



На протяжении веков лошадь была помощником человека и его товарищем по спорту. В наши дни это животное обрело новую роль: лошадь стала партнером человека в деле лечения и реабилитации инвалидов.

Материалы, публикуемые в этом сборнике, написаны специалистами в области лечебной верховой езды и первоначально были изданы в Германии.

Авторы, опирающиеся на свой практический опыт, опубликовали эти работы для того, чтобы шире распространить метод лечебной верховой езды, несущий в себе богатые возможности.

ISBN 5-93903-008-4



ЛОШАДЬ В ПСИХОТЕРАПИИ, ИППОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКЕ

Учебные материалы и исследования
Немецкого кураториума
по терапевтической верховой езде



МККИ
МОСКВА 2003

ББК 53.54
Л 81

Перевод и публикация данного издания осуществлены при финансовой поддержке Департамента международного развития Великобритании в рамках программы Партнерств в некоммерческом секторе.

Лошадь в психотерапии, иппотерапии и лечебной педагогике. Учебные материалы и исследования Немецкого кураториума по терапевтической верховой езде. Пер. с нем. – В трех частях. Ч. 1 – М.: Конноспортивный клуб инвалидов. 2003. – 216 с.: ил.

ISBN 5-93903-008-4

Сборник содержит материалы исследований немецких специалистов по использованию лошади для лечения пациентов с различными психосоматическими, соматическими и психическими заболеваниями.

Для специалистов, работающих в системе реабилитационных учреждений для детей и взрослых с ограниченными возможностями.

ISBN 5-93903-008-4

© Перевод с немецкого и оформление издания МККИ, 2003

Сборник материалов, опубликованных за последние 10 лет в Германии



Wolfgang Heipertz
Therapeutic Riding
Medicine, Education, Sports

Eight International Therapeutic Riding Congress:
The Complete Papers
Ed. by Paul A. Eaton, B. Ed.
National Training Resource Center

Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
Heilpädagogisches Voltiere und Reiten
SONDERHEFT 1995
Herausgeber: DKThR
2., leicht veränderte Auflage (1997)

Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
HIPPOThERAPIE
SONDERHEFT 1996
Herausgeber: DKThR

Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
REITEN als Sport für BEHINDERTE
SONDERHEFT 1998
Herausgeber: DKThR

Содержание

Обращение к читателю	6
Предисловие издателя	8
Предисловие	9
1. В. Хайперц Введение	10
2. С. фон Дитце От внешней осанки к осанке внутренней	16
3. Х.-Дж. Барайсс Модели «лечебная верховая езда» и «терапевтическое взаимодействие человека и лошади»	24
4. М. Шульц Терапевтические и психомоторные аспекты движения человека и его развитие	40
A. Иппотерапия и лечебная верховая езда	
5. В. Куприан Иппотерапия и лечебная верховая езда как терапевтическое средство	51
6. Т. Роммель, Э. Петерсон, О. Роммель Иппотерапия при дискинетических и дистонических двигательных нарушениях	69
7. А. Вебер Иппотерапия для больных рассеянным склерозом	78

8. И. Штраус Иппотерапевтические занятия с детьми, страдающими детским церебральным параличом с незначительными умственными отклонениями, и восстановление их чувственного восприятия	111
9. В. Хайперц Лечебная верховая езда в ортопедии	114
10. М. Хергет, Г. Хервиг Развитие двигательных навыков в общении с лошадью и в процессе верховой езды детей и подростков, имеющих проблемы со зрением	123
11. Р. Юрклис Работа с родителями как важная составляющая часть лечебно-педагогического вмешательства при лечебно-педагогической верховой езде	158
12. К. Эльтце Спортивная верховая езда – развитие и обучение умственно отсталых людей	163
13. К. Хайперц-Хенгст Специфика организации и проведения занятий лечебной верховой ездой	175
Об авторах	206

1 ВВЕДЕНИЕ

В. Хайперц (W. Heipertz)

Наше общество с его развитыми технологиями способно улучшить жизнь тех людей, которых называют инвалидами. Инвалиды составляют около 6% всего населения. В Федеративной Республике Германия их больше 4 млн, причем 1/4 составляют дети. Среди них люди с физическими нарушениями, с нарушениями интеллекта, лица, страдающие хроническими заболеваниями, слепые и т.д.; наибольшую сложность представляют собой люди с множественными нарушениями. С каждым годом количество людей с серьезными нарушениями увеличивается примерно на 100 000. Независимо от того, врожденные это нарушения или же они были приобретены в результате несчастного случая, этим людям необходима специальная помощь, чтобы они могли жить самостоятельно. К счастью, существует большое количество организаций – специальных интернатов, школ, медицинских центров реабилитации или центров трудотерапии¹, – которые решают эту задачу, и их работа дает ощутимые результаты.

Кроме того, за последние годы появилось много новых методов лечения больных, например пересадка органов или применение искусственных суставов. Нередко работа врача является лишь частью широкой программы терапии, которая включает в себя целый набор мероприятий, в которых задействованы различные специалисты. Для многих заболеваний до сих пор не существует какого-то «един-



Рис. 1.1. Иппотерапия (лечение пациента со спастическим параличом). Лошадь ведет ассистент, физиотерапевт осуществляет страховку и руководит терапевтическими упражнениями.

ственного» метода терапии, и в таких случаях следует искать новые подходы к лечению или к улучшению состояния больных. Преследуя эту цель, медицина всегда опиралась на обычный житейский опыт: как бы иначе мог в ее арсенал войти такой старинный метод лечения как массаж, если бы кто-то не обратил внимания на тот факт, что поглаживание или растирание поражен-

ного места уменьшает боль? Это называется эмпирической медициной; сюда же можно отнести и лечебную верховую езду. Всадники, которые после серьезной травмы или тяжелого заболевания возвращались к своему любимому виду спорта, нередко добивались значительных успехов. Подобное происходило со многими всадниками, которые после долгого периода слабости и недомоганий, набравшись храбрости, садились на лошадей вновь. Верховая езда помогла им преодолеть недуг и сопутствующий психологический стресс; таким образом, она играла важнейшую роль в их реабилитации. Точно так же верховая езда влияет на пациентов (в частности, на детей и подростков с хроническими заболеваниями или нарушениями), которые раньше не занимались верховой ездой и не имели контактов с лошадьми или другими животными. Среди этих пациентов были дети с церебральным параличом, которые устали от традиционных методов лечения и чье состояние, следовательно, не улучшалось, а также дети с поведенческими нарушениями, не поддающимися другим методам коррекции. Кроме того, верховая езда и воздействие ритмичных движений спины лошади на пациента снижает мышечную спастичность.

Подобного рода факты наводили на мысли о том, что лошадь как живой инструмент можно с успехом использовать в качестве партнера при лечении некоторых физических и психологических нарушений и что, кроме того, она может быть спутником инвалидов в их спортивных занятиях (рис. 1.1, 1.2). Пригодность лошади для терапии зависит от ее характера и качества движений; эти вопросы обсуждаются в разделе, посвященном особенностям лечебной верховой езды. Здесь же мы приведем только одно

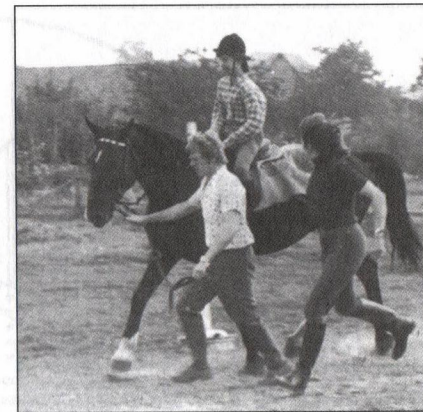


Рис. 1.2. Верховая езда для инвалидов (летний лагерь специальной школы для детей с физическими нарушениями в Кёльне). Всадник, страдающий дисмелией¹, осваивает облегченную рысь.

объяснение того факта, что аллюры лошади можно использовать в терапии: когда лошадь идет шагом, движения ее спины передают пациенту ту же самую последовательность импульсов, которую он получает при нормальной ходьбе. В результате всадник с нарушениями ощущает воздействие движений, которые невозможно было бы воспроизвести никаким другим методом.

Лошадь, которая используется для терапии, должна соответствовать своей функции; не каждая лошадь по своей природе обладает нужными качествами. Кроме того, для подобной работы необходимы специальное снаряжение и терапевтическая команда, состоящая из квалифицированных специалистов. Очень важно не причинить вреда пациенту; судя по нашему опыту, при соблюдении перечисленных условий лечебная верховая езда не несет в себе риска! Подробный

¹ Occupational therapy (англ.) – использование труда или занятий искусством для терапии и реабилитации.

¹ Врожденное отсутствие или укорочение конечностей, иногда сопровождающееся деформацией позвоночника, причиной является нарушение обмена веществ плода.

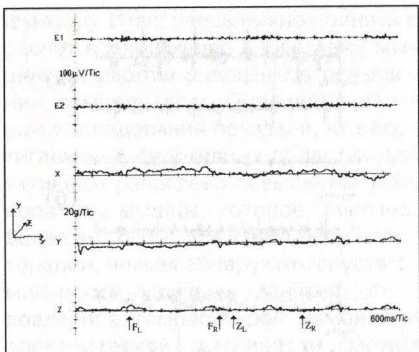


Рис. 7.2, а. Фрагмент движения пациентки Г.Х. перед занятием иппотерпией.

тов снова уменьшается. Первая веретенообразная форма начинается с наступания пяткой и заканчивается отпечатком подушечки пальца другой ноги, т.е. с началом стойки на одной ноге. Опорная нога при наступании пяткой находится в положении приведения. Второе увеличение активности проявляется незадолго до отпечатывания подушечки пальца с максимальной активностью в отпечатке. Во время фазы взмаха ноги электромиографические всплески активности либо отсутствовали, либо выявлялись в очень незначительной степени. На рис. 7.1, б показана ЭМГ поясничных мышц спины здоровой испытуемой. В первую очередь данные ЭМГ здоровых испытуемых свидетельствуют о меньшей продолжительности активности обеих сторон. Кроме того, повышенная активность появляется перед отпечатком подушечки пальца, а также на короткое время перед наступанием пяткой и после него. Ход кривых ускорения у больных РС в зависимости степени тяжести данной симптоматики обнаруживает отклонения от направления линий здоровых испытуемых. На рис. 7.2, а демонстрируется фрагмент движения пациентки с явной спастичностью аддукторов. Наряду с

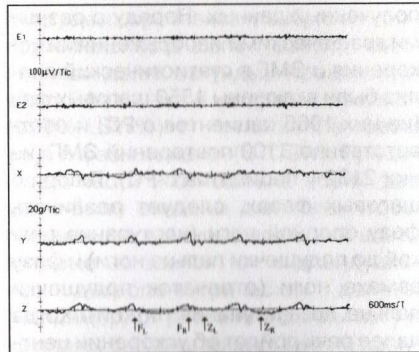


Рис. 7.2, б. Фрагмент движения пациентки Г.Х. спустя час после занятия иппотерпией.

плавным и соответствующим скорости ходьбы в целом замедленным ходом кривой отсутствует четкий пик, что можно назвать типичным для здорового человека. В ЭМГ аддукторов не хватает как переменной иннервации, так и постоянного роста активности.

На рис. 7.2, б отображены данные ЭМГ той же пациентки час спустя после иппотерапии. По сравнению с ранее зафиксированным ходом кривых здесь более выражен, а изменения ускорения при наступании пяткой стало существенно заметней. Эта ЭМГ отличается от ранее полученной меньшей активностью в целом.

В отношении кривых ускорения и типа ЭМГ у пациентов с атаксией нельзя найти единых отклонений от таковых у здоровых испытуемых. Тогда как процесс движения при легкой атаксии туловища похож на физиологический с его индивидуальными характеристиками, при выраженной симптоматике проявляются существенные различия. Кривым ускорения не хватает однородности, отсутствуют как характерный пик, так и четкая периодичность. На ЭМГ видно смещение физиологических веретенообразных форм. На рис. 7.3 отображен тип

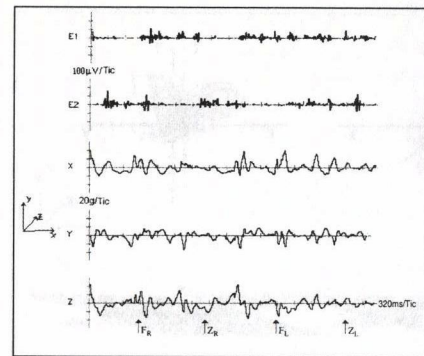


Рис. 7.3, а. Фрагмент движения пациента Й.С. перед занятием иппотерпией.

движения пациента с атаксией до и после иппотерапии. Обращают на себя внимание небольшая основная активность поясничных мышц спины, а также нерегулярное увеличение активности до и после наступания пяткой в течение отдельных шагов. Поведение мышц справа и слева по отношению друг друга оказывается некоординированным. Час спустя после иппотерапии кривые ускорения были охарактеризованы более высокой периодичностью. Более четкие пики при наступании пяткой, а также выраженное соразмерное распределения

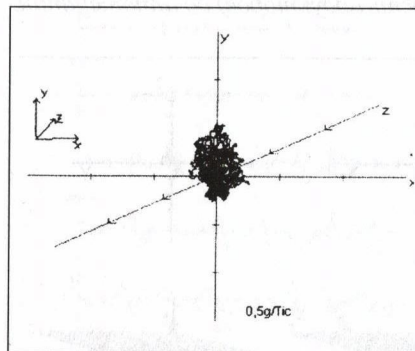


Рис. 7.4. Трехмерное изображение естественного ускорения здоровой испытуемой.

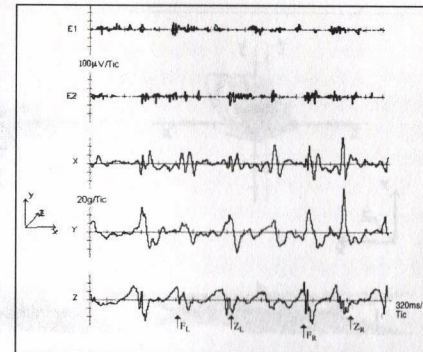


Рис. 7.3, б. Фрагмент движения пациента Й.С. спустя час после занятия иппотерпией.

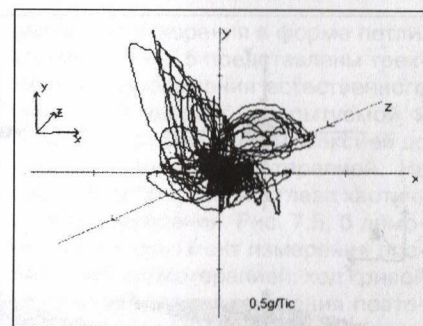


Рис. 7.5, а. Трехмерное изображение естественного ускорения пациента С.Б.

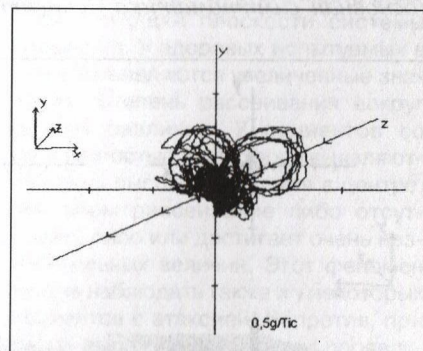


Рис. 7.5, б. Трехмерное изображение ускорения пациента С.Б. спустя час после занятия иппотерпией.

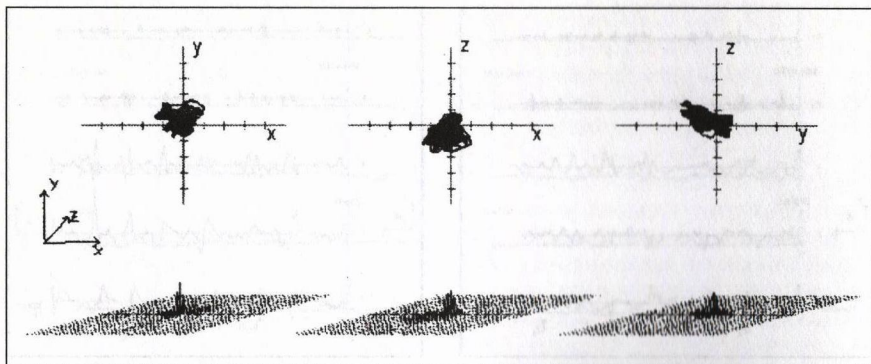


Рис. 7.6. Двухмерное изображение естественной ходьбы и трехмерная гистограмма здоровой испытуемой во время ходьбы.

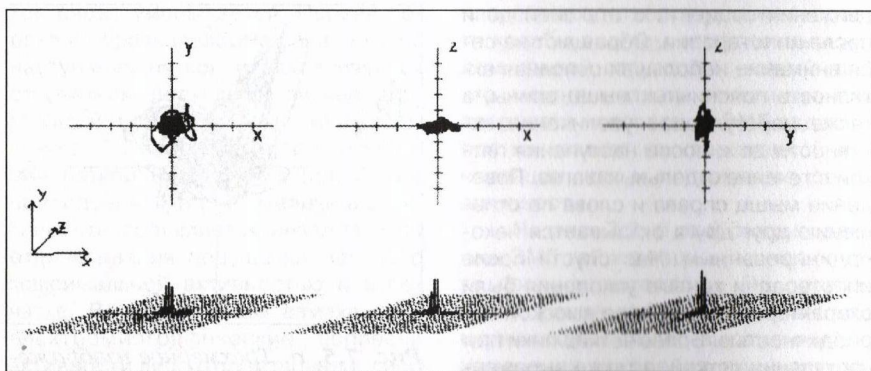


Рис. 7.7, а. Двухмерное изображение естественной ходьбы пациентки РД. (основная симптоматика – спастичность аддукторов) до иппотерапии.

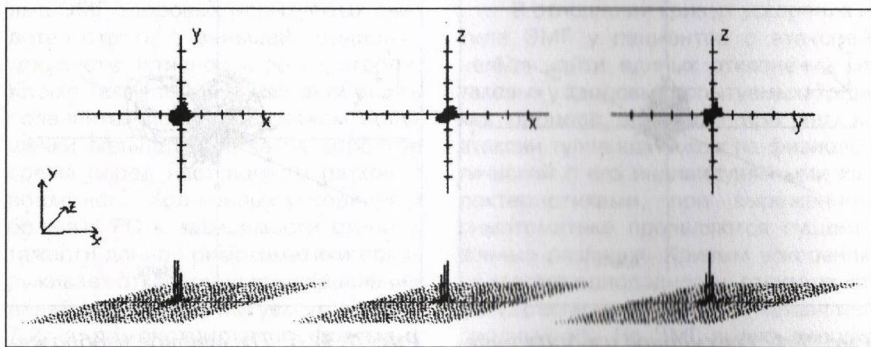


Рис. 7.7, б. Та же пациентка час спустя после иппотерапии.

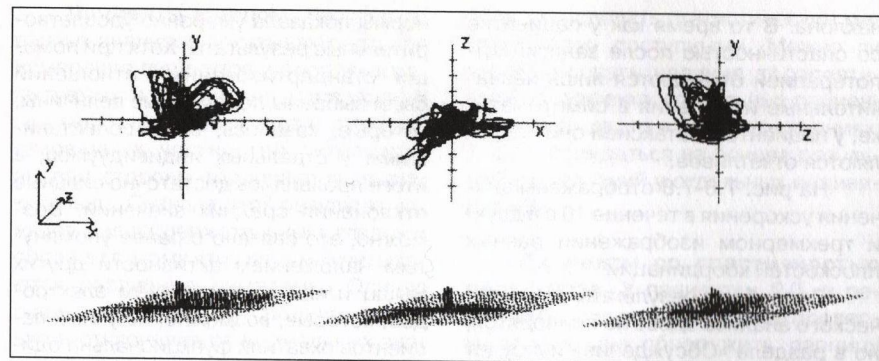


Рис. 7.8, а. Двухмерное изображение естественной ходьбы пациента С.Б. (основная симптоматика – атаксия) перед иппотерапией.

правой и левой сторон очевидны. В отличие от предыдущей ЭМГ, здесь зафиксированы более продолжительная основная активность во время фазы опорной ноги и рост активности (правда, небольшой) перед наступанием пяткой на соответствующую сторону.

Трехмерное изображение ускорения центра тяжести у здоровых испытуемых демонстрирует весьма разнообразные формы, которые появляются компактно и регулярно. Типичными являются все время повто-

ряющиеся ускорения в форме петли. На рис. 7.4 и 7.5 представлены трехмерные изображения естественного ускорения здоровой испытуемой и пациентки с выраженной атаксией до и после занятия иппотерапией. На рис. 7.5, а бросается в глаза хаотичный ход ускорения. Рис. 7.5, б демонстрирует фрагмент измерения после занятия иппотерапией: ход кривой компактней, петли ускорения повторяются более регулярно.

В трехмерной гистограмме при помощи высоты штрихов показана частота, с которой вершина вектора ускорения касается этого места в соответствующей плоскости системы координат. У здоровых испытуемых в центре выявляются увеличенные значения. Степень рассеивания вокруг центра различна. У пациентов со спастичностью аддукторов выявляются очень высокие значения в центре, при этом рассеивание либо отсутствует, либо и достигает очень незначительных величин. Этот феномен можно наблюдать также и у некоторых пациентов с атаксией. Напротив, при резко выраженной атаксии проявляется более диффузное рассеивание. Одностороннее усиление атаксии при одностороннем поражении мозжечка проявляется здесь как сторона

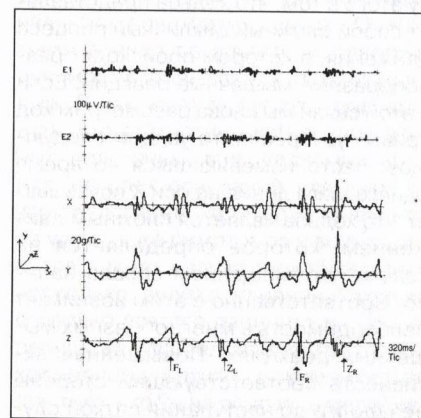


Рис. 7.8, б. Тот же пациент час спустя после иппотерапии.

наклона. В то время как у пациентов со спастичностью после занятий иппотерапией отмечаются лишь незначительные изменения в симптоматике, у пациентов с атаксией они проявляются отчетливее.

На рис. 7.6-7.8 отображены значения ускорения в течение 10 с в двух- и трехмерном изображении разных плоскостей координации.

Подробные результаты статистического анализа здесь не приводятся, но в разделе «Обсуждение» им будет уделено соответствующее внимание.

7.6. ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящий момент методы измерения оказались подходящими для выработки критериев физиологического движения ходьбы. Вместо индивидуальных различий были выявлены некоторые характерные для нормальной походки повторяющиеся признаки, которые могут быть использованы в качестве сравнительных критериев. Равномерность движения, подтверждением которой служат полученные кривые ускорения, подтверждается также данными статистического анализа. Показано, что средняя продолжительность шага составила 1,1 с, при этом отмечались небольшие отклонения на фоне общей однородности этого показателя внутри группы. Это подтверждает наблюдения, что секундный ритм является нормальным темпом движения как у человека, так и у животных. Мы можем также установить, что части фазы стоя и фазы взмаха шага в целом, составившие в среднем 62 и 38%, с небольшим отклонением от нормы у здоровых представляют собой очень выразительный признак (симптом). Координированную работу мышц можно изучать с помощью ЭМГ. Для аддукторов обнаруживаются центры активности при наступании пяткой, а также перед отпечатком подушечки пальца ноги. Оценка средних значений и отклонений от

нормы показала умеренно удовлетворительные результаты. Хотя при помощи стандартизованных отношений были выбраны переменные величины, которые, казалось, были сопоставимыми у отдельных индивидуумов, в итоге проявились достаточно сильные отклонения средних значений. Возможно, это связано с ранее упомянутым наложением активности других мышц и/или с положением электродов, которые, возможно, не у всех пациентов охватили функционально одинаковые части мышц. ЭМГ поясничных мышц спины у всех здоровых испытуемых характеризовалась низкой длительностью активности. Мы можем интерпретировать это как действия выпрямляющей функции мышцы-выпрямителя туловища (крестцово-остистая мышца). Чередующаяся активность левой и правой сторон, обусловленная реципрокной иннервацией, проявилась не так четко, как ожидалось. Правда, о подобных результатах сообщает также И. Баузенвейн [Bausenwein I. *Elektromyographische Untersuchungen zur Objektivierung des Therapeutischen Reitens, speziell der Hippotherapie bei Zerebralparetischen*. 4. Internationaler Kongress Therapeutisches Reiten. Hamburg 1982], которая видит причину этого в том, что ходьба представляет собой сложный циклический процесс движения, в котором происходят разнообразные мышечные реакции. Если в этой связи мы снова рассмотрим ход кривых ускорения, то увидим следующее: часто изменяющаяся во время одного шага линия на оси X показывает, что ходьба является сложным движением, которое определяется не только перемещением справа налево. Соответственно с этим возникает необходимость в многообразных мышечных реакциях. Повышенная активность соответствующей стороны незадолго до наступания пяткой служит признаком контролируемого опускания соответствующей стороны таза.

Пациенты в целом. Результаты разных анализов показывают, что оба измерения пациентов и здоровых испытуемых в отношении распределения частных шаговых фаз и стандартизованных частностей активности правой стороны различаются значительно. Сначала этот результат кажется малосодержательным, главным образом потому что здесь не учитываются различные симптомы. Однако если рассматривать средние значения и отклонения от нормальных значений исследуемых признаков по отдельности, то можно установить не только то, что среднее отношение шага группы пациентов отличается от среднего отношения здоровых испытуемых, но и очевидную разницу движений пациентов «до-после». Как средние значения, так и отклонения от нормы пациентов «после» приближаются к данным измерений, полученных у здоровых людей. К такому же результату мы пришли при оценке стандартизованных отношений активности у пациентов с атаксией. Результаты, полученные у пациентов со спастичностью после терапии, казались заметно более ухудшенными; правда, здесь опять нужно принять во внимание, что целью проведения терапевтических мер при спастичности является понижение тонуса. С этой точки зрения результаты исследования можно оценить как положительные. В заключение следует подчеркнуть, что статистический анализ данных, полученных в исследуемых группах, не дает оснований для вывода, что следствием иппотерапии является улучшение симптомов у всех пациентов, так как нельзя пренебречь тем, насколько велико влияние каждого отдельно взятого пациента на общий результат. Исследование групповой корреляции служит исключительно для того, чтобы на основе определенных признаков выявить в цифрах основные наблюдаемые различия между больными и здоровыми и, таким

образом, сделать статистические методы более доступными. Можно ли констатировать наличие терапевтического эффекта у отдельных пациентов и если да, то в каких отношениях, будет обсуждаться на основе результатов сравнений у отдельных индивидуумов.

