на индивидуальную траекторию иппотерапевтического занятия, принцип опосредованной оценки эффективности иппотерапии, предварительная подготовка лошади, принцип иррадиации, принцип интеграции всех участников терапевтического воздействия. Эти принципы, в свою очередь, позволили нам обратить внимание на тот факт, что участие всех субъектов иппотерапевтического процесса, формируется 4-х компонентную систему «ребенок–лошадь–инструктор–родитель». Данная система основывается на комплексном подходе и, поэтому, активизирует интеграцию психологических эффектов иппотерапии и компонентов адаптационного потенциала. Каждый участник иппотерапевтического занятия сопровождения выполняет свои, никем не заменимые функции, которые в целом обеспечивают комплексное взаимодействие. С помощью комплексного подхода в исследовании удалось выявить особенности психологических эффектов иппотерапии и компонентов

адаптационного потенциала детей с ОВЗ, наблюдаемые родителями и иппотерапевтами.

В процессе исследования выдвигалось три гипотезы, однако, в силу трудностей организации и проведения занятий по иппотерапии, а также посредством анализа теоретических и методических работ, они подтвердились частично. Мы предполагали, что иппотерапевтические занятия, воздействуя на организм и психику ребенка с ОВЗ, сопровождаются психологическими эффектами, которые коррелируют с компонентами адаптационного потенциала детей с ОВЗ. Удалось выявить специфические психологические эффекты иппотерапии, наблюдения за проявлениями которых велись родителями этих детей и иппотерапевтами. Также, мы предполагали, что психологическая эффективность иппотерапии обусловливается диагнозом детей. Оказалось, что несмотря на одинаковый адаптационный потенциал у детей с ДЦП и детей с другими диагнозами, у детей с ДЦП ярко выражен мотивационный эффект иппотерапии. Третья гипотеза заключалась в том, что в процессе иппотерапевтических занятий иппотерапевты в большей степени фиксируют внимание на энергетических эффектах, в то время как родители - на эмоциональных и коммуникативных. По результатам оказалось, что родители детей с ОВЗ и иппотерапевты акцентируют внимание на разных эффектах. Для родителей важным эффектом является – соматический, характеризующийся общим состоянием здоровья ребенка, а для иппотерапевтов – коммуникативный, заключающийся в обеспечении психологически комфортного климата на занятии.

Полученные данные показали большие возможности иппотерапии в психологической помощи детям с нарушенным развитием. Были выявлены взаимосвязи между компонентами адаптационного потенциала и психологическими эффектами иппотерапии, что позволило говорить о расширении возможности практического использования лечебной верховой езды.

## **Список использованных источников**

1. Анцупова И.И., Назначение: лошадь, кошка или собака? // Вокруг света. - 2006. - N 12. - C. 214-215
2. Багаева Г.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева. М.: ВЛАДОС, 2005, 451 с.
3. Бадалян Л.О. Невропатология. – 2-е изд., перераб. — М.: Просвещение, 1987. – 317 с. ;
4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. 1988, С. 33;
5. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова серия: Библиотека актуальной психологии. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
6. Батышева Т.Т. Иппотерапия при детском церебральном параличе. Изд-во Москва, 2012;
7. Белоусова, Е. Д. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом : автореф. дис. д-ра мед. наук / Е. Д. Белоусова. – М., 2004. – 48 с.;
8. Беляченко А. Лечение с помощью собак. Научная книга, 2013. — 120 с.
9. Божович Л.И. Проблемы формирования личности/ Под ред. Д.И. Фельдштейна. М.-Воронеж: 1995. С.157–162
10. Выготский Л.С. Развитие психических функций. – Изд-во: М., 1960
11. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – Изд-во: СПб.: Лань, 2003. - 654 с.
12. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т.: Т. 4: Детская психология . — Изд-во: М.: Педагогика, 1984. 196 с.
13. Выготский Л.С., Собрание сочинений в 6 т.: Т. 5: Основы дефектологии. — Изд-во: М.: Педагогика, 1983, 368 с.
14. Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста. Изд-во: Академия, г. 2009. 272 с.
15. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – Изд-во: СПб.: Речь, 2002. 694 с.

