**Лекция 2. Основные принципы реабилитации. Особенности заболеваний, для которых возможно применение анималотерапии**

План:

1.1. Введение.

1.2. Принципы и этапы реабилитации

1.3. Особенности заболеваний, для которых возможно применение анималотерапии

1.3.1. Особенности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

1.3.2. Расстройства аутистического спектра (РАС)

1.3.3. Детский церебральный паралич (ДЦП)

1.3.4. Синдром Дауна

1.3.5. Задержка речевого развития (ЗРР)

1.4. Противопоказания к анималотерапии и возможные негативные явления

**1.1. Введение**

В настоящее время все большую актуальность приобретают проблемы, связанные с интеграцией лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в широкий социум, и их инклюзивное образование, а также реабилитация людей, попавших в трудные жизненные ситуации. Возрастает потребность в разработке эффективных технологий психолого-педагогического и медико-социального сопровождения освоения ими социального, культурного информационного пространства, становления личности и формирования межсубъектной коммуникации. Одним из способов повышения эффективности интеграции людей с ОВЗ в общество является проведение с ними коррекционно-развивающих занятий со специалистами с применением различных методик и элементами различных технологий социальной реабилитации и адаптации, в том числе терапия при помощи животных

**1.2. Принципы и этапы реабилитации**

Реабилитацию, или восстановительное лечение следует рассматривать как целостный процесс и систему медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Выделяют четыре принципа реабилитации:

— принцип партнерства, то есть вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс, его активное сотрудничество с персоналом в процессе реабилитации;

— принцип разносторонности усилий, то есть направленность на различные сферы жизнедеятельности (психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга), при этом воздействие оказывается на разные аспекты личности человека (сенсорное развитие, интеллектуальное, эмоциональное, физическое и др.);

— принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия, учет клинико-биологических и психологических фак-торов при построении системы восстановления, компенсации;

— принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых уси-лий, подчеркивающий необходимость соблюдения определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса, постепенность роста нагрузок .

Выделяют следующие этапы реабилитационный программы:

— Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Обследование и определение диагноза: сбор жалоб и анамнеза, проведение клинических и инструментальных исследований. Анализ степени повреждения органов или систем, выявление влияния физических дефектов на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей.

— Определение реабилитационного прогноза. Оценка вероят-ности реализации в результате проведения лечения.

— Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к осуществлению бытовой, социальной или профессиональной деятельности

1**.3. Особенности заболеваний, для которых возможно применение анималотерапии**

**1.3.1. Особенности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)**

Анималотерапия становится одним из важнейших методов социальной адаптации детей с ОВЗ, у которых выражены следующие нарушения:

— задержка психоречевого развития;

— интеллектуальные, сенсорные нарушения;

— невладение речью и навыками общения с другими людьми;

— слабое развитие или не развитые совсем навыки самообслу-живания.

Дети с ОВЗ часто испытывают трудности в социализации овладении элементарными социальными навыками, под которыми подразумеваются следующие компетенции:

— умение вступить в контакт;

— самовыражение и реакция на мнение другого человека;

— навыки планирования своих действий в отношениях с другими людьми;

— наличие альтернатив агрессивному поведению

Сложность реабилитации детей с расстройством аутистического спектра и другими ментальными нарушениями заключается в том, что они с трудом вовлекаются в процесс занятий в силу особенностей восприятия и поведения: не поддерживают зрительный контакт, не испытывают желания поделиться с другими людьми своими эмоциями, не имеют достаточной мотивации для социальной имитации

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5–15 лет, когда очень велики компенсаторные возможности мозга и еще не успел сформироваться патологический стереотип. Для детей младшего школьного возраста объекты природы имеют очень большое значение, наряду с близкими и родителями. В этом возрасте дети склонны очеловечивать животных, разговаривать с ними как с членами семьи либо полноправными друзьями. Они легко доверяют им свои радости и свою боль

Для более глубокого понимания проблемы реабилитации детей с ОВЗ следует знать особенности каждого из диагнозов.