Пациенты со спастичностью аддукторов. У пациентки Р.Д. в результате различных способов проверки мы можем обнаружить разницу между средними значениями измерения до и после иппотерапии для всех признаков, за исключением зарегистрированной мышечной активности слева. Наблюдаемый эффект понижения тонуса в правой ноге час спустя после иппотерапии еще нужно доказать. Общая продолжительность шага в свою очередь увеличилась с 1,8 от момента «до» до 2,4 с от момента «после». Кривые ускорения «после» также характеризовались неизменно плавным ходом – способность пациентки ходить после проведения иппотерапии можно оценить как ухудшение. Эта диагностика совпадает с самооценкой Р.Д., которая, впрочем, еще и добавила, что облегчение в ходьбе она почувствовала только спустя 2 ч после проведения иппотерапии. Возможно, результаты более позднего измерения были бы иными. Совсем другими представляются результаты, полученные у пациентки Г.Х., которая страдает особенно тяжелой формой спастичности. То, что ни для одного признака тесты не выявили разницы между средними значениями, в первую очередь свидетельствует о равномерном (несмотря на неполноценность) процессе движения как до, так и после занятия иппотерапией. Наряду с этим можно констатировать уменьшение спастичности обеих ног после иппотерапии. Кроме того, очень заметно уменьшение общей продолжительности шага на примерно 0,5 с (слева) и на 0,25 с (спра-

ва). К тому же самое последнее «после» в противоположность к «до» слева и справа почти идентичны друг другу. Графически представленные ускорения позволили выявить более высокое качество движения, выраженное ходом кривой (см. рис. 7.2). Эти результаты мы можем интерпретировать не только как терапевтический эффект в виде понижающего тонуса спустя час после терапии, но мы можем объективизировать ощущение Г.Х., которая после терапии наряду с более расслабленным состоянием ног почувствовала и большую легкость при ходьбе. Причиной проведения исследования у третьего пациента Н.К. послужили легкая правосторонняя спастичность аддукторов и атаксия. Ни средняя продолжительность шага, ни проверка среднего значения не выявили изменения этого параметра до или после иппотерапии. Среднее значение соответствует среднему значению, полученному у здорового испытуемого. Достоверное различие средних значений переменных все же проявилось при сравнении процентных частей шаговых фаз и, соответственно, при определении частного шаговых фаз левой стороны. Подтвержденное таким образом сокращение фазы опорной ноги в пользу фазы взмаха четко прослеживается по направлению кривых ускорения. У больных церебральным парезом Фельдкамп наблюдал сокращение продолжительности шага здоровой ноги в тех случаях, когда способность большой ноги опираться о пол была нарушена в наибольшей степени. Если имеющееся в нашем случае сокращение фазы здоровой опорной ноги возникает по такому же принципу вследствие сниженной способности опираться на пол правой ноги, то это можно было бы доказать с помощью ЭМГ. Если мы рассмотрим стандартизованные частные активности аддукторов, то также обнаружим переменные различия средних

значений с обеих сторон. Во время появления меньшей средней активности слева правая сторона ведет себя прямо противоположным образом. Конечно, отведения ЭМГ от мышц справа после терапии не выявляют гипертонус, который свидетельствовал бы в пользу усиления спастичности, а при отпечатке подушечки пальца – более выраженные веретенообразные формы. Итак, явное ухудшение мышечной координации этой стороны и способности опираться отсутствует. Однако, возможно, повышенные атактические компоненты могут быть ответственными за изменения фаз. У некоторых пациентов У. Лайрер и М. Пфотенхауер смогли наблюдать явное выделение атаксии только в случае терапевтически обусловленного снижения спастичности. Но мы должны представить окончательное доказательство увеличения атаксии. Кроме того, для мышц спины выявились различия средних значений. Как с левой стороны, так и с правой средние значения «после» меньше, чем «до». На ЭМГ после иппотерапии можно увидеть множественные билатеральные сокращения. В своих собственных исследованиях И. Баузенвейн оценивает такие сокращения как показатели патологического стереотипа движения. Если мы соединим вместе отдельные точки, то окажется, что улучшение мышечной координации аддукторов ведет к нагрузке стабильного положения равновесия. Суждение о том, нужно ли это оценивать как положительное или отрицательное явление, остается спорным. Нужно привести субъективную оценку Н.К., согласно ощущениям которого ходить после иппотерапии ему было легче, чем до нее.

Пациенты с атаксией. При оценке средних значений разных признаков у пациента Й.С. достоверный результат не выявлен. Средняя продолжительность шага составила 1,8 с до терапии и 1,7 с, что в среднем

больше, чем продолжительность шага у здоровых испытуемых. Процентные части фазы опорной ноги и фазы взмаха ноги слева и справа не совпадают как до иппотерапии, так и после нее. Правда, после терапии увеличилась часть фазы опорной ноги шага в целом. Однако то, что признаки шага соответствующей стороны единообразны, указывает на относительно небольшие отклонения от стандарта. Недифференцированный ход кривых ускорения (см. рис. 7.3, а) «до» свидетельствует о меньшей периодичности процесса движения. На ЭМГ видно беспорядочное расположение веретенообразных форм, которое мы можем интерпретировать как реакцию на неожиданные раскачивания корпуса. Средняя стандартизованная активность левой стороны до и после иппотерапии остается практически одинаковой, с правой стороны, напротив, проявилось повышение активности после терапии. По ЭМГ мы можем увидеть по сравнению с «до» смещенные слева и справа веретенообразные формы, которые указывают на координируемое взаимодействие поясничных мышц левой и правой сторон. О более высокой периодичности свидетельствуют и кривые ускорения (см. рис. 7.3, б), заметный пик при наступании пяткой, равномерные кривые линии которых служат признаком улучшения динамики центра тяжести. Следовательно, вследствие терапевтического эффекта картину ходьбы можно определить как улучшенную. У пациентки К.Г. появились переменные различия средних значений всех признаков шага. Общую продолжительность шага, которая хотя и увеличилась незначительно слева и справа в противоположность продолжительности шага до занятия, сравнивая ее с соответствующей величиной здоровых испытуемых, можно определить как нормальную. Разумеется, меньшее отклонение от стандарта на шагу левой ногой свидетельствует о сораз-

мерности в процессе движения. Процентная часть фазы опорной ноги шага в целом после терапии несколько снижена. Поэтому в среднем она отклоняется от значения здоровых испытуемых. Так как графические изображения значений ускорения свидетельствуют о равномерном ускорении центра тяжести, а, следовательно, и о хорошей двигательной координации, этот параметр нельзя не переоценить. Как установлено у здоровых испытуемых, ЭМГ до и после иппотерапии отражает длительную основную активность с физиологическими веретенообразными формами. Выбранные из статистических оценок более высокие средние значения левых и правых отведений поясничных мышц спины комбинированно с диагностической изменением общей продолжительности шага и изображениями измерения ускорений мы можем оценивать как выражение слегка увеличенного темпа ходьбы при неизменно хорошей координации. Так как после иппотерапии по собственным ощущениям пациентки почувствовала, что ее положение при ходьбе стало более стабильно, то более высокую скорость передвижения можно расценить как возможную реакцию на большую субъективную уверенность в движении. Однако в случае К.Г. речь идет о пациентке с весьма слабо выраженной симптоматикой, чья картина ходьбы не существенно отличается от картины ходьбы здорового человека, поэтому маловыразительные изменения двигательного процесса можно не принимать в расчет. Совсем иная картина наблюдается у пациента Р.Х., у которой симптомы атаксии проявляются намного отчетливее. В первую очередь привлекает внимание уменьшение продолжительности шагов в среднем с 1,5 с до иппотерапии до 1,2 с после нее. К тому же на смещение от патологического к физиологическому стереотипу движения указывают и очень небольшие (по сравнению с

предыдущими) отклонения от стандарта левого и правого шага. Следует отметить, что рассматривая данные этого пациента параллельно с результатами К.Г. после терапии, мы можем увидеть сокращение длины фазы опорной ноги в процентном отношении с меньшим отклонением от стандарта. Здесь по окончании иппотерапии выявляется более высокое среднее значение стандартизованных частных активности обеих сторон. В отличие от ранее измеренной, большая соразмерность изображений значений ускорения делает очевидным появление более стабильной динамики центра тяжести. Ее может объяснить также и выявленное у К.Г. увеличение скорости, просто в случае с Р.Х. этот феномен проявился более отчетливо. У пациента С.Б. представлены результаты двух измерений на различных стадиях болезни. При обсуждении результатов второго измерения, которое свидетельствует о ненормальных ухудшениях симптомов, состояние пациента было определено так же, как и у С.К. На первый взгляд, двигательное поведение С.Б. нельзя было отличить от поведения здорового человека. Продолжительность шага в среднем соответствовала значению, определяемому как нормальное. Аналогично случаям с пациентами К.Г. и Р.Х., средние значения «после» оказались немного выше, чем «до». Более значительное отклонение от стандарта находится в области установленного для здорового человека значения. Процентные соотношения частей фазы опорной ноги и фазы взмаха точно так же как и их частное, после терапии остаются неизменными и находятся приблизительно в норме. Напротив, обращают на себя внимание различия средних значений выведенной мышечной активности с правой и левой сторон. После терапии среднее стандартизованное частное активности справа, очевидно, выше, чем до нее, левая же сторона ведет

себя прямо противоположным образом. Это обуславливает приведение в соответствие обоих значений и указывает на лучшую работу координации, что подтверждается данными ЭМГ: охваченные с двух сторон мышцы после иппотерапии работают с попеременной симметричностью. Так как на диаграммах ускорения отсутствует разница между двумя измерениями, на основе характера ЭМГ, проведенной до и после иппотерапии, можно сделать следующее предположение: С.Б. в известной мере может компенсировать симптоматически обусловленные нарушения координации при помощи мышечных реакций так, что движение при ходьбе проходит нормально. Это соответствует результатам измерения перед терапией. Так как средние значения слева и справа очевидно расходятся друг с другом, можно предположить, что в основном симптоматически затронута одна сторона. Разумеется, соответствующий диагноз поставлен не был. Почти идентичные средние значения левой и правой сторон после иппотерапии, которые сравнимы с значениями здоровых, и симметричный ход кривых ускорения – все это свидетельствует в пользу терапевтически обусловленного уменьшения атаксии. С.Б. подтвердил, что в большинстве случаев он испытывает меньше проблем с равновесием после иппотерапии, чем те в те дни, когда занятия не проводятся. Симптоматическое ухудшение у С.К. (= С.Б. 4 мес спустя) было подтверждено результатами исследований. Как для общей продолжительности шага, так и для процентной части фазы опорной ноги справа и слева выявились более высокие значения, чем при первом исследовании, что является и явным отклонением от значений здоровых испытуемых. Кроме того, то, что ускорение центра тяжести не является больше стабильным, становится особенно очевидным на основании трехмерного графического

изображения значений ускорения (см. рис. 7.5, а). И, напротив, та же форма изображения отрезка измерения после терапии демонстрирует пусть и не совсем нормальное, но по сравнению с предыдущим более стабильное ускорение центра тяжести. При проверке средних значений до и после иппотерапии были выявлены достоверные различия для всех шаговых признаков. Незначительное увеличение продолжительности шага в среднем после иппотерапии мы уже наблюдали у других пациентов. Часть фазы опорной ноги от шага в целом уменьшилась с 69 до 65% и приблизилась к среднему значению здоровых испытуемых. То же самое касается части фазы взмаха ноги и частному фазы шага. Средние значения стандартизованных частных активности слева и справа до и после терапии почти совпали. Если в этой связи мы вернемся к выводам первого исследования и примем во внимание хаотичный ход кривых ускорения до иппотерапии, то станет очевидным, что нарушения координации не могут больше компенсироваться мышцами в достаточной степени. Результатом являются сильные раскачивания и склонность к падению при ходьбе. И если на основании повышенной мышечной активности с одной стороны в первом исследовании мы могли лишь предположить, что одна сторона поражена сильнее другой, то второе исследование полностью подтверждает это предположение; двухмерная гистограмма показывает явную выраженность поражения справа (см. рис. 7.8, а и 7.8, б). Так как после иппотерапии мышечная активность остается без изменений, а выраженность изменений на пораженной стороне уменьшается, то являющееся результатом этого улучшение координации движения должно быть обусловлено центрально. Тогда в этом случае было бы доказанным, что иппотерапия положительно влияет на атаксию. К по-

добному результату также пришли в своих исследованиях У. Лайрер и М. Фотенхауер. У пациента Г.С. выявились значительные различия между средними значениями признаков «общая продолжительность шага» и стандартизованными частными активностями мышечных потенциалов, полученных при отведении слева. Средние значения первого признака после терапии оказались ниже, чем до нее, так что после этого совпадали с данными здоровых испытуемых. Точно так же уменьшение отклонения от стандарта позволяет сделать вывод о большей соразмерности движения при ходьбе. Ход кривых ускорения подтверждает этот вывод: если в графических изображениях измерения перед иппотерапией отсутствует четкий пик при наступании пяткой и вследствие этого разграничить отдельные шаги достаточно тяжело, то «после» появляется выраженный и симметричный ход кривых. О появлении большей динамики в движении особенно явно свидетельствуют более высокие значения ускорений в вертикальном направлении. Средняя стандартизованная активность левой стороны спины после иппотерапии оказалась выше, чем до нее, но свидетельствует о меньшем отклонении от стандарта. На ЭМГ проявляются также и установленные у Н.К. билатеральные стереотипы активности мышц спины, названные Баузенвейном патологическими. После терапии они также исчезают не полностью, мускулатура работает попеременно лишь на определенных фазах. Измерения ускорений все же подтверждает качественное улучшение процесса движения после иппотерапии; Г.С. почувствовал это сам. Статистическая оценка результатов измерений, полученных у пациентки Б.Х., выявила значительные различия средних значений продолжительности шага в целом с обеих сторон. Уменьшившиеся после иппотерапии средние значения все же явно

отклонялись от таковых у здоровых испытуемых. Как до, так и после иппотерапии кривые ускорения характеризовались экстремально плоским ходом на всех трех осях. Это означает, что сокращение продолжительности шага происходит без увеличения динамики движения. Отдельные фазы шага на соответствующих этапах соответствуют данным здоровых испытуемых. Ни средние значения стандартизованной мышечной активности, ни ЭМГ не указывают на изменения после терапии. Следовательно, объективно доказать наличие терапевтического эффекта нельзя. Однако пациентка почувствовала большую раскрепощенность при ходьбе после иппотерапии. Возможно, это позитивное ощущение, которое вызывает у пациента чувство уверенности в движении, является причиной, впрочем, слабовыраженного сокращения продолжительности шага. Это также можно расценить как терапевтический эффект. Как показывает анализ отдельных случаев, очень сложно дать общую оценку иппотерапии только по результатам исследований. Она мало зависит от самих методов, которые оказывались содержательными для здоровых испытуемых, а в гораздо большей степени от того, что каждый пациент реагирует на воздействие иппотерапии очень индивидуально. Тем не менее терапевтический эффект у 6 из 9 пациентов можно считать доказанным. Не в последнюю очередь это зависит от комбинации двух очень разных методов измерения. Измерение ускорения вблизи центра тяжести тела способствовало качественной оценке картины ходьбы, а используя поверхностные электроды, можно было получить выводы как о процессах координации деятельности мышц, так и о изменениях тонуса. Таким образом, можно объективировать принцип действия иппотерапии с относительно небольшим и поэтому более приемлемым для пациента применением

технических средств. Однако исследование также показали, что реальный терапевтический эффект можно измерить не только количественно, но и психическими компонентами. Поэтому для интерпретации результатов оказался очень полезным опрос пациентов относительно их состояния после иппотерапии. В этой связи следует помнить о том, что особенно при рассеянном склерозе (РС), который нельзя лечить исходя только из причин его возникновения, успех терапевтических мер всегда зависит от позитивной настройки пациента. Хотя на основе результатов исследования небольшого количества пациентов мы не можем сделать общепринятых выводов, все же эти данные дают уверенность для проведения следующих исследований. Было бы в высшей степени интересно провести измерения в разное время после проведения терапии. Точно также долговременные измерения могли бы дать объяснение продолжительному терапевтическому эффекту. Исследовательский метод открыт для этих возможностей.

7.7. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ (РЕЗЮМЕ)

В предлагаемой работе был развит метод исследования, который способствовал пониманию воздействия иппотерапии на больных РС. Комбинированное применение двух различных способов измерения – поверхностной ЭМГ и измерения ускорения вблизи центра тяжести тела – сделало возможным проведение как количественной, так и качественной оценки движения.

Были обследованы 10 здоровых испытуемых и 9 пациентов с атаксией и/или спастичностью аддукторов бедра в той или иной степени. Местами отведения ЭМГ были выбраны в зависимости от симптомов аддукторы или поясничный отдел мышцы-выпрями-

теля туловища. Измерения проводились во время ходьбы за час до иппотерапии и спустя час после нее. Для оценки данных измерений были использованы разные графические изображения измеренных значений ускорения, а также применены различные статистические методы. У 8 из 9 пациентов выявился патологический стереотип движения. Внутрииндивидуальное сравнение измерений до и после иппотерапии дали следую-

щий результаты: у 6 пациентов были зафиксированы различной степени выраженности улучшения в процессе движения. У 2 пациентов наблюдалось ухудшение после иппотерапии. По данным одного пациента нельзя было сделать какой-либо оценки происходящих изменений. В общем этот относительно простой в применении и необременительный для пациентов метод оказался пригодным для терапевтической диагностики.

8 ИППОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ УМСТВЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ, И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИХ ЧУВСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ

И. Штраус (I. Strauss)

Симптомами ранних церебральных поражений являются:

- нарушения движений;
- слабая чувствительность (пониженная реакция);
- сниженное умственное развитие.

Лечение необходимо начинать как можно раньше. В наши дни лошади, бесспорно, являются неотъемлемыми помощниками на ранних стади-

ях сенсомоторного восстановительного процесса.

Мы начинаем лечить детей с помощью иппотерапии с трехлетнего возраста. Эти лечебные процедуры широко отражены в мировой литературе. Конкретные задачи лечения зависят от того, какие симптомы преобладают у данного ребенка. Мы хотим привлечь ваше внимание к детям с пониженной чувствительностью.

Восприятие как физиологическое осознание окружающего мира – это непрерывный процесс поступления извне сигналов, вызывающих ответные физиологические реакции. Эти реакции представляют собой целенаправленные экономичные реакции тела ребенка, соответствующие ситуации и его возрасту. Физиологическое восприятие в свою очередь обуславливает умственное развитие.

Восприятие окружающего мира всегда параллельно движению, начиная от самых ранних движений глаз, головки, хватательных движений, попыткам сесть, встать, ползать и, наконец, ходить. Органы чувств: глаза, уши, нос, как и тактильные ощущения, – составные части процесса, основная роль которого принадлежит вестибулярному аппарату – органу равновесия.

Пониженная физиологическая реакция на внешние сигналы может быть вызвана их недостатком, двигательными нарушениями (т.е. затруднениями в проявлении этих реакций, дефектами органов чувств, получающих информацию, или нарушениями функций мозга – неправильной обработкой информации). Лечение имеет целью компенсировать или хотя бы частично преодолеть дефицит восприятия.

Иппотерапия – это нейрофизиологическая физиотерапия, проводимая с помощью лошади и на ней. Это наилучший метод лечения детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), не только потому, что двигательные импульсы лошади приводят к двигательной коррекции всадника. При езде на лошади к всаднику ритмично и постоянно поступают сигналы для коррекции равновесия, а также многообразные сигналы его органам чувств: от лошади, работающих с ним людей, меняющегося при перемещении в пространстве окружения. Этот метод лечения всегда является комплексным, даже когда терапевт делает упор на тренировку моторики.

Я хочу кратко осветить наш опыт касательно тех случаев, когда пациентам достаточно получать общее иппотерапевтическое лечение и когда им можно и нужно давать дополнительную стимуляцию органов чувств.

Искусство специалиста состоит в том, чтобы предлагаемая ребенку нагрузка была бы достаточно напряженной для него, но не превышала бы его возможностей на данном этапе. Избыток предлагаемых ему упражнений на восприятие также плох, как и недостаток. Нужно гармонично сочетать специфическое нейромоторное воздействие иппотерапии с тренировкой сенсомоторных навыков для приучения ребенка к правильному способу овладения двигательными навыками, что позволит им в дальнейшем превращаться в психомоторные навыки. Для достижения этих целей лошадь просто незаменима, и мы обязаны с наибольшей полнотой использовать ее лечебно-обучающие возможности, согласуясь со спецификой диагноза каждого ребенка.

Навыки восприятия обычно развиваются на протяжении первых 7 лет жизни. Мы должны адаптировать лечебный процесс к коррекции соответствующей стадии развития ребенка. Это следует учитывать и при освоении движений, и при оценке переработки ребенком информационных сигналов собственного тела или чувственных сигналов из окружающего мира.

Пока ребенок учится поддерживать свое равновесие, сидя прямо на идущей шагом лошади, он получает массу разнообразных сигналов от лошади, ее движений и всего окружающего окружения. Благотворный результат их множественного воздействия основательно доказан.

Надо взять себе за правило не перегружать ребенка дополнительными внешними стимулами, которые могут помешать процессу освоения им правильной двигательной реакции на движения лошади. Желательны та-

кие стимулы, которые не нарушат ритмичного процесса движения. Ритмичность движений при верховой езде создает оптимальные условия для тренировки навыков восприятия; к тому же концентрация внимания ребенка на игре придает автоматизм его двигательным навыкам. При этом вся сфера движений, предлагаемых конной терапией, предназначена для развития самоощущения тела, осознания правильных его размеров, расположения в пространстве, развития умения планировать свои движения, их меру (размах), координацию правой и левой сторон тела и конечностей, амплитуду их движения. Кроме того, нагружаются сенсорные каналы восприятия: тактильные, зрительные, слуховые и вестибулярные. Вдобавок стимулируются познавательные и распознавательные умения.

Физиотерапевтам следует соотносить индивидуальность каждого ребенка и ситуацией подбирать наиболее действенные стимулы, чутко улавливать, что надо выделить эмоционально, а также не упустить из виду и включить в процесс занятий высказанные ребенком его собственные попытки предложить игру. Таким путем активизация воли ребенка, включаясь в процесс лечения, усиливает его. На некоторых примерах я вам покажу, каким образом специальные упражнения и игры тренируют восприятие, а через него и умственное развитие.

Так, чтобы взять в руки поводья, держать их крепко и правильно останавливать лошадь или направлять ее движение, требуется некоторое умение. Учась этому, ребенок учится понятиям «право» и «лево», учится направлению и на опыте постигает побуждающую к действию мотивацию (посылы для лошади). При этом, чтобы уберечь рот лошади, нам приходится пристегивать поводья не к удилам, а к кольцу подбородного ремня оголовья (или капцуна). После этого упражнения мы сажаем ребенка задом напе-

ред (лицом к хвосту) и начинаем игру хлопками по крупу лошади, чем снижаем предшествовавшее напряжение внимания, но одновременно разрабатываем новые двигательные навыки и тренируем равновесие.

Мягкие мячики из липучки различных размеров и цветов можно использовать в разных играх. Они хорошо стимулируют тактильные ощущения ладошек. Можно работать с несколькими мячиками, чтобы учить различать их по размеру, перекладывать из правой руки в левую и наоборот, крепко держать мячик и просовывать его в резиновое кольцо в разных направлениях, прокатывать по своей пояснице и т.п. Можно заставлять детей нацеплять разные легкие прищепки на гриву или к полям шлема, что также будет тренировать целенаправленные движения и мануальные умения, а заодно и различение цветов.

Можно сделать крупные картинки, чтобы учить повторять изображенные на них позы.

Езда рядом дает широкие возможности для разных упражнений: можно давать задания на наблюдение, имитацию, взаимодействие или совместные действия.

Все эти примеры призваны показать, как терапевт может варьировать и комбинировать упражнения, развивающие ребенка, чтобы для него они оставались игрой и удовольствием. Помните, чем сильнее его увлекают упражнения, тем шире диапазон их лечебного воздействия.

Двигательные нарушения вследствие церебральной патологии, вызванные поражениями мозга в младенческом возрасте, и сопровождаемые ограничениями в восприятии и умственном развитии, требуют возможно более раннего и комплексного лечения. Однако обычно мы начинаем занятия «мотивационными играми» только на втором или третьем году иппотерапевтических занятий, но никак не в их начале.

Данное сообщение ставит своей целью подчеркнуть необходимость оптимально использовать довольно короткий период (менее 7 лет), когда еще можно научить ребенка интегрировать разнообразие сигналы от отдельных органов чувств.

Согласно интеграционной теории восприятия «обучение зависит от способности индивидуума воспринимать чувственную информацию от окружающего мира и движений своего тела перерабатывать ее и включать эти чувственным путем полученные данные в багаж своей центральной нервной системы (интегрировать в нее) с тем, чтобы в дальнейшем опираясь на усвоенное знание планиро-

вать и организовывать свое поведение (как сознательное, так и на уровне бессознательных реакций)».

Лечебный процесс по разработке восприятия у пациентов, страдающих слабой чувствительностью, находится в компетенции врача физиотерапевта и специалиста по активной деятельности, и такие иппотерапевтические занятия нельзя путать с лечебным обучением верховой езде или рекреационной верховой ездой, а тем более со спортом для инвалидов.

Упаси нас Бог, упустить краткий критический период, когда коррекция процесса восприятия еще возможна, по причине, например, финансовых затруднений.

9 ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА В ОРТОПЕДИИ

В. Хайперц (W. Heipertz)

9.1. ВВЕДЕНИЕ

Из всех больных, страдающих ортопедическими заболеваниями, можно выделить две группы людей, которым особенно показана иппотерапия или лечебная верховая езда. Это дети или молодые люди, страдающие церебральным параличом и дисмелией (нарушение формирования конечностей). При детском церебральном параличе мы всегда находим более или менее серьезные проявления спастического паралича конечностей; это заболевание является следствием повреждения головного мозга, перенесенного до рождения, во время или

после него. Другие нарушения, например снижение интеллекта, часто связаны с нарушением координации. Если у ребенка с церебральным параличом лечение начинается достаточно рано, можно достичь значительного улучшения состояния, что раньше представлялось невозможным. Терапия с помощью лошади стала одним из общепризнанных методов лечения таких детей.