16. Горбунова Е.А., Косарева А.Н. Иппотерапия при заболеваниях опорно–двигательного аппарата. Белгородский государственный технологический университет им. В.Г.Шухова. Белгород, 1999
17. Горбунова Е.А., Косарева А.Н. Иппотерапия при заболеваниях опорно–двигательного аппарата //Сборник научных трудов студентов. Белгород, [www.livingthread.ru](http://www.livingthread.ru)
18. Денискина В.З., Солнцева Л.И., Хорош С.М. Воспитание слепых детей раннего возраста. Советы родителям: Практическое пособие / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. 2-е изд. — М.: Экзамен, 2004. 128 с.
19. Дерябо С.Д., В.А. Ясвин. Экологическая педагогика и психология. - Ростов-на-Дону, 1996. стр. 74-75
20. Диценко Е.Я. Детско–родительские отношения молодых людей с сенсорными–нарушениями и их родителей. Дисс. канд. психол. наук. Санкт–Петербургский государственный университет. г. Санкт–Петербург, 2016
21. Доктор Колине. "О верховой езде и ее действии на организм человека". МККИ, Москва 2000 г. 32 с.
22. Дрёмова Г.В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно–двигательного аппарата на основе иппотерапии: автореф. дис. канд. пед. наук Г.В. Дремова. М.:РГАФК, 1996. 23 с.
23. Дубровина И.В. Словарь для начинающего психолога. 2-е изд. / Под ред. И.В.. Спб.: Питер, 2010 – с. 35
24. Жихарева Ю.Н. Психологическое влияние иппотерапии на формирование готовности к обучению в школе детей с задержкой психического развития: автореф. дисс. к. психол. наук Ю.Н. Жихарева, ЯрГПУ им. К.Д. Ушинского, Ярославль, 2002
25. Завьялова Т.Н., Запорожец Е.В. «Коррекция психофизического состояния родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями на занятиях по иппотерапии» 21-22 мая в рамках XVII Санкт-Петербургской международной выставки лошадей и пони, товаров и услуг для конного спорта и верховой езды «ИППОСФЕРА-2015»
26. Зейгарник Б.В. Практикум по патопсихологии. Москва: Изд-во Московского Университета, 1987. с. 92

- 27.Иванова В.С. Теоретико-методологические основания исследования особенностей отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП в психологическом сопровождении семьи // Вестник ТГПУ, Вып. 11 (89), 2009. С. 113–118.
- 28.Исаев Д.Н. Умственная отсталость детей и подростков. «Речь», 2007, 392 с.
- 29.Климова В.К. Физическая реабилитация больных сахарным диабетом методом иппотерапии / В.К. Климова, Я.А. Стрелкова, М.В. Климова // Теория и практика физ. культуры. — № 10, 2011. С. 34.
- 30.Коновалчук В.Н., Пополитов Р.А., Архангельская Е.В. Биомеханические основы иппотерапии. Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. – Изд–во: Серия «Биология, химия». Том 23 (62). № 2., г.Симферополь, Украина, 2010. С. 104-107
- 31.Лапшина М.Ю. Адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья как социокультурная проблема//Журнал «Социология культуры». М., 2012, [URL:http://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-kak-sotsiokulturnaya-problema](http://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-kak-sotsiokulturnaya-problema) (дата обращения: 08.05.2017)
- 32.Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие. М., 1985
- 33.Лысенко В.И., Загоруйченко И.В., Батозский Ю.К. Использование дельфинотерапии в реабилитации детей// Матер. VI Конгресса педиатров России «Неотложные состояния у детей». -Москва, 2000. -С.177-178
- 34.Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. Т. 22. 2001. №1
- 35.Мамайчук И.И, Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – Изд–во: СПб.: Речь, 2008. 224 с.
- 36.Мамайчук И.И. Методы психологической помощи детей и подростков с нарушениями в развитии: учебное пособие. – Изд–во: СПб. Эко-вектор, 2015. 415 с.
- 37.Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. 159 с.