**1.3.2. Расстройства аутистического спектра (РАС)**

Аутизм представляет собой серьезное расстройство психики, которое в значительной степени снижает уровень адаптации людей и их социализацию в окружающем мире. Расстройство проявляется в возрасте до 2–2,5 лет (реже в 3–5 лет) и проявляется нарушением потребности в общении и способности к социальному взаимодей-ствию, характеризуется стереотипностью поведения, деятельности, интересов и игр. В раннем возрасте РАС довольно сложно диагностировать. Это связано с тем, что различные моторные и речевые особенности поведения ребенка можно отнести за счет возраста особенностей характера. Если вовремя заметить болезнь и начать реабилитацию, то во взрослом возрасте таким людям будет легче взаимодействовать с окружающим миром

На сегодняшний день классификация РАС, принятая МКБ-10 адаптированная для применения в России, включает в себя **синдром Каннера, атипичный аутизм, синдром Аспергера** и другие общие расстройства психологического развития. Диагностическими критериями перечисленных аутистических расстройств являются следующие:

1. **Качественные нарушения социального взаимодействия** (невозможность в общении использовать взгляд, мимические реак-ции, жесты и позу; неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций; неспособность к установлению адекватных возрасту форм общения; неспособность к социально-опосредованному эмоциональному реагированию; неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или к совместной деятельности с окружающими).

**2. Качественные изменения коммуникации** (задержка или полная остановка в развитии разговорной речи; относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами; стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз; отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания).

**3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности** (обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения верхних конечностях или сложные движения всем телом; преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала).

**4. Неспецифические проблемы** — страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек, приема пищи, приступы ярости, агрес-сия, самоповреждения.

**Манифестация симптомов до трехлетнего возраста** (от лат. manifestatio — обнаружение, проявление) — это развитие выраженных клинических проявлений болезни после ее бессимптомного или стертого течения.

**1.3.3. Детский церебральный паралич (ДЦП)**

За последние годы ДЦП по частоте встречаемости среди поражений нервной системы в детском возрасте вышел на одно из первых мест и является одним из инвалидизирующих заболеваний неонатального периода. В нашей стране удельный вес детей с ДЦП составляет 46,3 % от всех других патологий детей этого возраста.

**Термин «церебральный паралич**» объединяет множество синдромов, являющихся последствиями повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. Проявляются они в неспособности сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Двигательные расстройства (параличи, парезы, нарушения координации, насильственные движения) могут сочетаться с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными припадками, расстрой-ствами чувствительности. По мере развития ребенка, особенно раннем возрасте, клиническая симптоматика может видоизмеяться в связи с множеством не связанных друг с другом факторов .

Реабилитация при диагнозе ДЦП имеет свои особенности вовлечения детей в процесс занятий. Для них занятия с применением физических упражнений ассоциируются с больничной реабилитацией, болью и процессом лечения. Из-за этого дети не всегда достаточно мотивированы и позитивно настроены. Конечный результат занятий для них не очевиден. При отсутствии нужного настроя занятия проходят не в том темпе и не с теми нагрузками, что необходимы для достижения результата. Курс реабилитации даже может быть прерван, если негативный настрой ребенка сохраняется и между занятиями, и родители видят в таком воздействии на ребенка больше вреда, нежели пользы

**1.3.4. Синдром Дауна**

Синдром, или болезнь Дауна относится к одной из распро-страненных генетических аномалий, приводящих к инвалидиза-ции детского населения. При данном заболевании в кариотипе человека появляются дополнительные копии генетического мате-риала — трисомия по 21-й хромосоме. У таких детей отмечаются специфические фенотипические признаки, дерматоглифические особенности, зачастую синдром сопряжен с пороками развития сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. Он является одной из наиболее распространенных хромосомных аномалий

Анализируя интеллектуальные возможности ребенка с синдромом Дауна, следует отметить, что они могут варьироваться в широком диапазоне. Отставание большинства детей с синдромом Дауна находится в пределах от легкой до средней степени, а в отдельных случаях оно может носить пограничный характер или находиться в пределах между низкой и средней степенью. Количество детей с сильно выр-женной задержкой интеллектуального развития невелико.