Иппотерапия и лечебная верховая езда стали также признанными методами лечения больных с деформацией конечностей и пациентов с некоторыми другими формами ортопедических нарушений. До настоящего

времени спорным остается вопрос о применении этих методов терапии при различных формах патологии позвоночника. Далее мы рассмотрим вопросы, касающиеся применения лошади для лечения заболеваний позвоночника, а также травматических повреждений или нарушений развития конечностей. (Настоящая глава основана на докладах, сделанных автором на международных конференциях по лечебной верховой езде в 1974 г. в Париже и в 1976 г. в Базеле.)

9.2. ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА ПРИ ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ИЛИ ПРИ НАРУШЕНИИ ИХ ФУНКЦИЙ

Лечебная верховая езда показана больным с деформацией конечностей, поскольку травмы или нарушение развития конечностей, а также контрактуры суставов неблагоприятно влияют на позвоночник. На позвоночник, кроме того, неблагоприятно воздействует такое распространенное состояние как односто-



Рис. 9.1. Ребенок с дисмелией занимается вольтижировкой: упражнение «флаг».

ронний паралич, а также деформация нижних конечностей. Искривление позвоночника можно наблюдать и при потере одной руки вследствие травмы, а также при тяжелой деформации верхних конечностей. В таких случаях (как и при терапии моторных нарушений, вызванных параличом) лечебная верховая езда применяется «для коррекции асимметричной динамики», как это формулирует преподаватель Базельского университета доктор Бауман.

Если рассматривать лечебную верховую езда с этой точки зрения, можно сказать, что мы используем эффект многообразных движений спины лошади, которые оказывают симметричное воздействие на тело всадника. При этом позвоночник пациента немного вращается в обе стороны, а таз равномерно покачивается налево и направо. Можно усилить терапевтическое воздействие движений лошади, предложив пациенту выполнять специальные терапевтические упражнения. Хотя иногда пациент учится активно управлять лошадью, это делается также исключительно ради достижения терапевтических целей. В этом случае по-прежнему необходимо соблюдать все условия проведения занятий по лечебной верховой езде, в частности занятие должна проводить особая терапевтическая команда, а пациент должен сидеть на специальной терапевтической лошади.

Лишь когда пациент усвоит все необходимые навыки верховой езды, — а это во многом зависит от характера патологии конечностей, — можно будет в качестве средства реабилитации использовать самостоятельную верховую езда; в конечном итоге пациент может заняться конным спортом для инвалидов. В сфере реабилитации лечебная и спортивная верховая езда пересекаются, но из-за этого не стоит смешивать два разных термина и не стоит упрощать методы терапии.

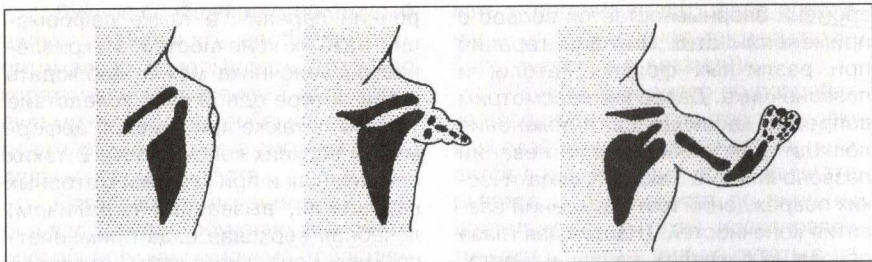


Рис. 9.2. Амелия, фокомелия, эктромелия: различные типы деформации конечностей (дисмелии).

Врачи К. Ригер и В. Роммель приводят большой список заболеваний, при которых показаны иппотерапия и лечебная верховая езда [Rieger C. und Rommel W. Zeitschrift Therapie Woche 1974; 20: 2300-2307]. В качестве примера опишем подробнее лишь применение лечебной верховой езды для лечения детей с дисмелией. Работая с подобными пациентами, мы главным образом преследуем следующие цели: развитие умения держать равновесие, тренировка координации, статическая и динамическая тренировка мышц, улучшение рефлекторных реакций, развитие пространственной ориентации, стимуляция психологического развития и развитие способности обучаться. Кроме того, мы стремимся улучшить функции деформированной конечности и статические двигательные навыки ребенка, что предохраняет суставы от дальнейшей деформации. Особое

внимание мы уделяем тренировке недостаточно развитых групп мышц, которые могут компенсировать отсутствие некоторых функций пораженной конечности. Можно улучшить рефлекторные реакции детей и развить их ловкость с помощью упражнений вольтижировки, гимнастики, упражнений на поддержание равновесия (рис. 9.1), а также с помощью частых изменений характера аллюра.

Если дети с дисмелией занимаются в группах, то состав такой группы может быть различным. В группу могут входить дети с амелией, фокомелией и эктромелией верхних конечностей (рис. 9.2), дети с дисмелией всех четырех конечностей или дети, у которых дисмелия сочетается с поражением внутренних органов. Отсутствие одной или нескольких конечностей называется амелией; при перомелии отсутствует последний сегмент конечности, так что у больного



Рис. 9.3. Конная прогулка детей с тяжелыми нарушениями. Для обеспечения безопасности лошадей ведут ассистенты.

Рис. 9.4. Уход за лошадью в лагере.



Рис. 9.5. Специальные поводья с петлями. Ребенок с эктромелией обеих рук.

остается как бы культя. Фокомелия – это типичная форма дисмелии, при этом деформированные кисти рук или стопы крепятся очень близко к туловищу. Эктромелия – самая большая группа состояний с деформацией конечностей; в этом случае нарушены пропорции между отдельными сегментами конечности.

Наиболее распространенными методами лечебной верховой езды для детей с дисмелией являются вольтижировка, езда верхом (лошадь ведут, используя чумбур или лейцы), езда в поводу за конным всадником, езда в сопровождении опытного всадника, езда за ведущей лошадью, самостоятельная верховая езда.

Для реабилитации пациента можно использовать также уход за лошадью, конные прогулки (рис. 9.3, 9.4), теоретические занятия, в том числе посвященные тренингу лошадей, езду в экипажах и весь спектр занятий конников – от любительской верховой езды до спорта.



Рис. 9.6. Специальные поводья с петлями. Ребенок с эктромелией обеих рук.



Рис. 9.7. Езда без протеза: гимнастика для культи. Та же девочка ездит и с протезом, чтобы научиться им пользоваться, улучшить координацию движений и эффективнее управлять лошадью.

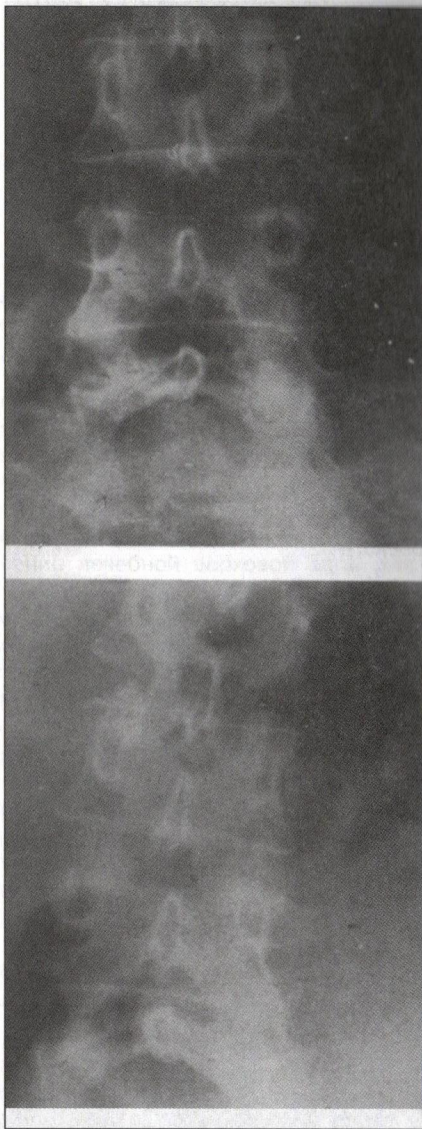


Рис. 9.8.
Рентгеновские снимки позвоночника 40-летней пациентки до и после иппотерапии. На снимке видно, что позвоночник пациентки стал более гибким (женщине в момент исследования предлагали нагнуть-ся вбок).



Рис. 9.9.
Рентгеновский снимок S-образного позвоночника молодого человека (идиопатический сколиоз).

Когда отсутствует одна или несколько конечностей, следует применять специальное снаряжение, сделанное на заказ для данного пациента. Существуют специальные поводья (рис. 9.5), специальные седла, стремяна и вольтижировочные гурта, а также особые развязки и специальные способы подгонки снаряжения (рис. 9.6.), кроме того, такие всадники пользуются для управления лошадью голосом, шпорами и хлыстом. Вопрос о том, следует ли пациенту с ампутированной конечностью снимать во время занятия протез, решается индивидуально. То же самое относится к лангетам, которые используют некоторые дети с церебральным параличом (рис. 9.7).

Можно применять лечебную верховую езду и при тугоподвижности суставов или контрактурах, в частности и в тех случаях, когда пациенту трудно развести ноги из-за дисплазии бедра. В данном случае особенно показаны верховая езда (как лечебная, так и спортивная), поскольку положение верхом на лошади учит разводить бедра и позволяет выполнять упражнения при вертикальном положении туловища, но без опоры на ноги. По той же причине можно рекомендовать лечебную верховую езду многим пациентам с патологией конечностей, в том числе и при самых незначительных нарушениях, хотя в последнем случае цена терапии может быть слишком высокой. Однако любые расходы оправдывают себя в тех случаях, когда подобного эффекта невозможно добиться никаким другим методом.

9.3. ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Если мы хотим применять лечебную верховую езду для лечения заболеваний позвоночника, необходимо

установить точный диагноз и тщательно обследовать пациента. При люмба-вертебральном синдроме без неврологиче-ских симптомов показана пассивная иппотерапия. В этом случае в процессе терапии лошадь идет на корде, пациент, расслабив мышцы, сидит на лошади. Плавные движения лошади – ротация, наклоны взад и вперед и движение вверх-вниз – симметрично воздействуют на тело пациента, на глубокие мышцы его спины, благодаря чему тугоподвижные части позвоночника приобретают большую мобильность.

На снимке (рис. 9.8) представлены две рентгенограммы позвоночника 40-летней пациентки, которую в момент исследования попросили согнуть туловище; снимки сделаны до начала иппотерапии и через несколько месяцев после этого, и по ним можно судить о достигнутом эффекте. Пациентка, в прошлом опытная всадница, жаловалась на сильные боли в спине, которые мешали ей спать и не поддавались никаким другим методам лечения. За один год лечебной верховой езды (в сочетании с обычными методами лечения) она полностью избавилась от всех неприятных ощущений. Этот пример, как и другие случаи успешного применения иппотерапии при заболеваниях позвоночника, показывает существенную разницу между лечебной и спортивной верховой ездой. Спортивная верховая езда обычно усиливает симптомы люмбаго, так что в этих случаях ее нельзя порекомендовать. Однако если боли в спине вызваны слабостью мышц и излишней подвижностью суставов, спортивная верховая езда, также как и плавание, может оказать благотворное действие, поскольку укрепляет мышцы.

Медицинские процедуры и терапевтические упражнения при иппотерапии используются преимущественно для того, чтобы расслабить мышцы пациента и сделать его более восприим-

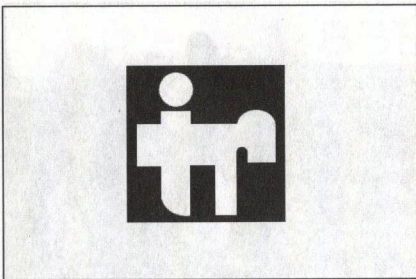


Рис. 1.3. Стилизованный кентавр (человек-лошадь в древнегреческой мифологии) – знак единства и сотрудничества лошади и всадника – эмблема DKThR по лечебной верховой езде.

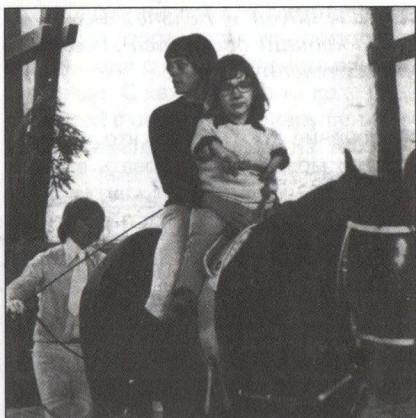


Рис. 1.4. Лечебная верховая езда (применяемая в Юнкерсдорфском клубе верховой езды как педагогическое средство). Девушку с тяжелой формой дисмелии страхует сидящая зади всадница, для управления лошастью используются лейцы.

анализ отдельных несчастных случаев, произошедших на терапевтическом занятии, показывает, что при этом всегда нарушались какие-то из перечисленных выше основных правил, так что подобные ситуации и нельзя было бы назвать настоящей терапией.

Верховая езда как спорт для инвалидов представляет собой нечто иное, – тут существует такой же риск, как и во всех других видах спорта. Однако степень риска можно снизить, если правильно подобрать тип и характер занятий, а также внимательно относиться к выбору лошади. В то же время нельзя думать, что факторы риска, которые присутствуют в спортивной верховой езде, имеют прямое отношение и к лечебной верховой езде; это две разные вещи, их объединяет разве что только лошадь.

В терапевтическую команду входит врач, который, кроме медицинских знаний, освоил еще и навыки верховой езды, – только в этом случае он может назначать терапию и наблюдать за ее проведением (или непосредственно работать с пациентом и лошадью). Терапевтическая команда включает в себя также физиотерапевта¹, который проводит занятие, и специалиста (предпочтительнее аккредитованного) по верховой езде, который в процессе работы отвечает за лошадь. На занятии присутствуют также ассистенты, которые помогают терапевту; количество ассистентов, работающих с одним пациентом, зависит от тяжести его нарушений. Когда проблемы пациента в меньшей степени связаны с соматическими нарушениями, в работе может принимать участие специальный педагог². Когда

- 1 Physiotherapist (англ.); привычное название этой специальности не должно вводить в заблуждение российского читателя. В западных странах это специалист, который занимается терапией физических нарушений или травм с помощью терапевтических упражнений и других физических методов воздействия. (Примеч. пер.)
- 2 Specialized teacher - специалист по special education, т.е. педагог, который занимается с детьми, нуждающимися в особом внимании, в частности с детьми, страдающими психическими или физическими нарушениями. (Примеч. пер.)

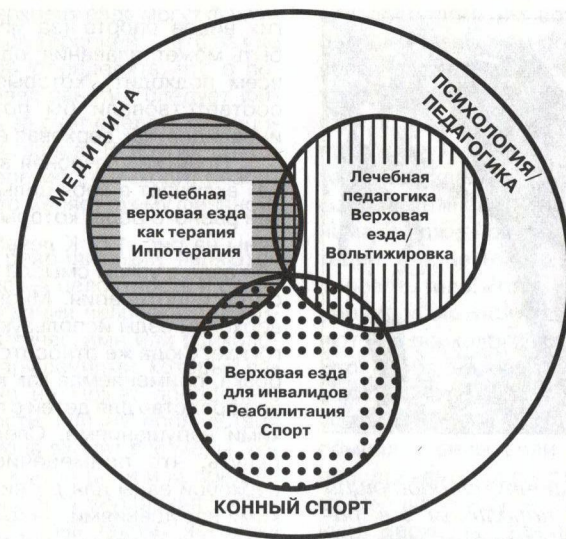


Рис. 1.5. Области применения лечебной верховой езды.

инвалиды занимаются спортивной верховой ездой, желательно, чтобы инструктору помогали специально обученные тренеры.

Немецкий Кураториум по терапевтической верховой езде (Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten – DKThR; рис. 1.3) взял на себя задачу следить за выполнением всех необходимых правил и условий; кроме того, он управляет организацией различных мероприятий, проводимых для блага всех заинтересованных людей. В работе DKThR принимают участие люди различных профессий: медики, педагоги, конники. К их числу относятся и авторы настоящей книги. Наша книга основывается на исследованиях, проведенных этой организацией, и на принципах, разработанных научной комиссией DKThR, поскольку мы стремимся к точности. Однако при этом мы не хотим приуменьшать значения других подобных центров, находящихся в Германии или других странах.

Уже в 1977 г. в Федеративной Республике Германия существовало несколько сотен различных центров, в которых верховая езда использова-

лась в качестве терапии, как спорт для инвалидов или как рабочее средство педагогики (рис. 1.4). Германию догоняют другие страны, например Великобритания, где традиции лечебной верховой езды более старые, Нидерланды, где лучше развита сеть организаций. DKThR в сотрудничестве с Центральной ассоциацией физиотерапевтов и Немецкой федерацией верховой езды (FN) разработал программу специализации физиотерапевтов по лечебной верховой езде. Регулярно работают курсы, основанные на этих принципах; в настоящее время они находятся в Кельне и в Вильдбаде. Созданы также курсы по лечебной верховой езде для врачей и медицинских работников. На семинарах во Франкфуртском университете и в некоторых других центрах специалисты могут углубить свои представления о лечебной верховой езде и получить научные знания, необходимые для работы. Там обсуждаются медицинские вопросы, например показания к применению лечебной верховой езды при различных заболеваниях, а также вопросы, касающиеся лошади, например особенности экстерьера и ха-

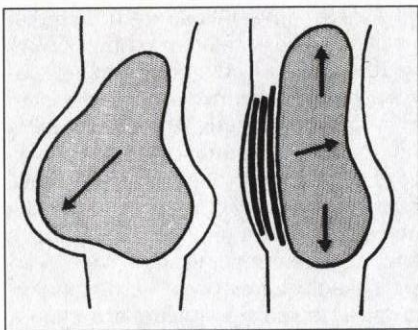


Рис. 9.10. Наклон таза усиливает изгиб поясничного отдела позвоночника, что бывает, например, при сутулости. Посадка всадника ведет к уменьшению лордоза, т.е. улучшает осанку.

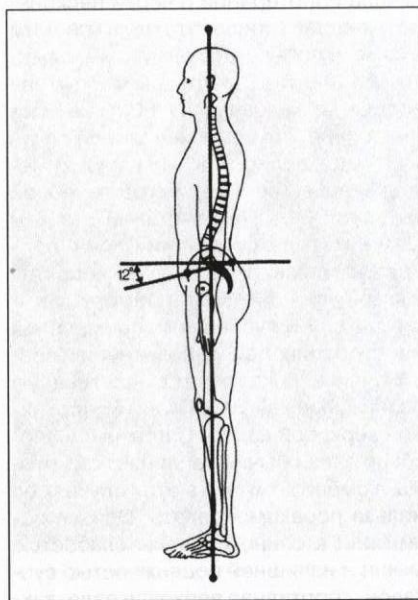


Рис. 9.11. Слабость брюшных мышц ведет к выпячиванию живота и влечет за собой нарушение осанки, тренировка мышц живота способствует возвращению позвоночника в вертикальное положение.

чивым к плавным движениям лошади. Упражнения, сопровождающиеся напряжением мышц, нейтрализуют воздействие движений лошади, т.е. снижают их эффективность. Упражнения с активным сокращением мышц могут применяться только на поздних стадиях иппотерапии, на той стадии, когда пациенту следует тренировать свои мышцы. После этого пациент переходит к занятиям активной иппотерапией.

По вопросу о показаниях к применению лечебной верховой езды при сколиозе (патологическое искривление позвоночника) мнения расходятся. С помощью иппотерапии, пассивной формы лечения, можно добиться ослабления коротких мышц спины, которые часто перенапряжены вследствие асимметрии, что вызывает боль. Активная лечебная верховая езда способствует укреплению мышц, т.е., созданию «мышечного корсета» (рис. 9.9).

Принято считать, что пациентов с незначительными изменениями позвоночника, которым не противопоказано заниматься физкультурой, можно лечить и с помощью лечебной верховой езды.

В случае нарушений, вызванных избыточной подвижностью позвоночника, особенно при неправильной осанке, рекомендуется применение активной формы лечебной верховой езды, при которой пациент учится пользоваться средствами управления лошадью. Пациентов, которым могла бы помочь лечебная верховая езда, очень много; недавно проведенные исследования показали, что почти у половины детей школьного возраста и молодых людей наблюдаются различные нарушения осанки. Это связано с нашим образом жизни, и с таким явлением следует бороться всеми доступными методами, в том числе с помощью лечебной и спортивной верховой езды.

Когда человек стоит вертикально, его мышцы противодействуют силе тяжести. Слова «стоять», «положе-

ние», «поза» используются для описания как внешнего вида, так и характера человека, они наполнены и физическим, и психологическим смыслом. Исследуя в группе детей способность работать и концентрировать внимание, а также эмоциональные реакции, ученые доказали, что дети с неправильной осанкой менее работоспособны и в большей мере эмоционально неустойчивы, чем дети с правильной осанкой. Эти исследования свидетельствуют о том, что необходимо работать над улучшением осанки с помощью лечебной верховой езды.

Положение тела в любой момент отражает непрерывную борьбу двух сил: силы притяжения и силы мышц. Вот почему оценить осанку и положение тела бывает непросто; ортопед никогда не должен вносить своего заключения, если, например, осмотрел ребенка только в положении стоя, не предложив ему принять другие позы.

У некоторых людей осанка изменится под действием внешних обстоятельств, и тогда положение тела выражает нормальную адаптацию к обстоятельствам. Так, усиление изгиба грудного отдела позвоночника у отдыхающего человека – это нормальное явление, в котором нет никаких признаков патологии. Напротив, чтобы компенсировать наклон туловища назад, растянутые мышцы становятся вялыми. Тем не менее, когда «поза отдыха» становится привычной, возникает патология; функциональные нарушения осанки ведут к привычным нарушениям осанки, и в конце концов неправильное положение закрепляется. Понимая, что люди не способны сохранять многие позиции дольше, чем на несколько минут, доктор Шеде (Schede) предложил отличать прямую осанку и осанку отдыха от множества промежуточных положений, которые человек принимает на короткое время.

Для улучшения осанки следует активизировать тело, в частности надо построить крепкий «мышечный кар-

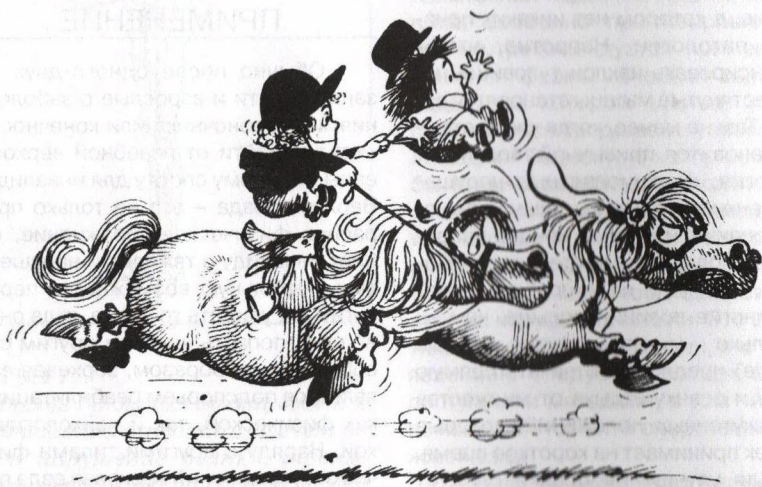
кас». Одних только силовых упражнений, укрепляющих мышцы спины, для этого недостаточно. Мышцы живота также играют важную роль, поскольку воздействуют на брюшную полость, а положение таза имеет ключевое значение (рис. 9.10, 9.11). С этой точки зрения и лечебная, и спортивная верховая езда являются очень ценным средством. Для верховой езды требуется слаженная гармоничная работа всех мышц, а применяя терапевтические упражнения на лошади, мы можем точно дозировать нагрузку с учетом выносливости инвалида или больного человека. Следует использовать те уникальные лечебные возможности, которые нам предоставляет лошадь, в частности уменьшение действия силы тяжести на тело всадника и необходимость постоянно поддерживать равновесие, изменяя положение тела в ритме движений спины лошади.

9.4. ЛЕЧЕБНАЯ И СПОРТИВНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА: ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Обычно после одного-двух лет занятий дети и взрослые с заболеваниями позвоночника или конечностей могут перейти от лечебной верховой езды к конному спорту для инвалидов. Верховая езда – это не только прекрасное физическое упражнение, она дает инвалиду с тяжелыми нарушениями уникальную возможность передвигаться, увидеть те места, куда он бы не смог попасть никаким другим способом. Таким образом, верховая езда является подспорьем реабилитации, – как физической, так и психологической. Наряду с другими типами физических упражнений верховая езда позволяет нам бороться с вредными факторами современной цивилизации,

создающей условия излишнего комфорта. Увеличение продолжительности жизни может дать человеку дополнительные возможности, но может и просто удлинить печальный и пассивный период старения, что отчасти зависит от того, насколько пожилой человек сохраняет активность. Никто не может защититься от вредных факторов нашей цивилизации, которые воздействуют на нас от рождения до глубокой старости, но регулярные занятия физическими упражнениями помогают дольше жить наполненной и творческой жизнью; они поддерживают работоспособность нашего тела, особенно опорных структур и суставов конечностей. Поэтому достоин сожаления тот факт, что большинство людей, которые активно занимаются спортом в молодости, в среднем или пожилом возрасте отказываются от этой возможности, хотя именно в этом возрасте упражнения особенно важны. Тем более что верховой ездой в отличие от многих других видов спорта можно заниматься и в самом преклонном возрасте.

Как в спорте, так и в сфере профилактики и терапии ортопедических нарушений огромную роль играет мотивация. Это фактор следует учитывать при терапии ортопедических больных: ни одна форма терапии не создает столь сильной мотивации, как лечебная верховая езда. При работе с такими пациентами эффективность нашей терапии в огромной степени зависит от их желания сотрудничать с нами, а они лечатся годами. Хронически больной часто устает от бесконечных терапевтических процедур; он чувствует, что его «залечили», и потому отказывается от традиционных терапевтических упражнений, ставя своего врача в трудное положение. Когда же пациент садится на лошадь, достичь сотрудничества с ним гораздо легче, в этом случае ему хочется регулярно выполнять упражнения. С точки зрения мотивации нельзя поставить ни одну другую форму терапии рядом с лечебной верховой ездой: в этом уникальная ценность терапевтического использования лошади, это оправдывает ее применение.