- 38.Медведев В.И. Адаптация человека // В.И. Медведев; Федеральная целевая программа "Гос. поддержка Ин-та психологии: Ин-т мозга человека, 2003. - 551 с.
- 39.Международная классификация болезней 10–го пересмотра (МКБ-10)
- 40.Миллер А. Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я. Пер. Розанов И. В., Силаева И. В./ Академический проект, 2016, с. 139
- 41.Мишина В.В. Психологические особенности детей с ОВЗ. – Изд–во: М. 1998, с.66
- 42.Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии. Автореф. Дисс. Канд. Пед. Наук, – Изд–во: М. ИКП РАО, 1998
- 43.Наследов А.Д. SPSS Statistics и AMOS 20, – Изд–во: СПб.: «Питер», – 2006, 416 с.
- 44.Нестерова Д.В. Кошкотерапия: пушистое лекарство. - М.: РИПОЛ классик, 2006. стр.18-19
- 45.Никитина Н.А. Иппотерапия, или лечебная верховая езда, как метод физической реабилитации и адаптации инвалидов при инклюзивном образовании // Вестник УГНЭУ: наука, образование, экономика, – Изд–во: Вестник УГНЭУ, 2015
- 46.Осницкий А. К. Определение характеристик социальной адаптации / А.К. Осницкий // Психология и школа. — 2004. — №1.— С.43-56
- 47.Полежаева А.Б. Иппотерапия: путь к здоровью: Лечение верховой ездой./в сб. «Учебник здоровья» - Ростов на Дону, 2003
- 48.Попова Е.В., Сладкова Н.А., Савин И.В., Цымбал А.В. Иппотерапия – путь к здоровью: учебно-методическое пособие, - Изд-во: СПб, 2013
- 49.Попова Е.В., Сладкова Н.А., Савин И.В., Цымбал А.В. Иппотерапия – путь к здоровью: учебно-методическое пособие, - Изд-во: СПб, 2013
- 50.Посохова С.Т., А.А. Манташева А.А. Психологические аспекты взаимодействия детей с ОВЗ и иппотерапевтов на коррекционных занятиях. Дипломная работа (ВКР) СПбГУ, 2014
- 51.Посохова, С.Т. Психология адаптирующейся личности: монография / С.Т. Посохова. – СПб.: Изд-во РГПУ им Герцена, 2001. – 240 с.

- 52.Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности: субъектный подход.  
Автореф. Дисс 2001. 38 с.
- 53.Посохова С.Т. Справочник практического психолога. Психодиагностика. //  
Сост. С.Т. Посохова. – СПб.: Сова, 2005. – 672 с
- 54.Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации // монография – Изд-во: СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – 208 с.
- 55.Сафонова М.Ю. Выбор и подготовка лошадей для занятий иппотерапией.  
Центр развития оздоровительной верховой езды «ПолиЭко», г. Санкт–Петербург, 2009, <http://www.poly-eco.com/articles-7.html> (дата посещения сайта - 02.03.2016)
- 56.Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: ЗАКОН И ПОРЯДОК, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.
- 57.Семенова К.А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение) // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. – М., 1991. – с. 20-21
- 58.Семенова, К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К. А. Семенова. – М., 1976. – 314 с).
- 59.Сладкова Н. А., Попова Е.В., Цымбал А. В. Иппотерапия. Инвалидный конный спорт. Опыт и перспективы. Сборник статей по материалам IV межрегиональной конференции "Иппотерапия. Инвалидный конный спорт. Опыт и перспективы" , – Изд–во: Москва, 2010
- 60.Смолякова О. А. Проблема самоидентификации у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата на этапе младшего подросткового возраста [Текст] // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). — М.: Буки-Веди, 2012. — С. 116-119
- 61.Танюхина Э.И., Шестаков В.П., Семёнова К.А. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. Мю; СПб., 1998