**Выделяют следующие факторы, затрудняющие обучение детей синдромом Дауна**:

— отставание в моторном развитии (в развитии тонкой и общей моторики);

— более низкий уровень зрительного, слухового и тактильного восприятия;

— возможные проблемы со слухом (до 20 % детей имеют дефекты развития уха и слухового нерва) и зрением (недостаток зрения у 60–70 % детей);

— проблемы с развитием речи: меньший словарный запас, пробелы в освоении грамматических конструкций, способность скорее осваивать новые слова, чем грамматические правила, большие, чем обычно, проблемы в изучении и использовании общепринятой речи;

— слабая кратковременная слуховая память;

— более короткий период концентрации;

— трудности овладения и запоминания новых понятий

навыков;

— трудности с умением обобщать, рассуждать и доказывать;

— трудности с установлением последовательности (действий, явлений, предметов и др.) [Королева, Мурашко, с. 534].

**1.3.5. Задержка речевого развития (ЗРР)**

Особенности развития коммуникативных умений у детей нарушениями речи выражены в следующем:

— слабая ориентированность на собеседника при совместной деятельности;

— низкий уровень развития навыков сотрудничества;

— негативизм, агрессивность, тревожность, логофобии.

Дети с ЗРР характеризуются нарушением темпа развития пси-хических процессов и функций, но при этом они имеют большие потенциальные возможности для коррекции. Их эмоциональная сфера нарушена частично и проявляется в недоразвитии ее отдель-ных компонентов, которые в первую очередь сказываются на обще-нии с окружающими и адаптации в школе. Стоит обратить внимание на нарушения эмоциональной и волевой сфер, так как они входят в структуру дефекта при ЗРР и проявляются в различных видах инфантилизма. Эмоции играют важную роль в создании волевого усилия. Это говорит о связи эмоций и воли, их взаимозависимости и взаимовлиянии друг на друга. Эта связь позволяет объединить эмоции и волю в одну психическую сферу — эмоционально-волевую .

**1.4. Противопоказания к анималотерапии и возможные негативные явления**

Существуют противопоказания к занятиям с применением анималотерапии, хотя их перечень незначителен и касается в основном острого периода течения любого заболевания:

— аллергия на шерсть животного (или слюну);

— боязнь животного, страхи, фобии;

— насморк (при контакте с животным может развиться аллергия);

— кожные повреждения на открытых участках тела человека;

— гемофилия;

— ломкость костей и заболевания почек (при иппотерапии). Среди негативных явлений, связанных с анималотерапией,

нужно выделить возможное проявление агрессивности животными

опасность паразитарных заболеваний.

В случае с направленной анималотерапией используются животные, отобранные особым образом и прошедшие специальную подготовку и дрессировку. Путем систематической тренировки подкрепляются требуемые двигательные реакции и их сочетания упраздняется нежелательное поведение. В результате дрессировки, как правило, вырабатываются прочные и четко скоординированные двигательные акты, достигающие подчас большой сложности. Выполняются они животным всегда в ответ на подаваемые человеком сигналы. Вероятность агрессии и нападения животного на человека практически сводится к нулю. Тем не менее, некоторые интернаты, дома престарелых, наркологические лечебницы все-таки отказываются от применения кошек. Связано это прежде всего с непредсказуемостью этих животных, их некоторой отчужденностью («гуляет сама по себе»). Также отмечались случаи агрессивного отношения кошек по отношению к людям

Все животные, которые используются для анималотерапии, обязательно бывают привиты и регулярно проходят ветеринарный осмотр. Однако вероятность заражения остается, поэтому после общения с животными необходимо соблюдать меры личной гигиены (мыть руки с мылом).