10 РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ В ОБЩЕНИИ С ЛОШАДЬЮ И В ПРОЦЕССЕ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ СО ЗРЕНИЕМ

Дидактико-методические аспекты введения слепых и плохо видящих пациентов в мир конного спорта

М. Хергет, Г. Хервиг (M. Herget, H. Herwig)

Нарушение зрения у всадника предъявляет особые требования к тренеру, который должен дифференцированно разобраться в отношении фундаментально измененных возможностей восприятия своего ученика задолго до начала занятий. В этой статье в профессиональной и квалифицированной форме представлен широкий спектр дидактико-методических особенностей и возможностей развития двигательных навыков благодаря общению с лошадью и в процессе верховой езды в теории и на практике. Вследствие неполноценности именно у слепых детей опыт в области движения крайне ограничен, любое движение сопряжено с чувством страха, но при помощи лошади можно внести новые «измерения» опыта, развивающих не только телесность и подвижность, но и общую мотивацию к обучению. Слепые люди испытывают потенциальный страх перед окружающей средой; лошадь является для слепого человека источником опасности, поэтому вся ситуация должна находиться под постоянным контролем тренера, он должен смотреть вперед за своих подопечных и в буквальном смысле слова стать их глазами.

10.1. ВВЕДЕНИЕ

С 1997 г. школа им. Карла Штреля (Немецкая гимназия для слепых) в Магдебурге в союзе с официально за-

регистрированном Объединением лечебной верховой езды предлагает своим ученикам¹ возможность познакомиться с конным спортом на практике. С этих пор многие учителя, педагоги,

¹ Для упрощения чтения этой статьи мы будем обсуждать участие учеников, помощников и учителей, но, само собой разумеется, что в проекте также участвовали ученицы, помощницы и тренерский персонал женского пола.

студенты и тренеры занимаются вопросами и проблемами обучения верховой езды слепых и плохо видящих детей и подростков. Основными движущими силами этого проекта стали спортивный тренер Ф. Нич (F. Nitsch), преподающий в школе им. Карла Штреля, и Е. Фройденштайн (E. Freudenstein) из Объединения лечебной верховой езды; большая поддержка была оказана также со стороны Комитета по развитию спорта для слепых (также официально зарегистрированная организация). Эта объемная работа и полученный после ее проведения опыт стали отправным пунктом кристаллизации для предложенной здесь Вашему вниманию концепции.

Существует немало причин, по которым именно лошадь может оказаться полезной и сыграть особую роль в развитии двигательных навыков у детей и взрослых людей, имеющих проблемы со зрением. Мы коротко представим лишь самые существенные из них. Наряду с описанием этих причин мы также уделим внимание значению конного спорта для слепых и плохо видящих детей и подростков непосредственно. Педагогическое воздействие конноспортивных тренировок совершенно определенно зависит от того, какие впечатления сам плохо видящий человек получил в процессе этого обучения и что оно ему дало. Этот, в первую очередь дидактический, аспект получает большое значение при работе над вопросом о том как, можно обучить плохо видящего человека в рамках конного спорта, т.е. при методическом аспекте, который мы хотим рассмотреть более подробно. Для самого обучающегося ценность представляют не предварительные размышления педагога в области дидактики, для него «она важна в действии, т.е. на практике».

10.2. ДИДАКТИЧЕСКИЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О РАЗВИТИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, БЛАГОДАРЯ ОБЩЕНИЮ С ЛОШАДЬЮ И В ПРОЦЕССЕ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ

«Если ограничиться только одними размышлениями на тему, как все могло бы быть, то вряд ли можно по-настоящему познать самого себя. Вместо этого нужно набраться мужества и «войти» в ситуацию, требующую активных действий. Тогда можно узнать самую сущность и в большинстве случаев нечто совсем неожиданное о самом себе. Впоследствии все это можно обдумать, чтобы использовать полученные знания в будущем»¹.

Как правило, дидактические рассуждения о спорте и занятии, где нужно активно двигаться, для слепых и плохо видящих детей и подростков пытаются сделать какие-либо выводы из высоких целей воспитания, которые должны послужить основанием для конкретного содержания урока и хода занятия. Развитие двигательных навыков в процессе занятия верховой ездой и общения с лошадью в школе им. Карла Штреля тесно переплетаются с дифференцированными и взаимосвязанными спортивными принципами работы этой школы, которые в общем не направлены на реабилитацию или устранение дефицитов движения в первую очередь. «Целостная,

направленная на развитие концепция тела, движения, игры и спорта может (...) лучше выявить специфические предпосылки развития и потребности учеников с нарушенным зрением. Потребность многих учеников в развитии именно в отношении элементарных стереотипов восприятия, движения и ориентирования очевидна. Без тренировки органов чувств и восприятия, без доминанты реабилитационных целей в общем эти стереотипы развиваются на спортивных занятиях и в игровых ситуациях, а также при изучении видов спорта, поскольку это понимается как разрешение задачи на движение, а не как механическое копирование техники движения». Какие же доводы говорят в пользу включения лошади в такие занятия спортом?

10.2.1. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ СВЯЗИ

В рамках этой работы невозможно привести обоснование причины, по которой лошадь в особенности подходит для развития двигательных навыков детей и подростков, имеющих проблемы со зрением, главным образом потому, что в профессиональных кругах это утверждение не вызывает никаких разногласий и споров. Вот краткий перечень важнейших аспектов, свидетельствующий, что двигательное воспитание при помощи лошади:

- способствует накоплению многообразного двигательного опыта и стимулирует моторное развитие;
- способствует хорошо дозированной индивидуальной физической нагрузке в относительно четких рамках ориентации;
- открывает новые пути и возможности для организации свободного времени и социальной интеграции.

Общая спортивная педагогика доказывает важную связь аргументов в отношении тренировки равновесия путем развития двигательных навыков на лошади: Х.-К. Мараун в своей базовой статье для тематической тетради «Равновесие и его сохранение» журнала «Спортивная педагогика» подчеркивает, «что умение удерживать равновесие является основной проблемой каждого двигательного умения. Почти каждое физическое упражнение требует участия органов чувств, отвечающих за равновесие, и почти каждая спортивная деятельность требует прежде всего сохранения равновесия нашего тела» [Maraun H.-K. Sportpädagogik, Seelze: Friedrich 1984; 5: 10-21]. Ввиду чрезвычайного значения равновесия тела в процессе всех спортивных действий и движений П. Толи считает, что на спортивной практике в общей тренировке сохранения равновесия нужно необходимо уделять как можно больше внимания, чем это имеет место на сегодняшний день [Tholey P. Sportpädagogik, Seelze 1984; 5: 13-15]. При этом ситуации, снаряды и задачи должны варьироваться так, чтобы ученик смог накопить как можно больше разнообразных знаний и опыта. Ф. Шерер причисляет тренировку равновесия к элементарному двигательному воспитанию слепых [Sherer F. Elementare Bewegungserziehung für Blinde. In: Sherer F. Sport mit blinden und sehbehinderten Kindern und Jugendlichen. Schorndorf: Hoffman 1983; 98-110]. С.К. Гипсман в способности сохранять равновесие видит даже способ развития общей схемы тела слепых детей [Gipsmann S.C. Factors affecting performance and learning of blind and sighted children on a balance task. Dissertation. Ann Arbor 1979]. На основе собственных исследований мы можем показать, что для учеников с нарушенным зрением регулирование равновесия представляет собой сложную задачу, которую они должны решить в

¹ М. Вагершайн [Wagenschein M. Zum Begriff des exemplarischen Lernens. Weinheim: Beltz 1966] понимает это в общем смысле, но если речь идет о движении, то для слепых детей или людей с нарушенным зрением это философское высказывание имеет особое значение: если ученик с нарушенным зрением при помощи своих активных действий не будет общаться с окружающим миром, то он ничего не узнает не только о самом мире движения, но и о себе самом.

процессе занятий комплексными видами спорта, требующих умения преодолеть страх, таких как лыжи, плавание на каяках или виндсерфинг. Само собой разумеется, что умение сохранять равновесие необходимо также и для изучения вольтижировочных упражнений или для верховой езды.

10.2.2. ВАЖНЫЕ СВЯЗИ

Было бы наивно думать, что люди всегда действуют исходя из хороших, рациональных причин – и точно так же, они редко создают педагогическую мотивацию из «педагогических основ». «Важной перспективой анализа (дидактического – *Примеч. авт.*) является анализ понимания и значения спортивной деятельности, где понимание трактуется как активный процесс восприятия ощущений и толкования их значений. В этом активном моменте толкование «перешагивает» поиск ценностей/значимостей, типичных для теории образования, которые ложно считают присущими самой работе» [Scherer H.-G. Schilaulen mit blinden Schulern. Konstruktion und Evaluation eines Lernangebots. (Beitrag zur Sportwissenschaft; Bd. 15). Frankfurt am Mein. Thun: Harri Deutsch Verlag 1990]. В то же время непосредственно развитие двигательных навыков лю-

дей с нарушенным зрением рассматривается как педагогическая задача, которая определяется самой работой. Целесообразные и логичные структуры точно определяют методическое построение, а этапы конкретного процесса воспитания распределяются извне, т.е. специалистами по их категориям¹. Так возникли обучающие программы для учителей и учеников, рассчитанные на определенные возрастные группы и принципы работы, которые как бы живут собственной жизнью². Каждому практику, который конкретно занимается развитием двигательных навыков людей с нарушенным зрением, совершенно ясно, что сами по себе программы или методические комплексы упражнений не составляют его учебную компетенцию. Решающее значение имеют частые ситуативные отношения между субъектом и объектом, а также социальные отношения и обстоятельство, возникающие в группе, включая индивидуальное влияние учителя физкультуры или тренера по верховой езде³. В эти отношения также всегда вкладывается значение, которое действие и учеба имеют для субъектов именно здесь и сейчас. Возможно, что для слепого ученика понятие «умение ездить верхом» означает нечто совсем иное, чем улучшение его общей координации

1. Особенная прелесть книги Х. Штерна [Stern H. So verdient man sich die Sporen. Reiten lernen, wie es selten im Buche steht. Stuttgart: Frnckh'sche Verlags buchhandlung 1974] определенно заключается именно в том, что он описывает последовательное обучение верховой езде под субъективным углом взгляда самого обучающегося.
2. Сравните, например, обширную литературу из области «Методических комплексов упражнений», учение о движении К. Майнела [Mainell K. Bewegungslehre. Berlin 1977], сенсомоторику Д. Унгерера [Ungerer D. Zur Theorie des sensomotorischen Lernens. Schorndorf: Hofmann 1971] и критические анализы, проведенные Г. Каминским [Kaminski G. Sportwissenschaft, Schorndorf 1972; 1: 51-63], К.-Х. Ляйстом [Leist K.-H. Lernfeld Sport. Perspektiven der Bewegungskultur. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag 1993]; специальное сравнение с работами А. Фишера [Fischer A. Liebeserziehung mit Blinden. Hannover 1977], М. Фростига [Frosting M. Bewegen - Waschen - Lernen, Bewegungserziehung. Deutsch von Reinartz A., Reinartz E. (o.J.)] или с работами о мобильном тренинге, например с Р.Л. Вельш, Б. Блаш [Welsh R.L., Blasch B. Foundations of orientation and mobility. New York 1980].
3. Основываясь на критических записях об эксперименте проведения уроков верховой езды для детей и подростков в конноспортивных союзах, И. фон Нойманн-Косел-Нэбе [Neumann-Cosel-Nebe I.v. Die Attraktion des Reitsports bei Kindern und Jugendlichen aus padagogischer und psychokogischer Sicht. In: Deutsche reiterliche Vereinigung (FN) . Reitsport 2000. Warendorf 1987; 112-116] приводит аргументы в пользу этого направления.

тела или осанки. В журнале «Как слепые могут помочь себе сами» как по содержанию, так и по форме очень подробно сообщается о подобных «значениях», которые конный спорт может иметь для слепых и плохо видящих детей [Stern E. Im Galopp uber ein Stoppfeld. Reiten – Schulsport fur blinde und sehbehinderte Schuler und Schuler in Hamburg. In: Die Blindenselbsthilfe 1980]. Что касается других авторов, то у них ключевой вопрос, почему инвалиды должны ездить верхом, также заключается в субъективном переживании в области движения¹.

К. Клувер в этой связи особенно подчеркивает аспект самопознания учащимися, он также дает несколько иное определение роли тренера верховой езды: «Педагогическое искусство воспитателя, руководящего выполнением упражнений состоит в умении использовать эти возможности. Это смещает его в глазах ученика с позиции руководителя, так что он вместе с лошадью и другими членами группы воспринимается в качестве посредника в процессе самопознания вместо некой официальной инстанции» [Kluwer C. Therapeutischen Reiten in Medizin – Padagogik – Sport, Warendorf 1988; 3: 4-14].

В качестве исходного пункта дидактических размышлений представленной здесь концепции на тему «Общее развитие двигательных навыков при помощи лошади и верховой езды для людей с нарушенным

зрением» мы ориентируемся, с одной стороны, на «вплетение» тренировки движения в объективно значимые виды деятельности, а с другой стороны, на главную идею способности субъекта действовать в спорте или в спортивных ситуациях, которые необходимо преодолеть. Это субъективное отношение включает в себя цель – развить как можно большее умение управлять собой. Обучение в процессе общения с лошадью или при езде верхом для ученика, имеющего проблемы со зрением, означает, возможность самостоятельно обучиться специфичным двигательным действиям, которые может предложить лошадь. При этом вопрос об ощущениях можно оставить открытым, потому что ученики с нарушенным зрением могут сами направлять возможные значения на основе соответствующего опыта (например преодоление страха², удовольствие от кинестетичной сенсации, переживание скорости, овладение и использование каких-либо сил извне, знание и умение оценивать лошадь как партнера в спорте, членство в Союзе верховой езды и многое другое). Спортивная тренировка понимается скорее как центр демонстрации и объяснения значений в понимании Х. Эни¹, где «познание через опыт» всегда дополняется дистанцирующим «познанием через самоанализ²».

1. Дж.П. Янссен [Janssen J.P. Die Attraktion des Reitsports bei Jugendlichen aus padagogischer und psychokogischer Sicht. In: Deutsche reiterliche Vereinigung (FN) . Reitsport 2000. Warendorf 1987; 103-111], Х. Кёпфер [Korfer H. Reiten als integrativer Leistungssport fur Behinderte. In: Therapeutisches Reiten. Dillenburg 1982; 582-586], У. Штальберг [Schtahlberg U. Mit einem PS Durch die Natur. Reitsport. In: Genzler U. (Red.). Comeback. Sport fur Behinderte. Munchen: Mosaik-Verlag 1988; 76-80], Х. Фогель [Vogel H. Reitlehrgänge und Reitenferien - einWeg zur Integration. In: Therapeutisches Reiten. Dillenburg 1982; 575-579].
2. П. Толи [Tholey P. Sportpadagogik, Seelze 1984; 5: 13-15] видит очень важный аспект в отношении преодоления страха по мере накопления двигательного опыта: «В ходе тренировки равновесия все преувеличенные страхи ученика быстро исчезают. Одним из важнейших условий для этого является необходимость объяснить обучающемуся, как он должен действовать в случае потери равновесия (например, как он может спрыгнуть со снаряда на пол или как он должен сгруппироваться при падении)».

10.2.3. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ КОНКРЕЦИИ

В совокупности с изложенной постановкой цели наша концепция как вид базовой концепции, которая не содержит в себе никакого определенного направления помыслов (например, упор только на вольтижировку или выездку как виды спорта), но все-таки является фундаментом, на котором могут быть конструктивно изучены различные возможности, предлагаемые конным спортом. При этом важно, чтобы передаваемые ученикам базовые знания были пригодны и полезны для более поздних учебных этапов и ни в коем случае не содержали бы неправильных представлений или затрудняющих двигательных стереотипов. Дальнейшие содержательные конкретии будут исследованы ниже при представлении методического построения.

10.3. ОСНОВНАЯ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ПОЗИЦИЯ ДЛЯ РАБОТЫ

10.3.1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ МЕТОДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Под понятием «двигательное действие» мы подразумеваем целенаправленное, желаемое, запланированное и сопровождаемое осознанными исследованиями, а также эмоциями социально управляемое и контролируемое поведение действующего лица. От этого понятия следует

отличать понятие деятельности, частичные действия или операции, единичные движения и отдельные мышечные реакции. Теория работы представляет собой иерархическую структуру, она принимает во внимание изменяющиеся зависимости и условия действия (работы), прежде всего те, которые недоступны прямому наблюдению извне – при выполнении действия. Далее, структура понятия представляет не объективную, независимую от конкретных отношений между субъектом и объектом систему, структура понятия сама подвержена динамике. Это особенно важно при наблюдении учебных действий, при которых вследствие учебного процесса продолжительные действия стали операциями, а операции в свою очередь далее по цепочке – неосознаваемыми мышечными реакциями, в то время как действия и сама деятельность могут принимать все более сложный характер.

Мы хотели бы прояснить как структурные, так и динамические компоненты структуры понятия на двух примерах:

Пример 1. Деятельность «вольтижировка» для слепого ученика определяется весьма разными целями (например, ни в коем случае не упасть с лошади, никогда не стоять на ее спине, как можно быстрее покончить с предварительными упражнениями и перейти к «настоящей» езде верхом). В соответствии с далеко идущими целями, которые учащийся предписывает деятельности «вольтижировка», являются определенные влияния на его действия. Возможно, в первую

очередь, он стремится с позиции начинающего к цели «забраться на лошадь без посторонней помощи». Частичную цель (забраться на лошадь) он реализует путем отталкивания от земли только одной ногой, что, возможно, не передает ему вверх достаточного импульса, так что он вынужден «втаскивать» себя на лошадь, подтягиваясь на руках. Эту частичную цель он мог бы преследовать посредством других операций, которые при наблюдении со стороны, возможно, будут казаться ошибочными. Необходимым условием будет то, чтобы в распоряжении ученика находились адекватные операции в его двигательном репертуаре. Если это не так, то он, вероятно, изменит свою цель действий, и, например, попросит учителя объяснить, как лучше всего можно сесть в седло. Тем самым впоследствии целенаправленный, планируемый и осознанный толчок обеими ногами с использованием подачи импульса приведет к желаемому результату.

Пример 2. Другая исходная ситуация в основе изменяет содержание понятий. На высоком уровне умение вольтижировать может подчиняться измененным целям (например, цель может быть такой: сидя на лошади, стараться выглядеть как можно элегантней). Теперь, вероятно, действием является последовательное выполнение различных фигур, а операциями – необходимая смена позиций на спине лошади. Однако это действие возможно лишь в том случае, если, с одной стороны, названные операции с подчиненными им движениями и мышечными реакциями вообще имеются в наличии, и, с

другой стороны, был решен целый ряд следующих, связанных с этим действием дополнительных задач: например, задача сохранить динамическое равновесие (что в первом примере было только целью действия), также и в разных позициях на лошади на ее разных аллюрах, и, возможно, задача акустической ориентации в манеже на основе анализа шумов.

Далее, принимая во внимание то, что конкретное преодоление слепыми и плохо видящими людьми ситуации на движение нельзя рассматривать абстрагировано от соответствующих условий и границ возможностей этих людей, а прежде всего, от их «вплетения» в общественное окружение, станет ясным следующий организационный момент развития двигательных навыков при помощи лошади и в процессе урока верховой езды: антропологично-психологическое и социокультурное закрепление¹.

Для развития двигательных навыков в общении с лошадью и в процессе верховой езды ни в коем случае нельзя абстрагировать методические размышления от логико-имманентных структур и принципов учения о движении и биомеханики². Все это не менее важно, чем антропологические, учебные и социально-психологические аспекты.

Учет вопроса обмена при теоретическом анализе, а также практическая проверка учебных теорий и вытекающих из них учебных стратегий известным образом позитивно повлияли на гипотезы дидактико-методических учебных решений [Cratty B.J. Motorisches Lernen und Bewegungsverhalten. Bad Homburg v.d. Höhe: Limpert 1979; Leist K.-H. Transfer

1 Перспективная перемена дидактического основания на базу предварительно установленных целей вплоть до выполнения возможных движений, которые конный спорт может предложить слепым всадникам, исключительным образом становится очевидной, если применить анализ Х. Эни, касающийся ситуативного вида спорта – катания на лыжах – к конному спорту [Ehni H. Sport und Schulsport. Schorndorf: Hofmann 1977].

2 С одной стороны, это включает диспут с учениками о возможных толкованиях их ощущений, а с другой также дискуссию о возможностях и границах тренировки в этом виде спорта, включая условия нарушенного зрительного аппарата.

1 Этому аспекту К. Клувер [Kluwer C. Therapeutisches Reiten in Medizin - Pädagogik - Sport, Warendorf 1988; 3: 4-14] придает особое значение, в котором он еще больше подчеркивает, что поведение лошади является «частью группы». Ср. далее критические размышления И. фон Нойманн-Косэл-Нэбе (1987).

2 Сравни, например, Х. Шудциарра, Ф. Шудциарра [Schusdziarra H., Schusdziarra V. Gymnasium des Reiters. Berlin und Hamburg: Parey 1978].

im Sport. Schorndorf: Hofmann 1978]. Так, наука о спорте в поиске ответа на вопрос об «относительной информации» для учащихся вступила на следующий этап своего развития, которое путем разработки проблемы классических обучающих обменных теорий привело к появлению теории двигательного действия [Leist K.-H. Transfer im Sport. Schorndorf: Hofmann 1978]. Теоретический аспект процесса действий обучающего и обучаемого в состоянии интегрировать присоединение учебных теорий, антропологично-психологических подходов, целесообразного структурирования (в более узком смысле спортивной науки) вплоть до знания психологии (например, как функционирует центральная нервная система) в теоретический фундамент занятий, в результате чего будут выявлены основные важные методические организации занятия на движение [H. Herwig Handlungstheoretische Aspekte der Bewegungserziehung bei Blinden., 1983].

Одной из самых существенных установок с точки зрения теории действий для занятия на движение для слепых и плохо видящих людей является следующая: «для конструкции учебных предложений нужно считаться с внутренним ознакомлением с движением; учебные предложения должны дать учащимся возможность структурировать коренные двигательные процессы и поддержать их в решении существующих проблем [Leist K.-H. Transfer im Sport. Schorndorf: Hofmann 1978].

В процессе занятия на движение с детьми и подростками с нарушенным зрением очень важно «идти» вокруг какого-либо внутреннего представления выученного материала, так как они могут составить себе лишь весьма ограниченное представление и картины двигательных процессов, либо не могут сделать это вообще. Поэтому общее спортивно-научное развитие идет навстречу требовани-

ям педагогики в отношении людей с нарушенным зрением – ориентированное на действия развитие двигательных навыков перемещает ученика из роли объекта в роль субъекта. Наряду с этим, действуя по принципу «плясать от ученика», по другому рассматривает роль учителя и общую учебную ситуацию [Wiegersma P.H. Psychomotorik, Körperschema und Körperleben. In: Eggert D., Kiphard E.J. Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Schorndorf: Hofmann 1976: 98-120]. Тем самым достигаются и другие важные условия для общих постановок цели, прежде всего для развития идентичности учеников [там же], их самостоятельности и личной ответственности за компетентность действий [там же; Kunath P., Pohlmann R. Handlungs- und personlichkeitstheoretische Grundlagen zur Erforschung und Abbildung des motorischen Lernprozesses. In: Rieder H., Bos K., Mechling H., Reischle K. Motorik- und Bewegungsforschung. Ein Beitrag zum Lernen im Sport. Schorndorf: Hofmann 1983; 143-164].

Социальная или коммуникативная способность человека с нарушенным зрением благодаря конному спорту предполагает наличие регулятивной способности действовать относительно моторных задач, с которыми он должен справиться. Эта регулятивная способность действовать также предлагает слепым детям большой потенциал возможностей идентификации, чье участие в спортивных занятиях верховой ездой на протяжении долгого времени находилось под вопросом.

10.3.2. АСПЕКТЫ МОТИВАЦИОННОЙ ДИНАМИКИ И РЕГУЛИРОВАНИЯ ОЖИДАНИЙ

Общая мотивация или страх опережают конкретные действия и опе-

рации, точно так же, как и наоборот, конкретные двигательные знания и опыт могут воздействовать на общую мотивацию или страх. В качестве примера можно взять позитивное влияние успеха выполненной задачи и радости действия, в то время как фрустрация негативно влияет на исходную мотивацию. В этой связи в теории действий говорят о мотивационной динамике. Одним из существенных аспектов исходной мотивации (с одной стороны, с которой ученик, так сказать, стартует в учебную ситуацию, и конкретной регуляции действий, с другой) является аспект ожидания. Некоторые авторы опережают концепцию «мотивирующего ожидания» как основу рамочной теории двигательных действий [Adden W., Leist K.-H., Petersen U. Zeitschrift für Sportpädagogik, Ahrensburg 1978; 1: 16-31]. После этого основания совершение движения как действие характеризуют:

- целенаправленность и регулирование ожиданий;
- обратный контроль (или обратная информация) выполнения движений и конечного эффекта;
- контроль и интерпретация.

Все это протекает в трех перекрывающихся друг друга фазах: антиципация (предугадывание событий или преждевременное совершение), реализация и интерпретация». Кроме того, Д.Р. Нич установил, что субъективные анализы состояния (в фазе антиципации) и субъективные процессы оценки (в фазе интерпретации) «характеризуются как калькуляция запросов и требований [Nitsch J.R. Sportwissenschaft 1975; 1: 39-55]. В калькуляции требований в основном принимается во внимание взаимосвязь индивидуальных способностей и ситуативных требований действовать каким-либо образом, в калькуляции запросов — взаимосвязь индивидуальных потребностей и ситуативных предложений их удовлетворения. (...) Общее значение ситуации, ее

субъективную актуальность нужно рассматривать, принимая во внимание оба эти оценивающих процесса и с учетом двойного аспекта запроса и требования».