62. Терентьева И.Ю. Популярно об иппотерапии. Что выделяет иппотерапию среди других видов анималотерапии. ДЭЦ «Живая нить», Москва, 2009 <http://www.livingthread.ru/content/view/31/9/> (дата посещения сайта – 21.05.2017)
63. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / Ткачева В. В.// Дефектология, Вып. № 4. 1998, – С. 3-9.
64. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие / В.В. Ткачева. - М.: АСТ; Астрель, 2007 – 318с. С.20
65. Филатова–Сафонова М.А. Влияние иппотерапии на развитие детско–родительских отношений: автореф. дисс. к.психол.н. М.А. Филатова–Сафонова, КГПУ, Казань, 2002
66. Харчук Ю. Анималотерапия. Домашние животные и наше здоровье. – М.: Феникс, 2007. – 320 с.
67. Хэрриот, Д. О всех созданиях больших и малых. М. : Захаров, 2004, – 832 с.
68. Чеснокова Л.С. Динамика психического развития детей 6–7 лет с церебральным параличом в ходе иппотерапии: автореф. дисс. к. психол. наук Л.С. Чеснокова, Нижегородский государственный педагогический университет, Нижний Новгород, 2005
69. Чернышева Т.А. Внутренняя картина болезни при ДЦП в контексте социальной тревожности у лиц подросткового и раннего юношеского возраста // Труды молодых ученых Алтайского государственного университета: материалы XXXVIII научной конференции студентов, магистрантов, аспирантов и учащихся лицейных классов. – Вып. 8. – Барнаул : Изд-во Алтайского университета, 2011
70. Шипицына Л.М. Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения: рек. УМО в качестве учеб. для студентов вузов / Л. М. Шипицына, И. А. Вартанян. – Изд–во: М.: Академия, 2008, – 430 с.
71. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И Детский церебральный паралич. – Изд–во: СПб.: Дидактика Плюс, 2001, – 272 с.

- 72.Шипицына Л.М. Психологическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста. – СПб.: «Речь», 2008;
- 73.Шипицына Л.М. Психологические аспекты интегрированного обучения детей с проблемами развития [Текст] : сборник / Л. М. Шипицына. - В кн.: Теоретические и прикладные вопросы психологии / Под общ. ред. А. А. Крылова. - СПб, 1995
- 74.Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды/ И. Штраус. – М.: Изд-во ИРПО, 2000. – 240с.
- 75.Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Методическое руководство. – Изд–во: СПб.: ГП "ИМАТОН", 1997. — 80 с.
- 76.Borgi M., Loliva D., Cerino S. and colleges. Effectiveness of a Standardized Equine-Assisted Therapy Program for Children with Autism Spectrum Disorder. Springer Science+Business Media., New York, 2015
- 77.Gencheva N., Chavdarov Iv., KiriakovaM., Docheva N. Hippotherapy for cerebral palsy children // pilot study. Bulgaria, 2000
- 78.Margaret M. BassCatherine A. Duchowny, Maria M. Llabre. The Effect of Therapeutic Horseback Riding on Social Functioning in Children with Autism. *Autism Dev Disord* (2009) 39: 1261. doi:10.1007/s10803-009-0734-3
- 79.K. Tabares , FV Castro, SS Herrera, Analysis of psychophysiological changes as an effect of hippotherapy for children with developmental disabilities, *Journal of Social and Behavioral Sciences*, Vol.132. Netherlands, 2014, c.88



# **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## **Приложение №1**

Таблица №1 «Социально-демографические характеристики родителей детей с ОВЗ»

№	Пол	Возраст	Образование	Длительность посещения иппотерапевтических занятий	Особенности дизонтогенеза ребенка	Впечатления об участии в исследовании
1	Ж	27	Высшее	1 год	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
2	Ж	32	Высшее	0,5 года	СДВГ	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
3	М	40	Высшее	1 год	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
4	М	34	Среднее	1 год	Аутизм	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
5	Ж	60	Высшее	1.5 года	Аутизм	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
6	Ж	33	Высшее	0,5 года	Легкая степень умственной отсталости	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
7	Ж	38	Среднее	1,5 года	ЗПР	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
8	Ж	29	Среднее	2 года	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
9	Ж	32	Высшее	0,5 года	СДВГ	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
10	Ж	30	Высшее	1 год	Аутизм	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
11	Ж	33	Высшее	1 год	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
12	Ж	36	Высшее	1 год	СДВГ	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
13	Ж	27	Среднее	1 год	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
14	Ж	32	Высшее	0,5 года	ЗПР	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
16	Ж	39	Высшее	0,5 года	Эпилепсия	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
17	М	35	Высшее	1 год	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи



42	Ж	44	Высшее	4 года	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
43	Ж	38	Высшее	2 года	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи
44	Ж	35	Высшее	4 года	ДЦП	Заинтересованность в тематике исследования, просьба об обратной связи



## Приложение №2

Таблица №2. Социально-демографические характеристики иппотерапевтов:

<b>№</b>	<b>По л</b>	<b>Возр аст</b>	<b>Образование</b>	<b>Стаж работы</b>	<b>Впечатление об участии в исследовании</b>
1	Ж	30	Высшее педагогическое	3 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
2	Ж	27	Высшее психологическое	5 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
3	Ж	45	Высшее психологическое и педагогическое	6 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
4	Ж	25	Высшее психологическое	2 года	Заинтересованность в тематике исследования
5	М	37	Высшее психологическое	6 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
6	М	26	Среднее педагогическое	2 года	Заинтересованность в тематике исследования
7	Ж	22	Высшее психологическое	2 года	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
8	Ж	33	Высшее педагогическое	4 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
9	Ж	35	Высшее педагогическое	4 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
10	Ж	37	Высшее педагогическое	6 лет	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
11	Ж	26	Высшее психологическое	3 года	Заинтересованность в тематике исследования, запрос об обратной связи
12	Ж	22	Высшее психологическое	1 год	Заинтересованность в тематике исследования
13	Ж	24	Среднее педагогическое	1 год	Заинтересованность в тематике исследования
14	Ж	28	Высшее психологическое	7 лет	Заинтересована в исследовании
15	Ж	30	Высшее педагогическое	5 лет	Заинтересована в исследовании



## **Приложение №3**

**Карта наблюдений за поведением ребенка на иппотерапевтических занятиях, модифицированный вариант карты наблюдения Л. Стотта.**

### **Инструкция к методике для родителей:**

Уважаемые родители! Перед Вами перечень особенностей поведения детей, которые можно наблюдать в процессе иппотерапевтических занятий. Просим Вас внимательно ознакомиться с этими особенностями. Отметьте знаком «+» те особенности, которые Вы замечаете у Вашего ребенка. Отмечайте знаком «+» особенности независимо от их выраженности.

### **Инструкция к методике для иппотерапевтов:**

Уважаемые иппотерапевты! Перед Вами перечень особенностей поведения детей, которые можно наблюдать в процессе иппотерапевтических занятий. Просим Вас внимательно ознакомиться с этими особенностями. Отметьте знаком «+» те особенности, которые Вы замечаете у каждого ребенка, с которым вы проводите иппотерапевтическое занятие. Отмечайте знаком «+» особенности независимо от их выраженности.

Карта наблюдения за поведением ребенка с ОВЗ на иппотерапевтических занятиях.

<b>№</b>	<b>Особенность поведения</b>	<b>Не проявляется</b>	<b>Слабо проявляется</b>	<b>Отчетливо проявляется</b>
1. 1	Нетерпелив, теряет интерес к работе			
2. 2	Внезапные и резкие спады энергии			
3. 3	Эмоциональность			
4. 4	Тревога			
5. 5	Игнорирование окружающих			

6. 6	Страх к окружающим			
7. 7	Интерес к занятиям по иппотерапии			
8. 8	Резкие перепады в настроении			
9. 9	Веселость и приветливость			
10. 10	Активность			
11. 11	Старается контактировать со взрослыми			
12. 12	Выражает злость или недовольство			
13. 13	Заикание в общении			
14. 14	Разнообразные тики			
15. 15	Проявляет настороженность к взрослым			
16. 16	Агрессия			
17. 17	Внимательность			
18. 18	Утомление			

## **Приложение №4**

### **Карта наблюдений за поведением ребенка в домашних условиях (авторский вариант), заполняется только родителями.**

**Инструкция:** Уважаемые родители! Перед Вами приведен перечень особенностей поведения детей в домашних условиях. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждую особенность, определите по шкале от 1 (не проявляется) до 7 (очетливо проявляется) баллов, насколько выражена каждая особенность у Вашего ребенка в домашних условиях (Карта №1).