Требования, поставленные учителем или возникающие в результате ситуативной композиции (например, сидя на рыси вытянуть обе руки в стороны), будут постоянно интерпретироваться самими учениками. Через эти интерпретации своих учеников учитель для себя должен научиться обратному контролю и учитывать их в процессе занятия. В большинстве случаев он не может игнорировать интерпретации своих учеников, так как они влияют на мотивацию занимающихся как до, так и в процессе действий. Здесь необходимо принести во внимание то, что требования передаются и воспринимаются постоянно, поэтому они могут выглядеть по-разному со стороны учителя или ученика в отдельности, прежде всего в случае занятий со слепыми детьми. То же самое касается и характера требований ситуаций и заданий на движение; здесь перед учителем (и в первую очередь перед поводырем слепого) ставится особая задача. Ведь слепые не могут предугадать логичные структуры задания как легкие-тяжелые, простые-сложные, выполнимые- невыполнимые и содержащиеся в определенных двигательных действиях значимости переживаний в незнакомых им областях движения. Информацию о таких вещах слепые люди могут получить только действуя самостоятельно, и только в процессе самих действий для них открывается характер требований и запросов. Если учитель уверен в том, что поставленные перед учеником неизвестные ему задачи будут иметь позитивные эмоционально-мотивирующие последствия, то не нужно медлить, нужно мягко «надавить» на исходную мотивацию. Чем сильнее доверительные отношения между учителем и учени-

ком, и чем больше эмоциональная защищенность последнего, тем в большей степени это возможно. Это означает, что даже при очень неразвитом умении ориентироваться, при слабой мотивации и при едва достаточных для какой-либо области знаний или способности представлять можно инициировать попытки реализовать задание на практике, которые потом в течение всего процесса ответно повлияют на эмоционально-мотивационную область и на знания и опыт ученика. Следующий пример прояснит положение вещей.

Когда ученик должен впервые ехать на лошади галопом, в его представлении играют роль следующие аспекты: галоп – это еще более быстрый аллюр, чем рысь, а сидеть на рыси достаточно тяжело. Отсюда у него могут возникнуть неверные ожидания в отношении требований, которые предъявляет к всаднику этот аллюр, и может возникнуть чувство страха. Если учитель хочет побудить ученика решиться на попытку при таком состоянии мотивации, то:

- он должен позаботиться о максимальной безопасности, т.е. с одной стороны, при помощи вольтижировочной подпруги дать ученику возможность крепко держаться и, с другой стороны, обеспечить перманентно осязаемый контакт с бегущим рядом помощником;
- доверие ученика должно быть построено на основании того, что до сих пор учитель ставил перед ним только выполнимые задания и не предъявлял к нему чрезмерных требований.

Результат подобных попыток лучше всего описывают сами всадники словами «Вот никогда бы не подумал, что ездить галопом легче, чем рысью!» или «Как мне это понравилось!».

Этот пример ведет от исходной мотивации и мотивации, сопровождающей процесс, к аспекту разделения.

10.3.3. ВОСПРИЯТИЕ И МОТИВАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Положение «существования в мире» помогает слепому ребенку завоевать окружающий его мир движения [Boldt W. *Blinde und hochgradig sehbehinderte Kinder in der Physio-technischen Welt*. Ratingen 1966]. Этот аспект необходимо учитывать при развитии двигательных навыков в общении с лошадью и в процессе занятия верховой ездой и передавать ученику качественные переживания, которых можно добиться, работая с лошадью как с партнером в спорте. Так как слепые люди часто не могут составить подходящих представлений о том, какие возможности для них может предложить мир движения конного спорта, они должны сами получить эти представления путем каких-либо действий. Тогда урок верховой езды рассматривается не как простое занятие, а скорее как время совершения каких-то открытий. Поэтому самотивизирующим учебным и обучающим процессам нужно отдать предпочтение перед тренирующими учебными программами, цель которых в большинстве случаев заключается лишь в том, чтобы приспособить ученика к каким-то техническим нормам и предписаниям. Х. Сурвайер подчеркивает, что учеба слепых детей должна тесно переплетаться с работой и игрой, он особо подчеркивает значение подвижных игр [Suhrweier H. *Die Sonderschule* 1982; 1: 21-27]. М. Штрайхер даже связывает вопрос о смысле развития двигательных навыков с мыслью действия как чего-то единого целого и, наоборот, разграничивает частичные движения и школьные формы: «Итак, все частичные движения, которые вызываются активными действиями, должны определяться как абстрактные движения, независимо от того, как далеко зашло разделение на составные части

[Streicher M. *Grundriss einer Bewegungslehre*. In: Reider H. *Bewegungslehre des Sports*. Sammlung grundlegender Beitrage I. Schorndorf: Hofmann 1975]. Другое, более подходящее для практики профессиональное выражение – «школьные формы». Они не являются какими-либо ограниченными формами движения, которые содержательны сами по себе и, следовательно, понятны. С языковой точки зрения их можно воспроизвести только с помощью описаний, которые никогда не будут однозначными и полностью понятными. Если кто-нибудь должен пролезть через какое-либо отверстие или поднять что-нибудь с пола, то все отдельные моменты действия – сгибание и вращения тела, движения рук и ног, а также их слияние в одно целое движение «проскользнуть» – все это существенно зависит от величины отверстия. Однако когда перед учеником ставится задача выполнить упражнение на сгибание туловища, то ему необходимо задать исходную позицию и положение, в котором следует держать руки. Кроме того, ему следует сказать, в какой плоскости он должен выполнить это сгибание и насколько глубоким оно должно быть. Школьные формы понятны только при наглядном представлении, в работе со слепыми учениками они бессмысленны».

В ситуациях, в центре которых находятся ученик и тренировка движения в смысле вызываемого из единого целого школьными формами, прежде всего необходимо считаться с более низкой первичной мотивацией, сопровождающей этот процесс, когда ученик не может упорядочить части упражнения в рамочное представление целостности и вывести их из этого. Однако здесь возникает не только проблема мотивации, но и в области обмена информацией в учебном процессе: если именно слепому ученику на предварительном упражнении не совсем ясно «о чем идет речь», то он

вряд ли сможет выполнить его, или же при попытке выполнить выучит какие-то побочные или неправильные аспекты движения. Это особенно важно в том случае, когда учитель упрощает двигательную задачу, существенно занижая свои требования – возможно, с благим намерением, чтобы упростить дальнейшие задачи. Если, например, при упражнении и тренировке прямой посадки освободить ученика от существенной части требований, а именно, освободить его от задачи сохранять динамическое равновесие на различных аллюрах лошади (например, заменить это большим количеством тренировок на деревянном макете лошади), то ученик может так и не ознакомиться с важнейшими аспектами этого задания в оригинале и, тем самым, не сможет изучить регулирование динамического равновесия.

10.3.4. АСПЕКТЫ МЕТОДИЧЕСКОГО РАЗДЕЛЕНИЯ

Если спрашивать слепого начинающего всадника о том, что его больше всего интересует в начале обучающего курса верховой езды, то ответ будет таков: в первую очередь, он захочет узнать и испытать на собственном опыте функциональность этого вида спорта, или узнать, что чувствуешь, сидя верхом на лошади и что при этом нужно делать. Принимая во внимание уровень потребностей начинающего всадника с нарушенным зрением, следует иметь в виду, что большое количество предварительной информации не принесет ему пользы, он не сможет ее сохранить, упорядочить и применить на практике. В качестве основополагающего принципа разделения учебного курса считают не линейное, а спиральное развитие учебного процесса, согласно которому процесс обучения нельзя слишком сильно форсировать,

т.е. всадника не рекомендуется «обучать про запас». Вопрос, что должен знать ученик для того, чтобы быть в состоянии понять следующие этапы обучения (тренер не имеет возможности наглядно продемонстрировать их слепому человеку), находится в постоянной конфронтации с встречаемым вопросом: что должен делать ученик с нарушенным зрением и какую информацию он должен получить, чтобы получить опыт и, тем самым, создать собственную базу знаний. Знание и умение применять частичные двигательные навыки, которые соотносятся с теми, которые будут получены в дальнейшем, т.е. с будущими результатами, наглядно доступны только зрячему человеку. Следовательно, в начале обучения они не имеют никакого значения для слепых всадников, значение имеют лишь те знания, которые необходимы для решения вопросов и проблем, появляющихся в процессе непосредственного выполнения самого двигательного действия.

Без знания цели моторные действия нельзя проанализировать, такие понятия, как «ошибки» или «исправление движения» без учета субъективной целенаправленности не имеют никакого смысла. К тому же, цели неоднократно определяют двигательное поведение слепых людей в социальном контексте. Например, на конкретные двигательные действия слепых людей может повлиять их желание позориться перед всадниками с нормальным зрением, они могут отказаться заниматься в их обществе, потому что им кажется, что за ними пристально наблюдают все занимающиеся в манеже, а также и многое другое, гораздо более высокие цели и мотивы могут влиять на их поведение.

Тот факт, что при методических мероприятиях перечисленные факторы управления ожиданиями ученика могут иметь большое значение, проснит следующий пример.

Предположим, ученик знает о том, что лошади могут пятиться назад. Обучаясь расчищать копыта лошади, он может постоянно бояться, что она это сделает, поэтому он будет очень осторожно поднимать копыто и держать его далеко в стороне от себя и очень низко. Однако объективно такое «решение» содержит в себе гораздо больше опасных элементов, чем если бы он оттянул ногу лошади назад, высоко поднял ее положил копыто себе на бедро. При передаче «правильной» техники эта взаимосвязь должна стать ясной для ученика, чтобы можно было установить адекватную связь мотивированного ожидания с действием.

Этот пример подчеркивает практическую важность необходимости принимать во внимание категорию «управления ожиданием». Именно при развитии двигательных навыков человека с нарушенным зрением с ней нужно постоянно считаться, прежде всего в тех моментах, когда нужно исправить неправильное двигательное поведение, так как существует большая опасность заикнуться на исключительно внешних феноменах, и при этом совсем выпустить из виду внутренние условия.

Далее речь пойдет о важнейшем аспекте устранения страха или предотвращения его возникновения. Предположительно опасные ситуации должны быть заранее обсуждены как можно раньше, их нужно «освободить» от неверных ожиданий и предчувствий, и решить эту задачу необходимо именно в начале учебного процесса. Так, нужно обязательно ответить на вопрос ученика, как можно избежать падения с лошади, т.е. когда нет больше сил держаться и хочешь вновь уверенно стоять обеими ногами на земле, пока его страх перед одной из таких ситуаций не начнет негативно влиять на учебный процесс или даже тормозить его. Необходимо не только обеспечить безопасность для

действий в отношении правильного поведения, но и выработать вместе с учеником вероятные «затруднительные положения» и его поведение в них. Необходимо тщательно обдумать, в какой момент все это нужно обсудить заранее и как это сделать потом, так как если со слепым учеником случится что-то неординарное, он невольно может по-настоящему испугаться. Нужно постараться во что бы то ни стало избежать возникновения экстраординарных ситуаций в начале учебного процесса, здесь ответственность руководителя особенно велика, он не должен допустить возникновения подобных «затруднительных положений» на начальном этапе.

10.3.5. АНАЛИЗ РАБОТЫ В КАЧЕСТВЕ АНАЛИЗА ЗАДАЧ

«В основе каждой учебной и обучающей методики находится анализ в какой-либо форме, в результате которого в большинстве случаев сложность поставленных целей снижается, чтобы привести их в поддающихся изучению начинающих единицах. При этом многие анализы отталкиваются от чисто внешних аспектов поставленных целей (навыков), которые подразделяются на части по фонграфическим, биомеханическим или функциональным параметрам и которые трансформируют найденные таким образом части в задачи в рамках этапа обучения.

Теория действий представляет моторный учебный и обучающий процесс как соразмерное с работой сближение информационных структур и структур восприятия, которыми обладает ученик, с информационными структурами, содержащимся в решении задачи. Это влечет за собой переориентацию целесообразной структуры навыка к учебной и обучающей структуре при включении обучающегося и его когнитивно-мотивационной экипировки и организации действий, основанных на восприятии-

я. Поэтому при конструкции методов нельзя ссылаться только на один анализ технических структур, а вопрос об информации, имеющей важное значение для учащегося, ведет к анализу задач биомеханической функциональной структуры движения с одной стороны, и к анализу внутренней, соответствующей восприятию и когнитивно-репрезентативной структуры действий с другой. Таким образом, конструкция методов сначала происходит на основе совершенно других единиц анализа, нежели анализа техники, ссылающегося на навыки ученика. Основой являются схемы действий и восприятий действующего лица, их создание и изменение, включая изменяющиеся действия между индивидуальной двигательной активностью и влияниями, которые эти перемены оказывают на лошадь или на само действующее лицо (отношения операции и эффекта). Таким образом, для учителя важно проанализировать предоставляемые верховой ездой возможные решения определенной двигательной задачи и сделать их понятными для ученика. Здесь сложно вывести какие-либо четкие конструктивные правила для методических разделений и подходящих методических мероприятий¹. Сюда же нужно добавить анализ хода события, который устанавливается для слепых учеников при определенных двигательных действиях, так как «знание этих процессов является не только обязательной предпосылкой для оптимальной передачи спортивных навыков. Здесь не столь важно в первую очередь обучить ученика тому, как физический организм должен двигаться в физическом мире, чтобы оптимально выполнить спортивное упражнение с биологической точки зрения прежде всего, необходимо передать ему, что он должен делать со своим ощущаемым телом в воспринимаемом им мире, чтобы оптимально справиться с упражнением».

Если в первую очередь рассматривать само задание, а не технику, которая является лишь специальной формой его решения и часто определяется требованиями большого спорта или основана на военных традициях конного спорта, то можно заметить самые важные аспекты. Оба нижеследующих примера должны сделать эту перспективную перемену способов рассмотрения движения более наглядной.

Пример 1. Задача сесть в седло главным образом содержит в себе следующие аспекты: поместить свой центр тяжести над спиной лошади, не подавая ей при этом каких-либо неправильных команд и не причиняя ей боли. Это правило ученик должен твердо усвоить. Возможности для посадки в седло могут быть, например, следующими:

- помощник может поднять ученика и посадить его в седло;
- ученик может лишь частично использовать постороннюю помощь при посадке в седло;
- ученик может сесть в седло самостоятельно, используя стремя, причем его собственное тело должно занимать надлежащее положение по отношению к голове и хвосту лошади.

Пример 2. Что означает для ученика сидеть на лошади, которая двигается рысью? Он испытывает на себе воздействие скорости и центробежной силы, чувствует ритм, его телу неожиданно передаются сильные импульсы. В результате всего этого у него возникает большая проблема с равновесием. Для ее решения учение о верховой езде предлагает использовать четкие техники (выездковая посадка, строевая рысь, облегченная посадка). Именно при обучении слепых людей в этой области существует большая проблема, которая заключается в том, чтобы суметь передать им соответствующее **представление о**

движениях, необходимых для каждой из таких техник отдельно исходя из первоначальной ситуации «сидеть на лошади на рыси». Поэтому сначала мы попытались, используя методическую помощь, научить учеников сидеть в седле в положении «на весу» (ср. ниже), т.е. сделать задачу «сидеть на лошади на рыси» более выполнимой. Тем самым у учеников появилась возможность ощутить ее более комплексно. Только тогда они получили необходимое представление о том, что означает сидеть на двигающейся рысью лошади.

Конечно, говоря об этом, нельзя не упомянуть о самой лошади с ее собственным миром восприятия, ведь она точно также воспринимает движения всадника и ведет себя соответственно этим ощущениям. Хотя такие партнерские отношения между всадником и лошастью, с одной стороны, несколько усложняют как работу лошади, так и обучение всадника, но, с другой стороны, они заключают в себе одну из прелестей верховой езды.

Итак, методическая конструкция в основном должна выяснить вопрос, какие возможности может создать учебная ситуация, чтобы передать ученику такую информацию, «которая касается внутренней настройки, формирования наглядного окружения и связи с ним тела всадника (Я), т.е., что должен делать спортсмен», чтобы он мог справиться с определенной задачей.

10.3.6. ПОИСК ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Важная информация всегда представляет собой медаль с двумя сторонами: на одной стороне можно проверить вопрос, действительно ли верна эта информация – для этого служат, например, функциональный анализ и общие профессиональные знания. На другой стороне этой медали можно проверить вопрос, действительно ли, в какой форме и на каком

этапе учебного процесса эта информация важна для обучающегося и для того, чтобы определить степень необходимости руководства, регулирующего его действия. Чего стоит даже самая ценная и в высшей степени важная физическая информация, если ее нельзя передать ученику или если она поступает к нему несвоевременно (слишком рано или наоборот слишком поздно), и тем самым, теряет все свое значение?

В приведенных выше примерах содержится указание на то, как должен проходить поиск важной информации и какие результаты он может дать. Далее будет приведен еще один убедительный пример, который покажет, как аспекты восприятия пространства могут влиять на занятие.

Когда лошадь идет по кругу, для слепого человека относительно тяжело сохранять ориентацию в манеже. При равномерном темпе движения в распоряжении его чувствования пространства находится лишь направленная наружу центробежная сила. Когда учитель также стоит в центре круга и звук его голоса доносится оттуда, то всадник вряд ли сможет определить соответствующее место относительно манежа в течение короткого промежутка времени. Однако, если, например, лошадь двигается по траектории овала (относительно уже) или по всему манежу, то чувствованию пространства слепого всадника предлагаются постоянно изменяющиеся радиальные ускорения (на поворотах и в углах). Он может каждый раз ориентироваться на это и скоро будет знать совершенно точно, где он находится в данный момент. Развитию ориентации при езде в манеже в значительной степени способствуют акустически воспринимаемые особенности манежа (например, трибуна или дверь на одной из его сторон, или шум улица, проходящей рядом с его стеной) и, в связи с этим аспектом, они могут служить во время занятия определенными «слуховыми линиями».

Ранее мы уже рассматривали значение формирования представления, с которым слепой ученик «входит» в учебный процесс. Какие же возможности передать «общее впечатление» допускает соответствующая учебная и обучающая ситуация, зависит от многих условий. Простая попытка (например, запрыгнуть на деревянный макет лошади) – насколько ее можно реализовать – является настолько же допустимой, как и ее предварительное выполнение при помощи учителя, или ученик может начать с простого тактильного ознакомления. Конечно, в последнем случае следует обратить внимание на то, чтобы при ощупывании вообще могло возникнуть соответствующее представление об «общей форме» движения! Почти всегда двигательное развитие состоит из динамических, пространственно-временных структурированных операций, которые через тактильное ознакомление (и, возможно, через познание) не дают важной информации о позициях. Учитель должен делать упор на передачу рамок действия слепым ученикам не только по причине предварительного ориентирования, важного для обучения, но и по причине передачи чувства уверенности и создания доверительных отношений между ним и учеником. Только таким образом удастся избежать ситуации, когда слепой ученик «блуждает в потемках», и поэтому все задачи на движение вызывают у него страх. По возможности при этом нужно считаться с собственным понятием и представлением слепого человека о движении.

К индивидуальному представлению движения часто относится и выявление отправных точек рамок действий вплоть до границ возможности, насколько их можно примерно определить. Приведем пример.

Оптимальная посадка в равновесии требует от всадника регулятивной способности, которая является результатом накопления его личного двигательного опыта не только в об-

ласти сохранения равновесия, но и в случае его потери при раскачивании корпуса на рыси. Поэтому опыт отклонения корпуса вперед, назад и в сторону в качестве сознательной проверки равновесия и его потери также относится к учебному процессу.

10.4. КОНЦЕПЦИЯ ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ БЛАГОДАРЯ ЛОШАДИ

В самом начале конюшня является для всадника с нарушенным зрением совершенно незнакомой территорией. Поэтому сначала мы обсуждаем ориентирование в новом пространстве для действий и даем представление о будущем ходе занятия. Сюда относится следующая информация:

- Создание «грубого» (чернового) пространственного ориентирования в конноспортивном комплексе (коридоры, лестницы, манежи, дорожки, денники, комнаты и подсобные помещения) при помощи тактильных планов, обходов в сопровождении поводыря и собственных исследований. По возможности будущего всадника знакомят с лошадьми, а также с сотрудниками и лицами, которые будут подстраховывать их на лошади во время занятия (в дальнейшем я буду называть их помощниками – *Примеч. пер.*). Указание: обратная информация со стороны учеников делает возможным проведение контроля и поправки общего представления (например, они должны что-либо показать, написать, найти или выполнить какое-то задание с помощью тактильных планов).
- Обзор происходящего на занятии, т.е. ознакомление с кругом, с поведением в процессе работы на корде путем

- исследования корды и бича с объяснением их значения;
- осознания действия угловой скорости. Для этого ученик ходит шагом и бежит на корде вместо лошади, а также занимает различные позиции между лошадью и человеком, в руках которого находится корда.

Исходя из мотивационных причин, уже на этом занятии ученики могут получить свой первый опыт в области верховой езды, разумеется, пока только на остановке и на шагу. Их можно поднять и посадить на лошадь, а потом сделать небольшой круг шагом, после чего они должны самостоятельно решить задачу, как можно слезть с лошади на землю (выполнять только на остановке).

Дальнейшее развитие двигательных навыков благодаря лошади охватывает три больших комплекса задач:

- Бег по направлению к лошади, бег вместе с лошадью в ее ритме, возвращение к человеку, стоящему в центре круга с кордой в руках.
- Сидеть верхом на лошади и самостоятельно регулировать равновесие на всех трех аллюрах.
- Разрешение различных двигательных задач, сидя на лошади.

В любое время на каждом занятии перед учеником ставятся различные задачи из каждой этих трех областей, с которыми он должен справиться, что обеспечивает спиральное развитие учебного процесса. В начале каждого занятия следует сделать разминку, которая

- поможет подготовить ученика к требованиям урока как физически и психически, так и в отношении восприятия и ориентирования в пространстве;
- окажет компенсирующее действие в отношении соответствующего содержания занятия.

Необходимое дифференцирование и повышение требований ориентируется, во-первых, на индивидуальный

учебный прогресс каждого ученика, а, во-вторых, на следующие принципы:

- безопасность ученика (особенно на лошади) обеспечивается помощником, который должен быть всегда готов подхватить ребенка в случае падения, он должен постоянно находиться на внутренней стороне и бежать рядом с лошадью, страхуя всадника у бедра;
- все двигательные задачи преодолеваются учеником равномерно как с левой, так и с правой сторон;
- со следующим, более сложным аллюром ученик всегда сначала знакомится, сидя на спине лошади, только потом он может бежать вместе с лошадью у подпруги;
- для того чтобы уберечь лошадь в случае неправильного выполнения задания, новые движения необходимо попробовать сделать сначала на деревянном макете лошади и только потом реализовать их на лошади с известными предосторожностями;
- выполнение уже ранее известных двигательных задач на следующем, более сложном аллюре, повышает требования задачи подбежать к двигающейся лошади (из центра круга), бежать вместе с ней и сидеть на ней верхом.

Выбор двигательных задач, которые нужно выполнять сидя на лошади, также представляет повышенные требования, в результате которых

- задания становятся более сложными,
- уменьшается площадь для посадки на спине лошади,
- центр тяжести всадника все выше приподнимается над спиной лошади (имеется ввиду строевая рысь).

Эти критерии и предпосылки определяют выбор конкретного содержания каждого урока из дифференцированного обзора конкретных заданий трех перечисленных выше областей.

10.4.1. БЕГ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ЛОШАДИ, БЕГ РЯДОМ С ДВИГАЮЩЕЙСЯ ЛОШАДЬЮ В ЕЕ РИТМЕ, ВОЗВРАЩЕНИЕ В ЦЕНТР КРУГА К БЕРЕЙТОРУ, ДЕРЖАЩЕМУ КОРДУ

1. Задание подойти к лошади из центра круга, причем одной рукой ученик сохраняет скользящий контакт с кордой, а другую свободную руку держит на определенном расстоянии от лица, чтобы защитить корпус от столкновения. При этом он не должен брать корду в руку.

2. Когда он дойдет до лошади, он должен пройти вдоль ее шеи взяться за ручку вольтижировочной подпруги.

3. Ученик бежит рядом с лошадью, держась рядом с вольтижировочной подпругой, и воспринимает ее ритм. При этом, на фоне сохранения ритма возможны разные вариации (разумеется, имеются ввиду все аллюры, кроме галопа), например:

- смена позиции возле лошади;
- «стать легким как перышко» и бежать рядом с ней на цыпочках;
- в процессе движения выполнить заключительный прыжок и снова продолжить бежать дальше.

4. Скользя вдоль шеи лошади, ученик проходит вперед, и его рука вновь обретает скользящий контакт с кордой.

5. Сохраняя контакт с кордой, ученик бежит обратно к берейтору, стоящему в центре круга.

10.4.2. ПОСАДКА НА ЛОШАДИ В САМОРЕГУЛИРУЕМОМ РАВНОВЕСИИ

1. Ученики должны дойти до спины лошади.

2. Ученики сидят на спине лошади и крепко держатся обеими руками за ручку вольтижировочной подпруги.



Рис. 1.6. Пациент, страдающий спастическим параличом с выраженными нарушениями походки, участвует в занятии и физически, и психологически. Он ведет лошадь за внешнее кольцо удила (быть может, это лошадь ведет и поддерживает пациента?).

рактера, важные для терапевтической лошади, или особенности подготовки лошадей.

Следует четко разделять использование верховой езды в качестве метода терапии и верховую езду как вид спорта для инвалидов, поскольку требования к условиям или необходимый набор сотрудников в первом и втором случаях резко различаются, о чем мы уже упоминали. Несмотря на то что иногда пациент переходит от терапии к спорту, мы должны различать эти два вида деятельности. Подобным образом в процессе занятий гидротерапией некоторые пациенты освобождаются от страха перед водой и учатся плавать, но отсюда не следует, что гидротерапию можно отождествить с плаванием. Оплата терапии должна проводиться с помощью системы медицинского страхования. С помощью лечебной верховой езды можно не только лечить, но и готовить пациента к занятиям конным спортом. Нет дру-

гих видов спорта (за исключением, быть может, плавания; однако оно не всем подходит), которые настолько соответствовали бы потребностям инвалидов, как верховая езда.

Понятие «лечебная верховая езда» включает в себя целый ряд занятий разного рода, которые представлены на рис. 1.5. К лечебной верховой езде в узком смысле слова относится иппотерапия. Многие аспекты верховой езды используются в педагогике. Сюда же относится вольтижировка, применяемая как коррекционное средство для детей с поведенческими нарушениями. Следует подчеркнуть, что применение лечебной верховой езды для детей с физическими нарушениями, например, в специальных школах или интернатах, является также ценным педагогическим средством. С этой точки зрения не так важно, используем ли мы лошадь в основном в терапевтических целях или для развития детей.

Лечебная верховая езда, во время которой пациент выполняет на лошади специальные упражнения, является методом активной терапии; выбор нужного метода зависит от тяжести нарушений и продолжительности лечения. Контакт пациента с лошадью приводит к желательным последствиям – физическим и психологическим, – и то, и другое важно для терапии. По мере улучшения состояния пациента можно ввести в занятие элементы верховой езды, например облегченную рысь или использование средств управления, но эти навыки используются преимущественно для тренировки двигательных и психических способностей, а не для обучения верховой езде. Существует другая возможность расширить спектр упражнений: можно добавить элементы гимнастики, в частности упражнения вольтижировки, что усложнит задачи, стоящие перед пациентом. При соблюдении определенных условий даже более или менее «обычные» вольти-

жировка и верховая езда могут фактически являться терапией, – это важно понять, чтобы определить, что в подобных случаях занятия следует финансировать за счет средств медицинского страхования. В других ситуациях на первое место выходит реабилитация, и это меняет схему финансирования.

Целью реабилитации являются психологическая целостность и социальная интеграция человека с физическими, психическими или психологическими нарушениями, который самостоятельно не может преодолеть свои трудности или их последствия (рис. 1.6). Сюда входят все меры, которые ведут к этой цели или предохраняют человека от ухудшения состояния. Надо помочь такому человеку развивать свои способности и сильные стороны, чтобы он мог занять свое место в обществе и, если это возможно, в профессиональном мире. Способность выполнять работу, как и все другие способности, – не самоцель, но средство для самореализации человека, страдающего какими-либо нарушениями. Когда-то проблемами таких людей занимались только благотворительные организации. В последнее время при поддержке государства появилось множество центров реабилитации. Однако это не означает, что частные инициативы в наше время бессмысленны. Если говорить о лечебной верховой езде, нам есть чему поучиться у многих соседних стран, где мы можем видеть прекрасные примеры целостного подхода к реабилитации.

Для хорошего самочувствия человека с какими-либо нарушениями физические упражнения абсолютно необходимы. Надо создать условия, чтобы такие люди могли использовать

все доступные им возможности – в большей мере, чем обычные. Финансовая поддержка проектов реабилитации оправдывается: оказывается, что потратить деньги на дорогую программу, которая способствует интеграции, дешевле, чем постоянно содержать инвалида. Спорт и игры занимают важнейшее место в реабилитации: они не только позволяют тренировать тело, чтобы оно лучше функционировало, но и благоприятно влияют на психологические установки. Это особенно заметно на примере верховой езды: она несет радость и чувство удовлетворения, она учит с помощью силы воли и постоянства преодолевать трудности, она углубляет контакт между человеком и животным. Верховая езда позволяет инвалиду почувствовать себя таким же, как все прочие люди, она открывает новые горизонты, особенно людям, привыкшим к инвалидным креслам. Поэтому верховая езда не только улучшает физическое состояние человека, но и укрепляет его связи с окружающими людьми.

Хотя мы снова и снова открываем, каким ценным помощником может быть лошадь в терапии и реабилитации, все-таки лошадь не «чудодейственное лекарство». Ко всем чудесным результатам следует относиться скептически, – это правило всегда применяется в медицине, – тогда результат, достоверность которого доказана, удивит нас еще больше. Следует также заметить, что, как правило, лечебная верховая езда не применяется в качестве единственного терапевтического средства, скорее она дополняет все остальные методы. Кроме того, лошадь оказывается ценным средством в самых сложных случаях.

3. Ученики сидят на лошади, держась за ручку на подпруге только одной рукой.

4. Ученики сидят на лошади, не держась руками за ручку, руки лежат на бедрах.

5. Сидя верхом, ученики пробуют разные варианты положения рук, например:

- вытянуть одну руку в сторону;
- положить руки на спину лошади;
- положить руки на затылок;
- выполнить руками дополнительные движения, например, используя ручные снаряды.

6. Ученики пробуют все варианты, которые только могут прийти в голову, чтобы снова слезть с лошади на землю.

10.4.3. РЕШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ, СИДЯ НА ЛОШАДИ

1. Ученики получают представление об истинных размерах лошади (на остановке на шаг):

- глядя лошадь между ушами или по реплице;
- разворачивая корпус и похлопывая ее по шее или по крупу;
- сидеть «большим, как великан – маленьким, как гном».

2. Ученики знакомятся с боковой посадкой (внутренняя сторона – наружная сторона) и с посадкой на лошади задом наперед, а также со смежными позициями.

3. Ученики лежат на спине лошади:

- на спине – на животе;
- сбоку через спину лошади;
- головой в сторону направления движения – против направления движения.

4. Опираясь на ручку вольтижировочной подпруги, ученики, раскачивая обе ноги вперед-назад по бокам лошади, совершают маховые движения, что в конечном итоге делает возможным спуск на землю по боку лошади.

5. Сидя на спине лошади, ученики принимают:

- положение в партере,
- положение на коленях,
- положение в партере, при этом вытягивают одну ногу назад, а противоположную руку – вперед.

6. Ученики стоят на лошади, крепко держась за вольтижировочную подпругу.

Мы намеренно избегаем употребления специальной терминологии из области вольтижировки, так как, хотя задачи на движение и опираются на вольтижировочные упражнения, но не требуют нормированного совершения действий. Объем описанного выше выбора задач согласован с временными рамками, заданными спортивным образом жизни учеников в школе им. Карля-Штреля. Развитие двигательных навыков на лошади рассчитано на полугодовой срок с периодичностью занятий один час в неделю. При существовании других условий содержание урока в любое время можно расширить.

10.5. КОНЦЕПЦИЯ ПЕРЕХОДА К ОБУЧЕНИЮ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

Разделение методических шагов согласовывается со сложностью требований, с одной стороны, и с внутренней логикой учебного процесса, с другой стороны.

10.5.1. ОБЩЕНИЕ С ЛОШАДЬЮ ДО И ПОСЛЕ ЕЗДЫ

В первую очередь, самостоятельное общение с лошадью требует базовых знаний о характере, нравах, особенностях ее поведения и умения делать выводы о том, как нужно вести себя с ней. Сюда относятся:

- знания об образе жизни и эволюционном происхождении лошади (например, это травоядное животное, которое в случае опасности спасается бегством);
- знание манер поведения лошади (например, это добронравное, любопытное и пугливое животное);
- умение понимать «язык тела» лошади (например, что значит, когда она обмахивается или хлещет хвостом, качает головой, о чем говорят разные положения ушей, как лошадь приветствует всадника).

Кроме того, для самостоятельно-го общения с лошадью ученик должен обладать определенными навыками¹, такими как:

- умение надеть на лошадь недоуздок;
- вести лошадь за собой и привязать ее;
- уход за лошадью перед ездой (чистка шерсти и расчистка копыт);
- седловка;
- умение надеть оголовье;
- отвести лошадь в манеж и водить ее в денник;
- уход за лошадью после езды на конюшне (снять заклепки в деннике, раскрючkovывание копыт);
- поставить ее в денник;
- убрать на место используемый инвентарь и привести в порядок амунцию (замыть трензель, повесить на место седло и оголовье).

На занятиях в школе им. Карля-Штреля эта информация дается ученикам, как правило, в течение одной свободной от верховой езды недели, которые проводятся во дворе конюшни.

10.5.2. ВЕРХОВАЯ ЕЗДА В СЕДЛЕ

Первое занятие по верховой езде с начинающим происходит «с глаза на глаз» с помощником; это значит, что к каждому ученику прикрепляется личный помощник, отвечающий за его

безопасность. Предъявляемые к ученику требования повышаются по мере развития его двигательных навыков на лошади и переходов к изучению более сложного аллюра.

Новоприбывшие в школу ученики в первую очередь учатся ориентироваться в расположении конноспортивного комплекса. Сначала они оценивают, а потом исследуют площадку и строение манежа самостоятельно, им объясняют значение понятий «бортик манежа», «движение по стенке», «смена», а также указывают на какие-либо особенности, например на трибуны или на препятствия в манеже. Если возможно провести самостоятельное ориентирование в манеже, то ученики едут шагом сначала на неоседланной лошади, а потом с седлом (в начале без стремян).

При подобном введении в курс дела у ученика пропадает чувство страха, это помогает ему наметить рамки действий на лошади, улучшает умение ориентироваться в пространстве службы общей тренировки посадки.

Переход с шага на рысь представляет собой решающий этап учебного процесса. Как уже было отмечено выше, главная проблема заключается в уменьшении сложности предъявляемых к ученику требований, и, несмотря на это, сохранить задачу как единое целое, чтобы инициировать изучение важнейших психорегулятивных навыков. Поэтому мы начинаем обучать езде рысью не на выездковой (учебной) посадке. В первую очередь, мы ставим перед учеником задачу «согласовать» положение собственного центра тяжести с положением центра тяжести двигающейся лошади (сохранение динамического равновесия) и научиться эластично сопровождать каждое движение лошади суставами стопы, колена и бедра («посадка в равновесии на весу»). Тем самым начинающий всадник получает больше шансов справиться со сложным заданием «сидеть на рыси», исчезают

страх и излишнее напряжение в осанке. Лошади тоже нравится, когда всадник как бы эластично схватывает ее движения, а не плюхается постоянно на спину, она двигаются гораздо свободнее. Обучение выездковой (учебной) посадке проводится на более позднем этапе. Для когнитивного совершения действий учеником особенно важно, чтобы он четко понимал значение предварительных упражнений или методических приемов, а также знал их функции.

В следующих разделах мы попытаемся показать, как можно обучить слепого всадника езде рысью:

1. Восприятие движения рыси в седле.

Первое, что для этого необходимо – ученик должен с самого начала освоить «форму посадки на весу». Это формулировка выбрана специально, чтобы уточнить, что речь здесь идет не о «посадке», а о «зависании» над седлом. Толчок для этого дало понятие «облегченной посадки» Р. Бехера, хотя в нашей концепции функция этого методического приема стала несколько иной [Becher R. *Schulung für Gebrauchsreiten und Turniersport*. Berlin-Hamburg: Parey 1980]. Особое значение мы придаем:

- стабильному «фундаменту», состоящему из икры, колена и стопы всадника, чтобы создать оптимальную опору для регулирования равновесия;
- упору обеими руками в гребень шеи лошади перед седлом, чтобы обеспечить безопасность ученика и обеспечить ему следующую точку опоры;
- положению седалища на весу над седлом, причем верхняя часть корпуса должна быть наклонена вперед, а седалище отклонено назад, что позволит эластично сбалансировать центр тяжести над «фундаментом». Здесь необходимо избегать передачи слишком сильного импульса движения от спины лошади всаднику.

Именно на первых занятиях это положение «в равновесии на весу» особенно поможет ученику избавиться от чувства страха.

2. Разделение движения лошади рысью на два акта с целью обучить ученика ездить строевой (облегченной) рысью. Из положения «сидеть в седле на весу», активно опуская седалище на седло, ученик научится воспринимать импульс, передающийся от спины лошади, и использовать его для подъема (т.е. для движения корпуса вверх) на строевой рыси. Путем повторяемого активного опускания седалища в седло и получения нового импульса ученик может освоить второй акт строевой рыси. Более того, в случае неуверенности, потери ритма и равновесия позиция в седле «на весу» дает возможность отклониться назад и вновь обрести стабильное положение, не прерывая движение лошади рысью, она является одновременно исходной позицией и позволяет заново освоить второй акт строевой рыси.

3. Развитие строевой рыси. На этом основании переход к корректной строевой рыси происходит путем все большего выпрямления верхней части корпуса, руки всадника постепенно лишаются вспомогательной точки опоры, отдельные движения соединяются в одно целое. На данной ступени обучения позиция в седле «на весу» в любой момент сохраняет для ученика возможность отклониться назад, например, в случае потери равновесия или неожиданного испуга.

Вплоть до передачи «черновой» формы строевой рыси мы понимаем нашу концепцию как базовое обучение, которое достигается примерно после 15 часов занятий верховой ездой (один школьный час в неделю).

10.6. ОБ УРОКЕ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ С ОПЫТНЫМИ ВСАДНИКАМИ С НАРУШЕННЫМ ЗРЕНИЕМ

10.6.1. ОБЩИЕ ЦЕЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ

Основываясь на базовом обучении (см. выше), на проводимых далее занятиях верховой ездой преследуются следующие цели.

- Ознакомление с возможностями всадника управлять лошастью (т.е. средствами управления), обучение правильному взаимодействию команд уклонами корпуса, шенкелями и поводьями в процессе езды наряду с все более возрастающим уровнем требований, а также совершенствование всех этих умений, чтобы достичь верховой цели – самостоятельно ездить верхом на всех трех аллюрах.
- Ознакомление с обозначением команд на манеже, с важнейшими фигурами манежной езды и командами тренера при езде сменой, а также с правилами езды в манеже, что даст ученику возможность после занятий в школе ездить в каком-нибудь обществе верховой езды или в других конноспортивных организациях (интеграция).
- Изучение разных видов посадки на лошади (выездковой, учебной, облегченной) на трех аллюрах и тренировка в специфических областях их применения.
- Стать полностью самостоятельным в отношении подготовки лошади к занятию и ее расседлывания после урока (включая знания о том, как нужно ухаживать за используемой амуницией, предметами ухода).
- Теоретическое ознакомление с разными областями, связанными с

лошадьми (например содержание лошади, ее кормление, анатомия, заболевания, первая помощь, отрасли коневодства, породы, выступления на чемпионатах, история верховой езды, общее базовое обучение лошади). В зависимости от индивидуальной заинтересованности учеников нужно более подробно остановиться на каком-либо моменте. В качестве вспомогательных средств на занятии, кроме возможности тактильного восприятия на лошади или самих предметов, можно использовать увеличенные копии с черным шрифтом (для людей с нарушенным зрением) или фрагменты текста, выполненные точечным шрифтом, а также тактильные рисунки на фольгах.

На основе обширного опыта и приобретенных знаний ученики должны быть в состоянии самостоятельно действовать на уроке верховой езды и свободно говорить на эту тему. Они должны решить для себя сами, какую роль конный спорт будет играть в их жизни помимо занятий в школе, так как смогут получить о нем полное представление. Они сами выберут, в какой форме они будут заниматься им – просто совершать верховые прогулки в свободное время («компенсирующий» спорт и общение с единомышленниками) либо как вид спорта, поддерживающий здоровье или же будут стремиться достигнуть результатов в спорте.

10.6.2. АСПЕКТЫ МЕТОДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Наряду с логичной последовательностью отдельных учебных этапов в деталях методическая конструкция урока верховой езды для людей с нарушенным зрением требует экстремального внутреннего дифференцирования. В зависимости от физической работоспособности, структуры личности и способности восприятия, необходимо определить индивиду-

альные методические этапы и методические мероприятия. Для того чтобы методические мероприятия подходили индивидуальным потребностям каждого ученика в отдельности, учитель должен постоянно разговаривать с ним, осуществлять обратный контроль, задавать вопросы, он должен удостовериться, существует ли у ученика реальное представление о том, что нужно сделать и исходя из этого заключать определенные договоренности. Так, возможно, что один ученик хочет постоянно получать информацию об изменении местонахождения тренера в манеже, тогда как другие слепые всадники с более развитым умением ориентироваться в пространстве, довольствуются только тем, что тренер разговаривает на уроке, они не нуждаются в какой-либо дополнительной информации и могут в любой момент установить, в каком месте манежа он находится. Во время речевой паузы в работе со слепыми всадниками учитель все же должен как-то обозначить свое местоположение в манеже. Также может случиться, что при выполнении задания «сменить посадку на строевой рыси» одному ученику поможет указание тренера, остаться один такт сидеть в седле, тогда как для другого ученика справиться с этой задачей окажется весьма проблематично, для него будет гораздо легче переждать один такт «наверху» (т.е. «зависнуть» над седлом), прежде чем снова сесть в седло.

В начале учебного процесса особенно важно, чтобы учитель часто контролировал и давал ученикам информацию о качестве выполняемых ими движений. Все это необходимо для того, чтобы движения были правильными, так как снова исправить ошибки, ставшие автоматическими, крайне сложно. Слепой всадник лишен какой бы то ни было оптической возможности поправить себя в отличие от зрячего, который может сделать это при помощи зеркала на стене манежа. Поэтому исправление ошибок должно основываться

на проприоцептивных возможностях восприятия всадника, на ощущении напряжения, состояниях напряжения, восприятия положения и т.д.

Оптимальным условием для начала занятий верховой ездой с учениками с нарушенным зрением будет, если в распоряжении каждого слепого сможет находиться его личный помощник. По мере возрастания самостоятельности учеников и приобретения уверенности в себе число сопровождающих лиц можно сократить. Однако на первых занятиях они обязательно должны вести лошадь в руках. Примерно после третьего занятия эти помощники могут брать на себя задачу обеспечения безопасности учеников лишь в отдельных секторах манежа.

Для занятий со слепыми людьми больше подходит манеж прямоугольной формы, нежели квадратный, так как им легче ориентироваться в пространстве по разной длине стенок манежа (короткие и длинные стенки).

Здесь следует упомянуть об еще одном важном аспекте: как правило, для совершения каких-либо действий слепым всадникам требуется больше времени, чем зрячим, так как глаза способствуют быстрому получению обратной информации, контролю и ориентированию в пространстве, нежели другие органы чувств. Например, зрячему человеку достаточно одного взгляда на взнузданную и посаженную лошадь, чтобы получить представление о том, где должны находиться все эти части амуниции на лошади. Слепой всадник для получения этого представления должен сначала ощупать всю лошадь, что займет гораздо больше времени. Поэтому на занятии должно быть выделено достаточное количество времени для самореализации слепого ученика, учебный процесс ни в коем случае не должен проходить на скорую руку.

Громкоговорители в каждом углу манежа оказались полезными только для передачи информации. Например, при езде манежных фигур, когда голос

тренера должен служить ориентиром определенного места манежа, наполнение пространства звуками из всех четырех углов просто бессмысленно.

10.6.2.1. Методические аспекты при передаче навыков для управления лошастью

Изучение и применение средств управления лошастью является в высшей степени сложной задачей для всадника. Так как целенаправленное восприятие может происходить лишь избирательно, с самого начала необходимо придерживаться следующей последовательности задач на частичные восприятия:

1. Почувствовать, как управлять лошадью при помощи уклонов корпуса.
2. Научиться правильно работать шенкелями.
3. Правильно работать поводом.
4. Почувствовать комплексное воздействие всех средств управления (уклонами корпуса, шенкелями и поводом) с целью совершенствовать навыки управления.

К пункту 1: если положить обе руки под седлищные бугры (ладонями на седло), то можно отчетливо почувствовать сначала давление седлищных бугров на руки, а позднее на седло. Точно также осознается возможность попеременного распределения веса и, тем самым, давления то на один седлищный бугор, то на другой. Для того чтобы достигнуть положения верхней части корпуса в посадке на оба бугра и избежать сгибания в тазобедренном суставе при нагрузке лишь на один бугор, очень полезно при обучении всадника использовать какие-либо сравнения. Например, такое: «Представь себе, что ты – марионетка, и к макушке твоей головы прикреплена нить, которая тянет тебя вверх в направлении крыши манежа» или: «Представь себе, что твое тело – это стабильная фонарная мачта, которая медленно качается то вле-

во (давление на левый бугор), то вправо (давление на правый бугор). Если ноги ученика находятся в стремянах, то восприятие загружающего лишь одну сторону уклона корпуса можно еще больше усилить при помощи возникающего и активно увеличиваемого давления носка ноги на внутреннее стремя. После того как ученик почувствовал, что при помощи уклонов корпусом он может загрузить обе или только одну сторону, он обсуждает с тренером, как это средство управления воздействует на лошадь. Далее он должен применить полученные знания на практике и пробует заполнить заезд из угла манежа.

К пункту 2: для одних всадников, чтобы почувствовать правильное положение шенкеля и оптимальное давление на бок лошади, тренер должен осуществлять обратный контроль и подчеркивать позитивные моменты, т.е. моменты, когда положение шенкеля было правильным. Для других неправильное положение шенкеля тренер может исправить сам, т.е. положить ногу всадника на правильное место (при этом ученик должен обязательно знать, когда и на каком участке ноги его коснутся руки тренера!).

Для того чтобы выяснить, какой шенкель и когда высылает лошадь вперед на шаг, следует придерживаться следующего методического способа: ученики сидят на лошади с прямой осанкой, обе ноги свободно свисают вдоль боков лошади и касаются ее живота. Восприятие сконцентрировано на том, когда и какая нога лошади в результате ее движения приближается к животу, а когда удаляется от него. Осознанное усиление нажима шенкеля на бок лошади в момент, когда ее нога автоматически совершает взмах, приводит к своевременному действию высылающего вперед шенкеля именно тогда, когда задняя нога лошади с этой же стороны выступает вперед. Здесь также может оказаться полезным задание отодвинуть голень, которая болтается у живота лошади, еще дальше в

этом направлении, чтобы передать активный посыл в нужный момент. Это восприятие можно перенести и на езду со стременами.

Нажим голени на живот лошади происходит в направлении внутрь/назад, как будто бы пятки всадника при оптимальном положении ног должны сойтись вместе в одной точке далеко сзади как две линии буквы «V». Для того чтобы удостовериться, что нажим шенкеля происходит именно в этом направлении, а, например, не в направлении противоположного шенкеля, тренер может положить свою руку между животом лошади и шенкелем всадника (поверхность ладони обращена к шенкелю) и заставить всадника выполнить посыл вперед.

К пункту 3: в начале тренировки восприятия в области управления поводом, необходимо дать ученику почувствовать, что представляет из себя трензель обсудить его воздействие на рот лошади и его функции. Почувствовать, как работать трензелем в отношении положения головы или как лошадь упирается в него, – это задание оказывается довольно сложным для слепого всадника. Конечно, какие-либо явные изменения, например, когда лошадь мотает головой или вытягивает шею вперед и опускает голову вниз, чувствуются им гораздо легче. И напротив, гораздо сложнее оказывается восприятие положения собственных рук (спокойное или беспокойное), положения головы лошади и ощущение оптимального контакта повода с ее ртом.

Для того чтобы избежать грубого воздействия повода на чувствительный рот лошади, при работе с начинающими всадниками повод пропускают как через кольцо трензеля, так и через недоуздок. Кроме того, следует следить за тем, чтобы мизинцы рук всадника, держащего повод в руках, постоянно касались шеи лошади. Пристегнуть повод только к трензельным кольцам можно лишь в том случае, когда у всадника разовьется чувство, что значит

двигаться на лошади (например, на строевой рыси), когда его руки будут сохранять спокойное положение, независимое от корпуса. Руки всадника будут спокойными лишь, когда его посадка станет полностью раскрепощенной.

Обучение правильному разбору поводов, а также движениям вращения и выпрямление суставов кисти (набрать и отдать повод) сначала проводится на остановке. Для этого наряду с вербальной информацией необходимо вести руки ученика, например, чтобы вращение кистевых суставов происходили строго в направлении его пупка на животе. Объяснить ученику в самом начале такие важные моменты, как сопровождение рукой кивающего движения головы лошади на шаг и чувство мягкого контакта с ртом лошади (упор лошади в повод), можно следующим образом: тренер или помощник становится перед стоящей на месте лошадью, берет повод за трензельными кольцами и имитирует кивающее движение головы лошади движениями рук вперед и назад. Таким образом он может дать ученику обратную информацию о том, насколько мягко и эластично рука всадника должна сопровождать движения головы лошади и управлять ею, точно таким же образом можно исправить неправильную работу поводом. Цель заключается в том, чтобы ученик стал чувствительным к качеству воздействия на лошадь средствами управления, он должен научиться воспринимать реакции своей лошади, которые являются для него мерой оценки качества применения средств управления. Ученик должен относиться к лошади не как к какому-то спортивному с наряду, а как к партнеру. В случае неудачных попыток выполнить поставленную тренером задачу он должен в первую очередь подумать о своих возможных ошибках, а не искать их сначала в поведении лошади.

К пункту 4: оптимальное комплексное воздействие отдельных средств управления после первых ознакомлений с разными средствами управления

всадника является центральной темой всех постановок задач в дальнейшем. При этом снова и снова оттачивается осознанное ощущение собственных действий, умение чувствовать и оценивать реакции лошади на действия всадника. Преобладание посылающих средств управления (уклоны корпуса и работа шенкелями) становится все более очевидным и конкретизируется на практике. Возможно поставить перед учеником следующие задачи:

- самостоятельная езда в манеже шагом, включая манежные фигуры;
- выполнение полуодержек (увеличивать и замедлять темп движения, смена аллюров);
- поворот на переду;
- проверить раскрепощенность лошади на рыси: свободно отдать повод и снова набрать его;
- езда на сгибание;
- глубже заезжать в углы;
- уменьшать и увеличивать диаметр круга;
- остановить лошадь и снова начать движение (выполнение одержки);
- выполнение полуодержек и одержек на средней линии;
- уступка шенкелю (например, после перемены направления через середину манежа, после перемены направления при выполнении заезда из угла, на открытой стороне круга или дав команду «уменьшить или увеличить диаметр круга»);
- плечо внутрь;
- осаживание;
- поворот на заду.

При езде в смене наряду с уже названными задачами можно подготовить простые индивидуальные задания, ориентированные на самостоятельную езду, например:

- самостоятельная езда рысью по очереди, двигаться рысью на половине манежа, периодически выполняя остановки, или
- последний всадник в смене начинает останавливать свою лошадь, то же самое продолжает делать по цепочке вся смена вплоть до головного.

10.6.2.2. Методические аспекты при изучении манежных фигур

Сначала рекомендуется дать ученикам представление о линиях новых манежных фигур в пространстве при помощи тактильного обучения. Чтобы конкретизировать это представление в пространстве действий, т.е. в манеже, ученик должен в начале либо сам проехать манежную фигуру, либо проехать ее шагом на лошади (при этом лошадь ведут в руках, что дает всаднику возможность полностью сконцентрироваться на восприятии), чтобы сначала осознанно упорядочить линии этой фигуры в уже имеющееся восприятие пространства (например, при выполнении манежной фигуры «перемена направления по диагонали манежа», нужно повернуть через пять шагов лошади после прохождения первого угла длинной стенки).

При выполнении манежных фигур местонахождение тренера в манеже относительно возможности пространственного ориентирования играет большую роль. Например, если дав ученику задание выполнить манежную фигуру «перемена направления по диагонали» тренер занимает место в конечном пункте и подает оттуда акустические указания, например о том, что поворот в букве «Н» был выполнен хорошо, то слепой всадник может продолжать целенаправленно двигаться в его направлении. Точно так же выбор места тренера в углу манежа может облегчить выполнение манежной фигуры «заезд из угла», так как всадник сможет ориентироваться на точку, в которой стоит тренер, к тому же он сможет непосредственно вмешаться в случае ошибки, проконтролировать размер совершаемого заезда и качество применения средств управления с внутренней стороны. В общем, тренер должен снабжать начинающих всадников обратной информацией и находиться либо в конечной точке манежной фигуры, либо в том месте, где всадник должен повернуть.