Карта №1 «Поведение ребенка в домашних условиях»:

<b>№</b>	<b>Утверждение</b>	<b>Шкала</b>
1. 1	Активность	1 2 3 4 5 6 7
2. 2	Тревожность	1 2 3 4 5 6 7
3. 3	Эмоциональность	1 2 3 4 5 6 7
4. 4	Хороший сон	1 2 3 4 5 6 7
5. 5	Внимательность	1 2 3 4 5 6 7
6. 6	Апатия	1 2 3 4 5 6 7
7. 7	Интерес	1 2 3 4 5 6 7
8. 8	Тремор конечностей	1 2 3 4 5 6 7
9. 9	Агрессивность	1 2 3 4 5 6 7
10.10	Доброжелательность	1 2 3 4 5 6 7
11.12	Хороший аппетит	1 2 3 4 5 6 7
13	Головные боли	1 2 3 4 5 6 7
12.14	Недовольство окружающими	1 2 3 4 5 6 7
13.15	Злость	1 2 3 4 5 6 7
14.16	Отказ от выполнения заданий	1 2 3 4 5 6 7
15.17	Коммуникативность	1 2 3 4 5 6 7

## **Приложение №5**

### **Методика социально–психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд, адаптированная Осицким А.К. – модифицированный вариант**

**Уважаемые родители!**

Перед Вами представлен перечень возможных особенностей поведения Вашего ребенка во время иппотерапевтического занятия. Внимательно прочитайте их. Отметьте, как, на Ваш взгляд, может проявляться каждая особенность. Просим Вас обратить внимание на то, что некоторые из них требуют пояснений. Пожалуйста, обведите в кружок варианты, которые наиболее характерны для Вашего ребенка, по желанию, предложите свой вариант ответа.

Ваш ребенок:

1. С удовольствием выполняет задания и радуется успеху:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

2. Способен контролировать свои действия:

- Ведет себя плохо
  - Кричит, сидя верхом, зная, что это запрещено
  - Навязчивые движения
  - Предложите свой вариант
- 

3. Окружающие люди, как правило, ему нравятся:

- Проявляет инициативу в общении с инструктором
  - Тревожен, боится
  - Здороваются с инструктором
  - Предложите свой вариант
-

4. Открыто выражает свои чувства:

- Улыбается, смеется
  - Обнимает лошадь после занятия
  - Одолевается истерикой без видимой на то причины
  - Предложите свой вариант
- 

5. Общается с окружающими людьми?

- Часто
- Иногда
- Очень редко

6. Уравновешен, спокоен

- Часто
- Иногда
- Очень редко

7. Порывист, нетерпелив, не сдержан:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

8. Активно ведет себя на занятии:

- Следует схеме занятия
  - Выполняет задания инструктора
  - Ленится держать спину
  - Предложите свой вариант
- 

9. Инициативен в общении:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

10. Самостоятельно выполняет задания:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

11. Легко вступает в контакт с окружающими взрослыми:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

12. С интересом и желанием справляется со всеми предложенными заданиями инструктора:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

13. Зажат и замнут в общении с инструктором:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

14. Боится лошади:

- Прячется за родителей
  - Плачет, не хочет садиться верхом
  - Боится погладить, даже при помощи инструкторов и родителей
  - Предложите свой вариант
-

15.На занятиях нуждается в помощи инструктора, чувствует себя беспомощным:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

16.Отказывается от выполнения заданий инструктора, не превышающие его способности и физиологические возможности:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

17.Встревожен, обеспокоен, напряжен во время занятия:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

18.Окружающие люди вызывают положительные эмоции:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

19.Всё, что касается других, его не волнует: сосредоточен на себе, занят собой:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

20.Стесняется перед инструктором, замыкается при попытке наладить с ним контакт:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

21.Может сорвать занятие из-за своего поведения:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

22. Всегда хорошее настроение, когда сидит на лошади:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

23. Особо не тревожится, чувствует себя спокойным:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

24. Чувствует вялость – всё, что раньше волновало, стало вдруг безразличным:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

25. Отвлекается от заданий инструктора на окружающие факторы, природу, погоду, других людей и пр.:

- Часто
- Иногда
- Очень редко

## **Приложение №6**

### **Биографическая анкета для родителей**

ФИО (ребенка/родителя)

---

Ваш пол \_\_\_\_;

Возраст \_\_\_\_;

Уровень Ваш уровень образования \_\_\_\_\_;

Укажите, пожалуйста, возраст ребенка

---

Сколько времени занимаетесь иппотерапией (можно указать количество занятий)?