Легче всего слепые всадники могут выполнить манежную фигуру «заезд из угла», так как они хорошо воспринимают возникающее в результате полувольта (10 м) радиальное ускорение и могут относительно быстро снова достигнуть ведущего бортика. Все остальные манежные фигуры могут быть точно выполнены более менее опытными всадниками только при помощи акустической обратной информации. Вторая манежная фигура, которую мы проходим с учениками – «перемена направления через середину манежа», затем «перемена направления по диагонали» и после «перемена направления через середину по длине манежа». Достаточно сложно точно реализовать езду на вольта, а также переключиться с одного вольта на другой, так как ориентирование осложняется размерами вольта и отсутствие четко воспринимаемых изменений направления. Поэтому тренер должен находиться либо в середине круга, либо у буквы «Х», чтобы таким образом отметить протяжение круга в середине манежа. Установка пилонов на открытой стороне вольта может оказаться полезной в случае работы с всадниками с достаточным остаточным зрением. При выполнении манежной фигуры «простой серпантин» вдоль длинной стенки манежа, так или иначе рекомендуется использование пилонов, например, на уровне букв «F», «B» и «M», расположенных на соответствующем расстоянии от стенки (имеется ввиду дорожка шириной 50-60 см, по которой лошадь движется по периметру манежа). Подходящим местом для тренера является точка на уровне буквы «B», примерно в 5 м от стенки. С этого места он может осуществлять точный обратный контроль за выполнением задания. Более узкие манежные фигуры, которые требуют от лошади более сильного сгибания, могут быть правильно выполнены только очень опытными всадниками с нарушенным зрением и вряд ли имеют какое-либо значение в работе с начинающими.

Для занятия с всадниками с нарушенным зрением рекомендуется форма езды в смене, во главе которой должен ехать всадник с нормальным зрением. Общее число всадников в смене не должно превышать шести. Опытные всадники с нарушенным зрением могут ездить ездой врозь; важно, чтобы они все ехали ездой налево или направо. Если проводится одновременная езда врозь в разных направлениях, то принимать в ней участие может только один совершенно слепой всадник, причем этот момент предварительно оговаривается с зрячими всадниками, они всегда должны уступить ему дорогу, т.е. все они должны избегать столкновения с ним. До проведения езды всадников с нарушенным зрением как в смене, так и врозь, необходимо выяснить, на каком расстоянии остаточное зрение еще позволяет видеть едущего навстречу им всадника, т.е. необходимо знать, нужны ли какие-либо внутренние договоренности или все смогут ездить согласно стандартным правилам езды в манеже.

10.6.2.3. Помощь в пространственном ориентировании на турнирных выступлениях по выездке

При езде выездки на турнирных выступлениях особое внимание уделяется точному выполнению манежных фигур. Может случиться так, что для четкого выполнения манежной фигуры в определенной точке слепому всаднику потребуется дифференцированная обратная информация относительно его продвижения в пространстве манежа. Передача этой информации может происходить следующим образом.

- Перемена по диагонали манежа: помощник стоит в конечной точке перемены направления и несколько раз выкрикивает всаднику букву, на которую он должен ориентироваться (например, «F»). Если всадник отклоняется от диаго-

нальной линии, голос помощника становится более громким, если всадник вновь движется в правильном направлении, то голос становится тише (если помощник приложит ко рту руки, сложенные в форме воронки, то звук легче будет направить в нужную сторону).

- Выполнение вольта: помощник стоит на том участке манежа, где нужно сделать вольт, и как только всадник подъезжает к этому месту, он дважды выкрикивает букву, обозначающую эту точку. В месте, в котором нужно поворачивать, он растягивает произношение этой буквы. Когда вольт наполовину пройден, он снова повторяет букву. Если всадник делает слишком большой вольт, голос становится громче, если вольт слишком крутой, голос становится тише.

- Выполнение манежной фигуры «серпантин» через весь манеж (3 разворота): помощник стоит в середине второго разворота. Начало первого разворота он объявляет всаднику, выкрикивая два раза цифру 1. В непосредственной точке поворота он выговаривает цифру 1 растянуто. Чтобы сигнализировать момент пересечения средней линии, он выкрикивает цифру 2 (для второго разворота). Незадолго до достижения линии фигуры он выкрикивает цифру 2 второй раз. По достижению линии фигуры он растягивая выговаривает цифру 2.

Если возможно, подобная помощь должна ограничиваться только тренировкой, ведь целью является самостоятельное выполнение манежных фигур без чьей бы то ни было помощи. Степень необходимости вспомогательного ориентирования должна быть оговорена с учениками. На выездковом манеже, находящимся на свободном пространстве, слепому всаднику ориентироваться гораздо сложнее, так как там отсутствуют бортики и стены, дающие определенный резонанс.

10.6.2.4. Изучение разных видов посадки на лошади

Первой формой посадки, которую наши ученики изучают на лошади, является выездковая посадка на шаг. Она является условием для изучения правильного применения средств управления. В большинстве случаев эта цель достигается достаточно быстро путем целенаправленной тренировки осанки и понимания функциональности этой формы посадки.

Движение на строевой рыси развивается – как описано выше – из начального положения в седле «на весу», точно также облегченная посадка означает лишь незначительное изменение этой изучаемой в начале учебного процесса позиции на лошади, двигающейся рысью.

Справиться с задачей «облегчаться под правильную ногу» можно при помощи следующего методического способа:

- чтобы понять, когда и какая нога лошади выносятся вперед, можно обеими руками прочувствовать движение плеч лошади на шаг;
- почувствовать движение плеч лошади на рыси в «зависшем» положении и определить момент, когда лошадь выносит наружную ногу (точно так же возможно ориентирование на внутреннюю ногу);
- езда строевой рысью, при которой обе руки всадника (или одна рука) воспринимают движение плеч лошади, в момент когда лошадь выносит наружную переднюю ногу он садится в седло;
- объяснить, почему необходимо «пересечь под другую ногу» и решение этой задачи, причем всадник либо задерживается на такт в седле, либо остается на один такт дольше над седлом;
- облегчаться на рыси под правильную ногу и пересаживаться под другую в процессе езды при перемене направления.

Изучение гибкой выездковой посадки на рыси представляет собой более или менее серьезную проблему для каждого начинающего. Поэтому в начале обучения езде рысью мы не ставили перед учениками этой задачи только по той причине, чтобы избежать разочарований и сохранить желание продолжать заниматься верховой ездой. Раскрепощенность в области таза и тазобедренного сустава, необходимая для гибкой выездковой посадки, развивается не сразу, а постепенно. Чтобы избежать закрепощенной посадки и неправильной осанки всадников, мы не предъявляли им чрезмерных требований, пассажи облегченной рысью были в начале относительно короткими, постепенно мы увеличивали их временную продолжительность. Кроме того, исходя из причин безопасности, при первом знакомстве с этой формой посадки ноги учеников оставались в стременах, что давало им возможность сменить строевую рысь на учебную и наоборот. Это оказывало на них расслабляющее действие. Позже ученики ездили учебной рысью без стремян.

Умение чувствовать собственное тело на учебной посадке тренируется сначала на остановке, затем на шагу и, в конечном итоге, на рыси, она используется при езде рысью через жерди. При этом жерди лежат либо у стены манежа в середине его длинной стороны (для облегчения ориентирования) или, чтобы не мешать другим всадникам, на средней линии в середине круга. Учитель должен стоять непосредственно рядом с жердями, чтобы акустически отмечать их местоположение.

Облегченная посадка также осваивается сначала на остановке, затем на шагу, потом на рыси и галопе. Предпосылкой для изучения последнего аллюра является уверенность всадника при езде галопом на выездковой посадке, которая достигается следующими учебными этапами.

Первоочередной задачей является восприятие движение галопа лоша-

ди, чтобы получить о нем необходимое представление. Для этого необходимо взять лошадь на корду, помощник бежит рядом с всадником, подстраховывая его (одной рукой он крепко держится за ручку вольтижировочной подпруги или за страховочный ремешок седла, а его локоть прижимает бедро всадника к лошади, т.е. к седлу). Правильное поведение на лошади (распределение веса на внутренний седалищный бугор, сохранение плотного контакта с седлом) обсуждается заранее. Для такого вводного момента идеальным условием является квадратный манеж только в том случае, когда

- всадник перестанет держаться за лошадь руками,
- будет достигнута раскрепощенная посадка,
- всадник научиться самостоятельно поднимать лошадь в галоп,
- ученик сам почувствует, что способен ездить галопом без корды, т.е. когда у него появится известная уверенность на галопе, можно отстегнуть корду.

Очень опытные всадники с нарушенным зрением в исключительных случаях могут галопировать на облегченной посадке по открытой местности. При этом, разумеется, принимаются всевозможные меры предосторожности, это случается только при наличии оптимальных условий в отношении характера лошади и поверхности ландшафта.

Езда кадрили, когда слепой всадник должен работать в паре с нормально видящим партнером и может получать вспомогательные указания через радиопередатчик, вмонтированный в каску (только на выступлениях), или верховая езда под музыку (источник музыки должен находиться только в одном месте), а также проведение несложных верховых спортивных игр (например, командные соревнования) могут практиковаться в процессе работы со слепыми всадниками, они будут приятным разнообразием учебных будней.

10.6.2.5. Как можно научиться самостоятельно ухаживать за лошадью до и после занятия

Всадники с нарушенным зрением могут полностью самостоятельно подготовить лошадь к занятию и расседлать ее после его окончания, но для этого должны быть соблюдены следующие условия:

- в распоряжении всадников должны находиться подходящие лошади, которые отличаются спокойным, уравновешенным темпераментом, они должны быть добронравными и не щекотливыми, ведь слепой должен сохранять постоянный контакт с лошадью;
- всадник должен четко ориентироваться в пространстве, в котором он действует;
- нужно принять во внимание критерии безопасности, например, когда всадник чистит лошадь, она должна спокойно стоять на месте, не должно отвлекаться находящимися вокруг нее предметами или сумками с лакомством;
- на конюшне должен царить образцовый порядок, чтобы слепой всадник мог снова найти все необходимые ему вещи на привычных местах;
- дороги, по которым он ходит, должны всегда быть свободными от неожиданных препятствий (например, от тачки);
- помощники должны быть в достаточной мере компетентными, они должны хорошо осознавать важность вербальной информации, которую они передают слепым всадникам в общем учебном процессе;
- в распоряжении всадника должно находиться достаточное количество времени, чтобы он мог самостоятельно справиться с поставленными задачами.

10.6.3. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ

Как правило, слепые люди двигаются гораздо меньше, поэтому их опыт в области движения более ограничен, чем опыт людей с нормальным зрением. Каждое движение, и прежде всего в незнакомом помещении, для них связано с опасностью натолкнуться на какой-либо предмет. Можно часто наблюдать, как они с большим трудом могут осознанно расслабить отдельные части тела, у них слабо развита мускулатура спины и живота, что усложняет прямую посадку на лошади, они могут сидеть в седле прямо лишь короткое время, а в чрезвычайных случаях они имеют только слабо выраженную схему тела. По этой причине имеет смысл ввести одно или несколько гимнастических упражнений в определенный момент урока верховой езды. Например, перед тем как сесть на лошадь в манеже или сразу в начале занятия, ученики могут выполнить ряд упражнений, имеющих подготовительное значение. Эти упражнения также можно проводить в середине разбитого на два этапа занятия, чтобы снять напряжение или хотя бы уменьшить его. Ученики могут делать их и в последней фазе занятия с целью расслабления, например, когда лошадь проходит шагом с отданным поводом последние круги. Эти упражнения могут особым образом помочь решить проблемы, возникающие в процессе урока, например проблема осознания собственного тела или неправильная осанка.

Гимнастические упражнения могут выполнять различные функции:

1. Растягивание и расслабление отдельных групп мышц или суставов.
2. Укрепление некоторых мышечных групп.
3. Прочие функции (например, улучшение ориентирования, обучение ритму движения, улучшение схемы тела и ощущения собственного тела, расслабление).

10.6.3.1. Гимнастические упражнения перед ездой или как дополнение/альтернатива к уроку верховой езды

- Подскоки на месте в разных вариантах (разминка).
- Бег на месте, причем колени должны подниматься высоко вверх, а пятки касаться ягодиц (разминка).
- Сгибание туловища вперед, назад и в стороны (растягивание верхней части корпуса).
- Переменный шаг перед стеной, руки ученика опираются на стену как можно выше, одна нога выдвинута вперед и согнута в колене, другая отставлена далеко назад, пятки поднимаются и опускаются по направлению к полу. Одновременно с этим движением пальцы рук тянутся по стене как можно выше (растягивание мышц ног, спины, груди и плечевого пояса).
- Переменный шаг в сторону, мышцы широко расставленных в стороны ног сводятся вместе, а пятки одновременно отводятся в стороны (растягивание мышц внутренней стороны ноги).
- Поднять пятку одной ноги назад и схватить ступню рукой. Потом оттянуть колено как можно дальше назад и попробовать при помощи руки подтянуть ступню ближе к ягодицам (растягивание мышц передней стороны бедра).
- Круговые вращения плечами и вращение бедрами (по часовой стрелке и против нее), круговые вращения руками и ногами (расслабление в области таза, плечевого пояса, суставов кисти и стопы).
- С деревянной палки свисает нитка, к концу которой привязан какой-нибудь предмет (например, подкова). Вытянутыми вперед руками нужно вращать ее до тех пор, пока на нее не наматается

вся веревка (укрепление мышц кисти и предплечий).

- Встать на цыпочках на бревно или край ступеньки на лестнице и слегка согнуть колени. Далее попеременно опускать пятки по направлению к полу или к нижней ступеньке, а затем высоко приподниматься на цыпочках (растягивание мышц икры, ахиллесова сухожилия, укрепление мышц икры).
 - Встать в стойку, мышцы слегка разведены в стороны, ноги слегка согнуты в коленях, одна рука крепко держится за что-нибудь, чтобы сохранить равновесие. Не изменяя положения ног, надавить одной пяткой на другую ногу и продолжать нажимать как можно сильнее в течение 10 секунд (укрепление мускулатуры ног).
 - Сесть на стул, ступни поместить под планку у пола, ноги согнуты под прямым углом, руки на затылке. Отвести локти назад, верхняя часть корпуса продолжает сохранять вертикальное положение, затем и из этого положения наклонить ее назад (до диагонали), вперед и снова вернуться в вертикальное положение (укрепление мускулатуры спины и живота).
 - Принять стойку как на облегченной посадке, руки держать перед собой сжатыми в кулак (как будто держишь повод) и следить за тем, чтобы спина была прямой (ягодицы отклонены назад). В течение примерно 30 секунд пружинить в коленях, руки при этом держать свободно (укрепление мускулатуры ног и спины).
- Это лишь небольшой выбор упражнений, ориентированных на конный спорт. Каждое упражнение должно быть повторено несколько раз, обе стороны тела ученика должны нести равномерные нагрузки. Упражнения можно проводить в форме круговой тренировки.

10.6.3.2. Гимнастические упражнения на лошади на шагу

Этот раздел включает в себя некоторые гимнастические упражнения. Цифры, содержащиеся в скобках, указывают на то, какую функцию они выполняют в первую очередь (см. раздел 10.6.3):

- круговые вращения ступнями ног (в оба направления) (1.);
- оттянуть носки ног вверх и снова нажать вниз (1.);
- попеременно подтянуть пятки к ягодицам и схватить ступни руками. Затем оттянуть колено как можно дальше вниз/назад (1.);
- поднять оба колена как можно выше, затем опустить ноги и оттянуть как можно дальше вниз (1. и 2.);
- лечь вперед на шею лошади и погладить ее между ушами (это упражнение также способствует лучшему ориентированию на лошади) (1.);
- одной рукой погладить лошадь у репицы (с обеих сторон) (1. и 2.);
- сидя в седле, полностью откинуться назад и лечь на спину лошади, ноги и руки свободно и расслабленно свисают вдоль боков лошади (упражнение выполняется без седла) (1.);
- дотронуться правой рукой до мыска левой ноги и наоборот (1. и 2.);
- дотронуться рукой до мыска ноги с той же стороны (1.);
- взять стремяна и опустить пятки как можно глубже вниз (1.);
- сцепить руки на затылке и отвести локти назад (или выпрямить руки в стороны на уровне плеч). Сохраняя эту прямую осанку (не прогибаясь в пояснице), спокойно держать плечи и голову в этом положении и почувствовать, как таз эластично сопровождает движение лошади на шагу. Потом встряхнуть руки и плечи (1. и 2.);

- положить руки на затылок и отвести локти назад (см. выше). Не выходя из ритма движения шагающей лошади, попеременно поворачивать верхнюю часть корпуса направо и налево (1., 2. и 3.);
- с прямой осанкой попеременно раскачивать руки в обе стороны (вперед-назад) в ритме движения лошади шагом (3.);
- вытянуть обе руки в направлении потолка и в ритме движения лошади шагом попеременно вытягивать выше вверх то одну, то другую руку (1. и 3.);
- сохраняя прямую осанку, совершать круговые движения вперед-назад сначала одной рукой, затем обеими (упражнение «мельница») (1.);
- совершать круговые махи руками вперед-назад, осанка остается прямой (1.);
- сохраняя прямую осанку, совершать вращательные (круговые) движения плечами вперед-назад (1.);
- осанка остается прямой, расслабленные руки всадника свободно свисают вдоль туловища. Встряхнуть плечи, руки и кисти (1.);
- выпрямить одну ногу, отвести ее в сторону от лошади, а затем снова прижать ее к животу лошади, но как можно дальше сзади (1.);
- поднять ноги и положить их перед седлом (расслабление);
- следя за прямой осанкой, вытянуть руки в стороны на уровне плеч. Обнять самого себя обеими руками, затем сделать мах руками назад-вверх (1.);
- сохраняя прямое положение верхней части корпуса, упереть обе руки в кости таза. Откинуть таз вперед, затем снова вернуться в исходную позицию (3.);
- осанка всадника остается прямой, сначала он слегка наклоняется вперед и возвращается в исходную позицию, затем он выполняет такое же движение, но не вперед,

а назад, после чего верхняя часть его корпуса вновь принимает вертикальное положение. Далее, точно таким же способом он нагибается влево, снова занимает среднюю позицию, потом вправо и снова занимает вертикальное положение. Благодаря подобному «колебанию» вокруг вертикальной линии у всадника развивается чувство позиции, в которой его центр тяжести находится в динамическом равновесии над центром тяжести лошади (3.);

- сохраняя прямую осанку, всадник должен как можно сильнее напрячь одну руку (кисть сжата в кулак), поддержать ее некоторое время в этом напряжении, а затем осознанно расслабить мышцы руки и прочувствовать это ощущение. Такую смену между осознанным напряжением и осознанным расслаблением можно производить и обеими руками, одной или обеими ногами (оттянуть мысок вверх и сильно напрячь мышцы икры и бедра, затем снова расслабить ступню и ногу) или в области плечевого пояса (поднять плечи вверх и напрячь мышцы, затем опустить их и расслабить), причем на протяжении всего этого верхняя часть корпуса остается прямой. Фаза расслабления должна быть вдвое длиннее, чем фаза напряжения. Эти упражнения помогают всаднику получить представление о некоторых частях его собственного тела, подобные знания играют большую роль для верховой езды (внутренний – наружный шенкель, внутренняя – наружная рука и т.д.) (3.).
- При выполнении этих упражнений повод можно завязать на узел и оставить лежать на внутренней (по отношению к движению) стороне шеи лошади, таким образом в случае необходимости его легко можно снова взять руками.

10.7. УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПОМОЩНИКОВ

Для того чтобы поддержать образование людей, отвечающих за безопасность слепых всадников (т.е. помощников на уроке верховой езды), которые, особенно на первых занятиях, при общении с всадником один на один должны выполнить важные задания, на основе существовавшего до сих пор опыта мы разработали указания для практической части занятия. Эти правила служат для того чтобы

- устранить существующую неуверенность в общении со слепыми людьми;
- подчеркнуть значение языка как элементарного средства общения, а также средства создания представлений о движениях;
- унифицировать все относительные понятие и названия;
- оценить опасные моменты в общении с лошадью и помочь избежать их;
- оказать действенную помощь каждому ученику в отдельности.

10.7.1. СОВЕТЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЧИ КАК СРЕДСТВА КОММУНИКАЦИИ И СПОСОБА ПЕРЕДАЧИ ИНСТРУКЦИЙ

1. Если ты говоришь в присутствии нескольких учеников с нарушенным зрением, то сначала назови имя того человека, к которому хочешь обратиться.
2. Если ты уходишь из помещения, снова входишь в него или переключаешь внимание на другого ученика, обязательно сообщи об этом другим ученикам.
3. Избегай с нажимом произносить такие слова как «видеть», «взглянуть» и др.; «посмотреть на что-либо» для слепого человека означает дотронуться до этого предмета или взять его в руки.

4. Постарайся говорить с паузами.

5. Постоянно информируй слепого ученика о том, чем ты занят в данный момент или что ты планируешь сделать, а также какая часть этих действий «выпадет на его долю». Не оставляй его в неведении относительно целей и постановки задач, своевременно подготовь его к возможным вспомогательным действиям с твоей стороны, чтобы он, например, не испугался, когда твои руки неожиданно коснутся его ноги.

6. Завяжи с учеником разговор и удостоверься в том, что он тебя понял; попроси его передать смысл сказанного тобой собственными словами (например, двигательную задачу или информацию о пространстве, в котором ему предстоит действовать) и постарайся по возможности избегать постоянного «эха учителя» в его высказываниях.

7. Прежде чем слепой всадник начнет действовать, чтобы выполнить твои требования или указания относительно каких-либо движений, объясни или опиши ему помещение или пространство, в котором он будет двигаться.

8. В процессе непосредственного выполнения движения давай ему только короткие указания для ориентирования или оказывай лишь небольшую помощь в отношении ритма, старайся не слишком подробно объяснять технику движения или исправлять ее. В первую очередь, попытайся его расслабить например, останови лошадь.

9. Прежде чем ты поправишь какое-либо выполненное слепым учеником движение, сначала спроси его, какую функцию это движение имело для него непосредственно и чего он хотел достичь с его помощью. Возможно, он имел/имеет изначально другие представления или ожидания, о которых ты никогда не узнаешь, если не поговоришь с ним.

10. Если ты замечаешь у ученика признаки сомнения или страха, обоснуй свои наблюдения и попытайся объяснить причину. Одной из существен-

ных причин появления боязни является ожидаемая способность действовать в требуемой ситуации. Обсуждение страха никогда не должно быть запретной темой.

11. Обращай внимание на то, какую функцию твои комментарии типа «прекрасно, превосходно, хорошо, вот это класс, о'кей» имеют для ученика с нарушенным зрением, какую информацию он извлекает и какое значение он придает столь позитивному обратному контролю. Подобные «позитивные подкрепления» могут иметь негативные последствия – они могут затруднить учебный процесс или послужить причиной формирования неправильных представлений, исправить которые после частых «позитивных подкреплений» особенно трудно.

12. Попробуй использовать в своей речи ясные, четкие и понятные синтаксические конструкции. Избегай в совете речи путанных предложений и, прежде всего, каких-либо визуальных ссылок.

10.7.2. КАК ИЗБЕЖАТЬ ОПАСНЫХ МОМЕНТОВ В РАБОТЕ

Безопасность ученика при совершении всех действий в первую очередь зависит от лошади. Это требует от помощника большой концентрации на соответствующую учебную ситуацию, чтобы избежать опасных моментов и в случае необходимости иметь возможность быстро и целенаправленно принять решительные меры. Необходимым условием для этого являются уверенное обращение с лошадью и знание ее поведения.

Помощник всегда держится где-нибудь поблизости от ученика и должен обеспечить ему обучение путем реализации собственных возможностей. При каждой постановке задачи ученику нужно точно объяснить ее цель. Для того чтобы избежать нервных потрясений у слепого ученика, ему необходимо предварительно сообщать о

Мы уделили внимание не только подготовке помощников, но и прежде всего снабдили учеников базовыми знаниями об основных чертах характера лошади и вытекающих из них особенностях поведения, а также о том, как нужно обращаться с ней. На конюшне возле денника каждой лошади мы изготовили специальный «почтовый ящик» с карточками, на которых точечным и черным шрифтом были написаны основные сведения о том, как нужно ухаживать за лошадью до и после занятия, как можно надеть и снять с нее недоуздок, как надевать и снимать оголовье, как правильно седлать и расседлывать. Они также содержали информацию о разных двигательных процессах при вышеописанных работах на манеже, которые оказались наиболее практикуемыми и полезными для слепых всадников.

Эти разработки, составленные с учетом специфики Центра верховой езды гимназии для слепых, можно получить у авторов этой концепции, они могут быть выполнены нормальным печатным или точечным шрифтом.

10.9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная Вашему вниманию концепция в любом случае будет обсуждаться и обрабатываться далее, она будет представлена в дальнейших мероприятиях, проводимых в конном комплексе Немецкой гимназии для слепых, и будет развиваться дальше при совместной работе большого количества участников. Мы надеемся, что благодаря этим всеохватывающим наработкам мы откроем много других способов помочь людям с нарушенным зрением или совершенно слепым, чтобы они нашли возможность применить себя в конном спорте и считались равноценными спортивными партнерами, или же смогли просто обучаться этому виду спорта и, в зависимости от целей, тренироваться в одной из его областей.

бы темп движения лошади был как можно более равномерным. При этом необходимо следить за тем, чтобы на первых занятиях между лошадьми не было свободного пространства, т.е. чтобы голова лошади,двигающейся в смене почти «касаясь хвоста» впереди идущей. Так как в свободное от работы время эти учебные лошади имеют возможность гулять на пастбище или в леваде в табуне, где происходит естественное распределение «по рангам», то и на занятии они бегут в установленной ими же самими последовательности. Во главе смены едет опытный всадник с нормальным зрением. Все присутствующие в манеже должны соблюдать спокойствие и сконцентрироваться на соответствующие ситуации, чтобы суметь вмешаться при любой необходимости.

Если помощник слышит какие-либо жалобы ученика – пусть даже слабо выраженные (например, тошнота, потеря стремени, нарастающий страх), он должен немедленно сообщить об этом тренеру и, в зависимости от его распоряжений, провести индивидуальные объяснения или поправки (учитель отдает распоряжения, стоя в центре манежа). На пассажах рысью, когда помощники должны бежать вместе с лошадью в поводу, команды и указания отдаются только учителем, которые по-прежнему стоят в центре манежа.