---

Какие у ребенка особенности здоровья?

---

Какова цель иппотерапевтических занятий, какой результат от них вы ожидаете?

---

### **Биографическая анкета для иппотерапевтов**

Ваше ФИО \_\_\_\_\_;

Ваш пол \_\_\_\_; возраст \_\_\_\_;

Уровень образования \_\_\_\_\_;

Стаж работы в области иппотерапии

---

## Приложение №7

### Модифицированный вариант опросника «САН»

#### Инструкция:

Уважаемые родители и участники! Перед вами перечень противоположных психологических состояний. Оцените, пожалуйста, каждое из них в зависимости от того, как чувствует себя Ваш ребенок после занятия на лошади. К примеру, если вы оцениваете настроение хорошим, то обведите кружочком одну цифру *левее*, если наоборот, то обведите кружочком цифру *правее*.

Настроение хорошее	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Плохое настроение
Внимательность	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Рассеянность
Тревожность	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Спокойствие
Желание продолжить занятие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Не хочется заниматься
Устал	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Полон сил
Занятие понравилось	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Занятие не понравилось

## Приложение №8

**Табл. №3 «Результаты статистических показателей и средне групповых значений»**

Методика	Показатель	Единица измерения	Средне групповые значения, статистические показатели	
			Иппотерапевты $X \pm \delta$	Родители $X \pm \delta$
Шкала самооценки Спилбергера - Ханина	Актуальная тревога	Балл	$38,41 \pm 1,78$	$37,66 \pm 2,14$
	Личностная тревожность	Балл	$32,91 \pm 2,15$	$46,27 \pm 2,80^{**}$
Карта наблюдения за поведением ребенка в процессе иппотерапевтических занятий (иппотерапевты и родители)	Эмоциональный эффект	Балл	$1,8 \pm 0,25$	$1,21 \pm 0,54$
	Коммуникативный эффект	Балл	$1,67 \pm 0,42$	$1,84 \pm 0,71$
	Энергетический эффект	Балл	$1,64 \pm 0,46$	$1,34 \pm 0,44$
	Соматический эффект	Балл	$1,97 \pm 0,46$	$3,72 \pm 0,97 *$
	Регуляторный эффект	Балл	$2,00 \pm 0,34$	$3,05 \pm 0,76 *$
	Мотивационный эффект	Балл	$1,96 \pm 0,40$	$5,72 \pm 0,75^{**}$
Карта наблюдения психологических эффектов в домашних обстановке (родители), «карта №1»	Эмоциональный эффект	Балл		$3,35 \pm 0,70$
	Коммуникативный эффект	Балл		$3,25 \pm 0,77$
	Энергетический эффект	Балл		$3,24 \pm 1,38$
	Соматический эффект	Балл		$3,66 \pm 1,03$
	Регуляторный эффект	Балл		$2,56 \pm 0,71$
	Мотивационный эффект	Балл		$4,05 \pm 0,93$

## Приложение №9

### Результаты подсчета средних значений и стандартных отклонений в показателях психологических эффектов иппотерапии, компонентов адаптационного

<b>Отчет</b>																	
диагноз		ЛТ	СТ	Эмоц	Комм	Сом	Регул	Повед	Мотив	Энерг	ОбщУрА	Эмоцко	Приятие	Саморег	ВнешКо	ВнутКо	ЭмоцТ
1 ДЦП	Средне	41,38	41,83	2,3490	2,2948	1,9593	2,6766	1,5517	2,5862	2,6507	8,4828	6,4483	6,8621	7,5862	6,6897	8,8966	8,4828
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	Стд.Отк лонени	6,716	7,097	,61229	,67854	1,02840	,95871	,86957	,53567	,98730	1,88264	2,41404	3,23733	2,22834	2,22170	1,79970	1,8826
2 Другой	Средне	42,67	46,33	2,7593	2,5173	2,2533	2,7000	1,9333	2,5700	3,1167	8,4828	6,6000	8,0667	6,8667	7,1333	8,0667	8,0667
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	1
	Стд.Отк лонени	8,624	7,007	1,05950	,94227	,70798	,96455	,116292	,53646	,147560	1,98086	2,41424	2,18654	2,19957	2,41622	1,91485	1,9808
Итого	Средне	41,82	43,36	2,4889	2,3707	2,0595	2,6845	1,6818	2,5807	2,8095	8,3409	6,5000	7,2727	7,3409	6,8409	8,8182	8,3409
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	4
	Стд.Отк лонени	7,346	7,311	,80518	,77477	,93367	,94949	,98294	,52972	,118049	1,90401	2,38698	2,95205	2,21982	2,27160	1,82072	1,9040

## **Приложение №10**

### **Критерии отбора лошадей для иппотерапии и основные требования к экстерьеру. Особенности подготовки лошадей для иппотерапии**

Эффективность психокоррекционного воздействия на организм пациента напрямую зависит от тщательного подбора лошади для занятий. Безопасность занятий, прежде всего, зависит физиологической и моральной готовности лошади к специфической работе. Большинство организаций, которые предлагают услуги по иппотерапии, либо арендуют лошадей у частных владельцев и конюшен, либо им предоставляются списанные из спорта лошади, в силу возрастных изменений, или травм, и возраст которых более 15 лет. Применение подобных лошадей, без предварительного отбора или обучения, не только является малоэффективным, но и в некоторых случаях, не безопасным. Ведь для лошади работа с инвалидами, а тем более с детьми-инвалидами – это серьезное испытание, как ее психики, так и всего организма в целом. Занятия с пациентами, имеющими ограниченные возможности здоровья, требуют от лошади умения возить на себе двух человек, спокойно воспринимать изменяющиеся положения тела пациента, равнодушно относится к различным предметам, применяемым в течение занятий. Центры иппотерапии в развитых странах давно внедрили стандарты, по которым обучают лошадей для терапевтической работы, а так же созданы целые системы оценки экстерьера, темперамента, характеристик поведения животного.

Приведем некоторые из требований, которым должна соответствовать терапевтическая лошадь с точки зрения Джен Спик, первого американского специалиста, глубоко исследовавшего иппотерапию.

**Требования к экстерьеру:** а) большие ноздри; б) правильный прикус; в) подвижные, живые уши; г) большие, чуть навыкате глаза; д) шея с легкой кривизной; е) длинное, косое плечо с относительно высокой мускулисткой

холкой; ж) глубокая грудь; з) крепкая спина, закругленная от позвоночника; и) ровная и мускулистая поясница; к) прямой и симметричный круп; л) длинный таз, короткое бедро и относительно длинная голень, с хорошо выраженным скакательными суставами; м) короткая плюсна и относительно длинная бабка (соединительная часть голени и копыта); н) движения на уровне первого-второго уровня выездки, т. е. энергичные, спокойные, четкие.

**Требования к поведению:** а) внимательное отношение к командам терапевта; б) спокойное восприятие постоянно изменяющихся требований; в) спокойное восприятие каких-либо предметов, используемых для занятий; г) полное повиновение и подчинение терапевту, инструктору, коноводу; д) легкая обучаемость; е) желание постоянно находиться в контакте с терапевтом.

Если лошадь, выбранная для занятий, обладает основными перечисленными качествами, присущими терапевтической лошади, то остается только развить у нее остальные необходимые качества, скорректировать поведение (обязанность коновода) и обучить лошадь работе в программе иппотерапии, а это включает как минимум 1-2 года подготовки берейтора (человек, который обучает лошадь новым командам и специальному поведению). С точки зрения знаменитого тренера Италии, который подбирает лошадей для мирового кинематографа, для того, чтобы обучить лошадь и добиться нужного поведения от нее, необходимо учить лошадь минимум 2 года. Первый год тратиться на понимание, осознание лошадью упражнений и движений, а второй – на запоминание и отработку этих движений по первому требованию берейтора.