При совместном беге с лошадью рысью (фаза разминки) помощники, как описано выше, должны вести лошадь в поводу или на коротком поводке, ученики же, если еще не могут управлять лошадью самостоятельно, держатся за ручку вольтижировочной подпруги или за страховочный ремешок на седле. Если нужно замедлить движение лошади (на этапе, когда всадники уже более или менее освоились в седле), то помощник должен спокойно подойти со стороны головы лошади, а если нужно заставить ее двигаться быстрее, то он так же спокойно подходит к лошади со стороны крупа.

ноги). Поднятая в горизонтальном положении и согнутая в локте рука, которой он ведет лошадь, может при помощи контакта локтя с шеей лошади дать представление о необходимой дистанции.

3. Самостоятельная посадка на лошадь (опасность повредить колени):

- согнутое колено находящейся в стремени ноги должно во время всего процесса посадки на лошадь сохранять контакт с седлом. Чтобы облегчить это действие как для лошади, так и для всадника, в начале урока рекомендуется сажать его при помощи специальной рампы.

4. Ссаживание с лошади (опасность зажатия и других повреждений суставов):

- слепой всадник должен слезать с лошади медленно, постепенно соскальзывая с седла вниз (на животе), так как сначала он должен научиться правильно оценивать расстояние от спины лошади до пола.

5. Момент, когда лошадь отводят обратно в денник (ситуативные опасные моменты):

- ученик ведет лошадь правой рукой и первым проходит в дверь денника;
- войдя в денник, он проводит лошадь по правой стороне денника и разворачивает ее полукругом, так чтобы его голова и голова лошади снова оказались у двери;
- ученик снимает с лошади недоуздок и тотчас же выходит из денника.

10.7.2.2. Задачи обеспечения безопасности в манеже

Основной задачей помощника на первых занятиях в манеже является страховка ученика, сидящего на лошади, он также заботится о том, что-

любом вспомогательном действии, а также о способе, которым оно будет оказано. Дискуссия о разного рода неясностях и идеях относительно содержания занятия или учебных методов проводится не на уроке перед группой учеников, а в какое-либо другое время, так как это может привести к появлению чувства неуверенности на уроке.

10.7.2.1. Конкретные опасные ситуации

1. Раскрючивание копыт (лошадь может задеть ученика ногой):

- особенно при раскрючивании передних копыт следует следить за тем, чтобы ноги ученика находились не на том месте, куда лошадь может поставить ногу;
- при раскрючивании задних копыт лицо всадника всегда должно находиться рядом с копытом сбоку.

2. Проведение лошади в манеж и из манежа:

- чтобы уберечь суставы ног лошади, ее всегда проводят на определенном расстоянии от стены а не просто ведут по стенке;
- в случае, когда слепые ученики ведут лошадь самостоятельно (правой рукой), помощник должен идти рядом с его левой стороны, так чтобы ученик мог зацепиться за его правую руку или опереться на нее;
- если дверные проходы слишком узкие, то первым обязательно должен пройти помощник, потом слепой ученик, а затем лошадь. Необходимо следить за тем, чтобы все двери были широко открыты и зафиксированы так, чтобы они не смогли неожиданно захлопнуться когда через них будет проходить слепой всадник с лошадью в поводу;
- ученики не должны идти слишком близко с лошадью или даже перед ней (она может наступить им на

11 РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ ЛЕЧЕБНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

Р. Юрклис

Понимание работы с родителями в качестве важной части педагогического процесса является естественным для социальной и лечебно-педагогической отраслей деятельности. Уже в детском саду это рассматривается именно так, и потому работа с родителями входит в качестве важного элемента во все программы обучения воспитателей.

В сформулированной нами теме требование к работе с родителями идет, однако, еще дальше. Работа с родителями понимается как элемент лечебно-педагогического вмешательства. Почему участие родителей должно иметь такое важное место, если именно родительское воспитание является причиной тех нарушений у детей или подростков, которые как раз и следует устранять?

Лечебно-педагогическая верховая езда (ЛПВЕ) осуществляется по просьбе родителей или опекунов в качестве дополнения к воспитанию. Это имеет силу и в тех случаях, если ЛПВЕ проводится в рамках служебных отношений общественного или частного воспитательного учреждения, например в школе или попечительском заведении.

ЛПВЕ всегда является лишь одной частью общего процесса воспитания. Прежде всего, она крайне ограничена во времени и представляет со своими небезопасными возможностями своего рода отдельный мир. Напротив, родительский дом и семья – это место, с которым ребенка связывают существенные взаимоотношения, место, которое сохраняет для детей большое значение не только в детстве в юности, но и позже. Значимость сохраняется и в том случае, когда дети не принимают или отвергают семью. Невзирая на такое отторжение, семья оказывает на них существенное влияние, формирует их.

Здесь для ЛПВЕ открывается возможность предложить дополнительную корректирующую линию к общему воспитательному процессу. Если роль ЛПВЕ видится именно такой, то совершенно естественным становится подключение родителей к лечебно-педагогической деятельности, поскольку существенные для «повседневного» процесса воспитания импульсы, коррективы и изменения только таким образом могут оказывать воздействие на детей и подростков.

11.1. ПОДГОТОВКА ПОЗИТИВНОЙ РАБОТЫ РОДИТЕЛЕЙ

Будет ли сотрудничество с родителями разворачиваться в позитивном ключе, в значительной мере зависит от того, каким будет его начало. Должно быть ясно, по чьей инициативе и с какой целью осуществляется эта совместная работа.

11.1.2. ПРОЯСНЕНИЕ ПОЖЕЛАНИЙ И ОЖИДАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ И ПЕДАГОГОВ ПО ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

В начале моей совместной работы с родителями всегда бывает бесплатная и совершенно неформальная, информативная беседа о ЛПВЕ, в которой проясняются ее возможности и границы, а также возможности конкретного педагога по верховой езде. Это означает, что родители должны представить себе как сам метод, так и личность реализующего его педагога, с тем, чтобы у них не возникало ложных, преувеличенных надежд. Все важные для дальнейшего сотрудничества темы должны быть прояснены уже в этой беседе. Содержание занятий, вопрос о том, как ребенка будут приводить и забирать с занятий, участие родителей в занятиях, беседы с родителями, продолжительность занятий и всего цикла, затраты, характер оплаты – все это должно быть содержанием самой первой беседы.

В то же время уже в этой беседе необходимо познакомиться с пациентом, его ситуацией, его семейным окружением, целями, которые он преследует, определить степень его готовности к совместной работе, так как и педагогу по верховой езде необходимо принять решение в пользу совместной работы.

11.1.2. ФАЗА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ

Решение о начале сотрудничества не должно приниматься во время первой беседы. Между первой беседой и принятием решения должно пройти хотя бы несколько дней. Это имеет следующие преимущества: становятся возможными дальнейшие уточнения, например медицинского характера, проясняется проблема принятия на себя расходов страховыми кассами или ведомствами и т.п. Кроме того, таким образом можно привлечь к участию в принятии решения другого супруга, учителя или родственников.

Для педагога по верховой езде промежуток времени между первым разговором и принятием решения о сотрудничестве имеет свои преимущества. Так, можно еще раз осмыслить, могу ли я лично работать с таким пациентом? Создадут ли мои лошади достаточные предпосылки для работы именно с этим пациентом? Что лучше в данном случае: индивидуальная работа или групповая?

Однако всегда должно быть гарантировано следующее: пациент, как бы он ни был молод, должен сам согласиться на совместную работу. Я всегда считаю достаточной причиной для прерывания совместной работы ситуацию, когда в первый же час беседы из высказываний или по поведению пациентов можно заключить, что для него участие в занятиях лечебной верховой ездой были бы вынужденными.

Подготовленное таким образом сотрудничество создает атмосферу и предпосылки, которые могут оказать положительное влияние на последующий процесс в целом.

11.2. СОТРУДНИЧЕСТВО С РОДИТЕЛЯМИ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ

На примере из моей практики я хотела бы прояснить различные формы и требования к совместной работе с родителями.

2 ОТ ВНЕШНЕЙ ОСАНКИ К ОСАНКЕ ВНУТРЕННЕЙ

С. фон Дитце (S. fon Ditze)

2.1. ВВЕДЕНИЕ

Я хочу, чтобы вы взглянули на карту, которую я привезла из своей поездки в Австралию и Новую Зеландию 10 лет назад (рис. 2.1). Меня поразило, насколько необычным может показаться такой будничным предмет как карта мира в перевернутом виде. В ней остались соблюдены все пропорции, все части света на своих местах, и размеры их не изменены. Но для меня она выглядит как совсем иной мир.

Ну и конечно австралийцам или новозеландцам приятно, что Европа расположена где-то далеко внизу в нижнем правом углу.

Взгляд на привычную картинку с иной точки зрения поразил меня как новый взгляд на мир. Основное внимание сразу привлекли Австралия и Новая Зеландия. Я купила эту карту и

повесила у себя дома как напоминание о том, что я намерена смотреть на мир с разных точек зрения.

Наблюдая явление с разных сторон, мы глубже вникаем в его смысл, ближе подбираемся к истине, и это помогает нам понять разные его аспекты и оценить их связи. Я собираюсь рассмотреть верховую езду не только с точки зрения верховой езды как таковой, но также с точки зрения физиологии и психологии и показать связь между ними.

2.2. ЖИЗНЬ – ДВИЖЕНИЕ

2.2.1. ФИЗИОЛОГИЯ

Жизнь – это движение. Истинность этого утверждения становилась мне все более очевидной в процессе моей работы физиотерапевтом с па-

циентами, лишенными подвижности. Манера двигаться указывает на индивидуальный собственный стиль каждого человека. Она зависит от конституции человека, строения его тела, его тренированности и вообще от его личности (рис. 2.2.). Пока мы живы – мы в движении, даже во сне: дыхание, сердцебиение, ток крови – это движение.

Если Вы скажете, что кто-то стоит неподвижно, это неправда, просто кажется, что он неподвижен. Его движения просто незаметны. Вы сами их почувствуете, если встав прямо, закроете глаза. Вы заметите множество мелких движений. Заметите поочередное напряжение и расслабление различных мускулов, которое необходимо Вам для поддержания равновесия. Это для нас крайне важно.

Я собиралась говорить с вами о движении и осанке всадника. Осанка – это движение. Оно едва заметно. Поскольку, осанка неподвижная поза – это движение, вы легко переходите из одной позы в другую, легко переходите к движению. Осанка любого человека много скажет вам о том, как он двигается, потому что она состоит из его движений. Как человек сидит или стоит, так же и двигается и ходит. При ходьбе множество мускулов и суставов работают одновременно, оптимально кооперируясь. Вот почему многие физиотерапевтические системы (PNF, Войты, Бобат) занимаются анализом и коррекцией походки (см. рис. 2.2).

Если Вам требуется проанализировать движение, вы должны знать как оно начинается и происходит, как ему обучить и как его тренировать.

Как начинаются и производятся движения и как обучаются определенным движениям?

Дети обучаются движениям легче, чем взрослые, благодаря особенности мозга, которая позволяет им усвоить последовательный ряд движений как единое целое, в то время

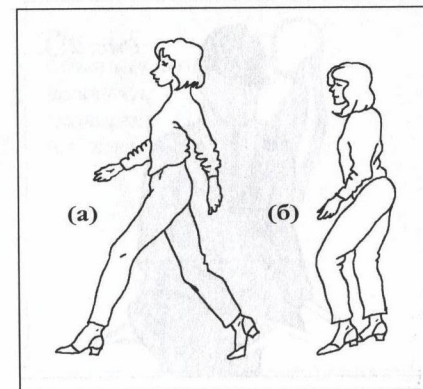


Рис. 2.2.

а. Получить правильное представление о движениях всадника в области таза и бедер можно, наблюдая его походку. Фигуре слева, нога которой двигается при ходьбе от бедер, легче будет правильно держать бедро в седле, чем фигуре, которая изображена слева – Плечи хорошо развернуты – Спина относительно прямая – Таз приподнят.

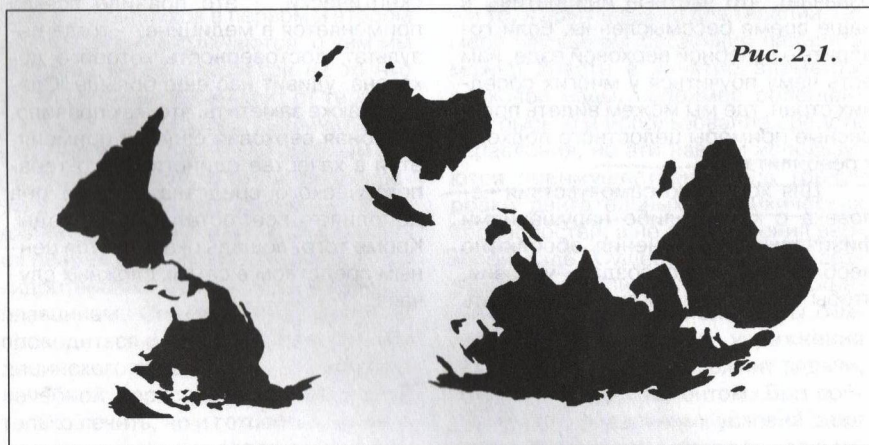
б. Отвислая грудная клетка. Живот вытирает вперед из-за того, что таз слишком наклонен вперед. Округлые плечи.

как взрослые вынуждены выполнять каждое из них по очереди. Взрослым приходится комбинировать известные им движения, пока они получают желаемое новое движение. Это, конечно, более длительный процесс, но отнюдь не невозможный.

Обучение движению базируется на трех основных положениях:

1. Первым идет движение, затем получим позу.

Ребенок, обучаясь ползанию, вначале качается на коленках и ладошках с локтями, пока не будет в состоянии принять положение, при котором он кажется стоящим в этой позе. Безусловно, ходить легче, чем стоять.



11.2.1. СИТУАЦИЯ ПРИХОДА НА ЗАНЯТИЕ И УХОДА

Как правило, детей и подростков приводят на занятия по ЛПВЕ родители или их доверенные лица. Этот человек становится для меня первым партнером для собеседования.

Для меня важно отнестись к сопровождающему лицу и пациенту открыто, дать понять, что оба они приветствуются. Я стремлюсь оставаться открытой для сообщений, которые могут исходить как от пациента, так и от сопровождающих его лиц. Я принимаю эти сообщения к сведению, не занимая при этом определенной позиции в отношении сказанного. Такая установка препятствует тому, чтобы начался бесконечный разговор с сопровождающим лицом, и у занятия ЛПВЕ отнималось бы время и место. Таким образом, осуществляется балансировка работы с родителями и работы с пациентами.

Если сопровождающее лицо в этот момент начинает отнимать слишком много времени, то за этим часто кроются такие соображения: «Я так же важен для своего ребенка, как и ты! Я хочу, чтобы меня с моими проблемами принимали так же серьезно, как и моего ребенка! Не отбирайте у меня моего ребенка! Я стараюсь правильно воспитать моего ребенка!».

Стоящие за таким поведением проблемы, конечно, не могут быть проработаны в ситуации, когда ребенка приводят или забирают домой с занятия (на них мы подробнее остановимся позднее), однако в этой ситуации от поведения педагога по верховой езде зависит, какое именно направление примет сотрудничество. Либо благодаря открытому поведению педагога станут явными его понимание и готовность к сотрудничеству, либо закрытое, уклончивое поведение приведет к дистанцированию или непониманию. При этом речь не идет о том, чтобы продемонстрировать исключительно только понимание, а скорее о том, чтобы отдать должное оправданным пожеланиям, например, назначив другое время для специального разговора.

Ситуация, когда ребенка забирают, очень часто находится под давлением того, что ребенок мог не соответствовать во время занятия тем или иным ожиданиям (с какой бы то ни было стороны). Это давление часто можно снять такими высказываниями педагога по верховой езде, как: «Нам было хорошо вместе! Животные очень понравились вашему ребенку!». Эти высказывания не предлагают пациенту приукрашенную или искаженную картину, но это разряжает ситуацию, свидетельствует об эмпатии и подтверждает мое желание дальше работать с пациентом. Такие высказывания снимают напряжение и у самого пациента тогда, когда, например, имеются сведения о принципиальных противоречиях с учителями.

Существенным в этих ситуациях является осознание педагогом по верховой езде того, что его профессионализм состоит именно в том, чтобы справляться со сложными ситуациями. Он получает деньги как раз за то, чтобы суметь разорвать сложившийся в отношениях порочный круг и создать новые возможности для их положительного развития.

11.2.3. ЗАПЛАНИРОВАННЫЕ БЕСЕДЫ

По моему опыту родители всегда открыты к запланированным беседам. Если эта форма работы с родителями уже в первой информационной беседе заявлена как само собой разумеющаяся составная часть лечения, то при переносе бесед не возникает никаких проблем. Мой опыт даже свидетельствует о противоположном: родители рассматривают перенос как естественную составную часть моей работы и как сотрудничества со мной.

Первую запланированную беседу, цель которой – осмыслить вместе предшествующую работу и наметить дальнейший ее план, по моему опыту, наиболее полезно назначать на время, когда после начала занятий ЛПВЕ пройдет не менее 10 дней, самое боль-

шее – 12 дней. За этот период педагог по верховой езде получает некий начальный опыт общения с пациентом, который дает ему содержательную базу для проведения следующей беседы.

Однако и при первой запланированной беседе поведение педагога по верховой езде определяется установкой слушателя. Родители открываются сначала медленно, с осторожностью. Сдержанная позиция педагога, ведение беседы на темы, предлагаемые родителями, установка на получение новой информации – все это создает доверительную атмосферу и придает родителям чувство собственной значительности. Таким образом, может начаться процесс, который делает возможным изменения, поскольку работа опирается на точное знание существующих проблем.

Последующие беседы позволяют педагогу по верховой езде рассказать о возможностях работы в рамках ЛПВЕ, обеспечивающих поступательное продвижение в занятиях. Наступает время, когда родители понемногу становятся более восприимчивыми к положительным результатам занятий их ребенка и им все меньше приходится обращать внимание только на отклонения и нарушения в его развитии.

Часто случается, что после этой первой фазы восприятия успехов ребенка вновь следует фаза неуверенности и сомнений. Если у очень самостоятельного ребенка возникает больше веры в себя, больше сознательности, то это может начать проявляться в разнообразных конфликтах или протесте с его стороны. Помимо этого, подобный процесс всегда связан с освобождением ребенка и его стремлением искать для себя собственные пути.

На этой фазе необходимо, чтобы педагог по верховой езде обеспечил бы в этом болезненном для родителей процессе понимание, поддержку и опору. Благоотворное воздействие на родителей будут оказывать разговоры, которые дадут им почувствовать, что их переживания находят у педагога по верховой езде понимание, даже

если из-за этого их собственная работа в ЛПВЕ будет несколько отодвинута на задний план.

Чем дольше родители будут знакомиться с работой ЛПВЕ и личностью педагога, тем более открытым и честным сможет стать разговор на щекотливые темы. В этот период педагогу приходится сталкиваться с ситуациями, в которых перед ним встает вопрос: «В состоянии ли я лично как терапевт, разобраться с затронутыми темами, предпринять связанные с этим необходимые действия?» Следует со всей ответственностью проверить себя и решить, не следует ли в сложившейся ситуации привлечь на помощь другие консультативные службы или же направить в них пациента. Для педагога эта ситуация существенно облегчается, если он соглашается на контроль над своей работой со стороны других лиц.

Решающий шаг в работе с родителями и в ЛПВЕ оказывается сделанным, когда родителям самостоятельно удастся осуществить перевод опыта ЛПВЕ в повседневную жизнь и социальное окружение ребенка. Я поясню это несколькими небольшими примерами:

- Родители рассказывают о том, как они помогли своему ребенку преодолеть страх перед шприцем у зубного врача, дав ему совет дышать так же ровно, как он научился это делать на лошади во время ЛПВЕ.
 - Родители рассказывают, что их ребенок больше не сидит в школе один, больше не является маргиналом, и находит в этом изменении взаимосвязь с занятиями ЛПВЕ.
 - Совершенно очевидным было воздействие занятий у Филиппа, который написал сочинение о Гунди, своей лошади, и впервые получил пятерку по немецкому языку.
- Еще одна деликатная тема возникает в работе с родителями, когда нужно внести существенное изменение в ход занятий (например, переход от индивидуальной работе к групповой) или же вообще завершить заня-

тия по ЛПВЕ. В этом случае следует заняться темами «перемены» или «прощание». Здесь необходимо, чтобы педагог по лечебной верховой езде вновь в значительной мере определял содержание работы с родителями, и используя свою профессиональную компетенцию, способствовал бы благополучному завершению работы.

11.2.4. ПОДКЛЮЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ЛЕЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ

Существуют определенные обстоятельства, которые в работе с детьми и подростками делают желательным подключение самих родителей к ЛПВЕ. Более подробное обоснование для принятия такого решения и практические примеры приведены нами в предшествующем параграфе (см. выше). Конечно, здесь следует учитывать, что исходной причиной для подключения родителей к совместной работе не должен служить семейный кризис, решение должно приниматься на основе плана лечения, выработанного для пациента. Существенным всегда остается то, что к подобному решению должен быть хорошо подготовлен сам ребенок или подросток, они должны позитивно относиться к такой перспективе.

11.2.5. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОСНОВАННЫХ НА ПЕДАГОГИКЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПРОЕКТОВ С РОДИТЕЛЯМИ И ДЕТЬМИ

Здесь прежде всего следует иметь в виду прогулки верхом, поездки в фургоне или же особые мероприятия в конце дня или недели. Речь идет о строго продуманных и организованных проектах. С их помощью должна быть достигнута намеченная для определенного ребенка или подростка цель, выходящая за рамки работы с ним в ЛПВЕ, но достигаемая средствами ЛПВЕ.

Подобный проект всегда требует от педагога по верховой езде особой вовлеченности, так как это связано с дополнительным приложением труда.

11.3. ОБЩЕСТВЕННАЯ РАБОТА

В работе с общественностью при ЛПВЕ сотрудничество родителей следует учитывать в двойном аспекте. Во-первых, родители сами по себе уже представляют часть общественности и в качестве такой целевой группы пригодны для общественной работы. Благодаря соответствующей работе с общественностью родителям должно стать отчетливо ясно, какие возможности ЛПВЕ открывает для них и их детей. При этом должны прорабатываться самые различные формы работы.

Во-вторых, общественность слишком мало информируется о возможном вкладе родителей в работу по ЛПВЕ. Для этого, разумеется, должна быть осуществлена предварительная концептуальная проработка этой темы с тем, чтобы квалифицированно и компетентно представить общественности суть дела. Таким образом, можно не только заинтересовать широкую публику, но и привлечь внимание людей, профессионально интересующихся предметом.

Вывод: из перечисленного, возможно, стало ясно, какое значительное место занимает сотрудничество родителей в процессе ЛПВЕ, если понимание воспитания и лечебно-педагогический подход имеют своей предпосылкой ответственное партнерство. В социально-педагогическом, лечебно-педагогическом и в школьно-педагогическом базовом образовании этому подходу, насколько мне известно, не отводится соответствующее место. В обучении педагогов по верховой езде эта тема также не находит должного отражения. Поэтому необходимо, чтобы практикующие ЛПВЕ специалисты предпринимали бы во время обучения и повышения квалификации соответствующие шаги, с целью соответствовать специальным задачам и потребностям в работе по ЛПВЕ, описанным выше.

12 СПОРТИВНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА – РАЗВИТИЕ И ОБУЧЕНИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ЛЮДЕЙ

К. Эльтце (K. Eitze)

Верховая езда в контексте спорта для инвалидов стимулирует развитие человека в детском возрасте, а взрослым позволяет компенсировать неполноценность и дает возможность разрядиться и отдохнуть. Она играет особую роль именно для интеграции умственно отсталого человека, так как зачастую из-за определенного образа жизни (интернат) и работы (покровительствующие предприятия), который определяется его заболеванием, мало контактирует со здоровыми людьми. основополагающие знания об умственных отклонениях и о том, как вести себя при обучении умственно отсталого всадника, а также представление возможной модели его обучения – все это должно помочь в работе тренеру, не имеющего педагогического образования, послужить толчком к созданию методико-конструктивной формы и побудить его к интеграции инвалида в нормальный конноспортивный комплекс. Наряду с выяснением профессиональных вопросов в этой статье на конкретных примерах я неоднократно ссылаюсь на необходимость совместной работы с педагогами-терапевтами, имеющих лицензию на занятия лечебно-педагогической вольтижировкой и верховой ездой, с родителями и ответственными за инвалидов лицами при периодически возникающих трудностях.

12.1. ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в нашем отнесенительно «малоподвижном» цивилизованном обществе занятия спортом приобретают все большее значение. «Благодаря занятию спортом в организм человека поступают физиологически значимые раздражения, ведь понятие спорта исчерпывается не только сохранением здоровья и профилактикой заболеваний, эти занятия

приносят радость и разрядку, снимают стрессы и уменьшают природную агрессивность». «Таким образом, спорт представляет собой подходящий способ для получения элементарных функциональных, развивающих и тренирующих раздражений для достижения и поддержания хорошей физической формы, работоспособности и общего хорошего самочувствия [Heipertz-Hengst C. Reitsport fur Behinderte. Lubeck 1980]

По Ф. Шиллингу, функция спорта ограничивается не только тренировкой техники и созданием хорошей физической формы; движение трактуется им как способ общения с окружающим миром, а способность действовать он понимает также как возможность накопить жизненно необходимый для развития личности опыт путем активных контактов с окружающей средой [Schilling F. Sport mit geistig Behinderten. Materialien zum Sport in NRW, Köln 1980]. Именно это влияние спорта, наряду с возможностью социального контакта, возможностью отдохнуть и получить удовольствие имеет важное значение для умственно отсталого человека, который вследствие своего замедленного и часто «застойного» процесса развития в детском и юношеском возрасте нуждается в стимуляции. На дегенеративность людей старшего возраста влияет монотонность и однообразие рабочей ситуации.

При этом для каждого умственно отсталого человека, независимо от степени тяжести его заболевания, верховая езда и общение с лошадью предлагают обширное поле деятельности. В отличие от других видов спорта, благодаря особому поведению лошади и ее «обаянию», оба этих аспекта мотивируют такого всадника в достаточной степени.

12.2. ОТ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ К СПОРТУ

Многие всадники и всадницы с психическими отклонениями, которые ориентируются на достижение спортивных результатов и занимаются в группах развития и интеграции, впервые познакомились с верховой ездой в рамках лечебной педагогики. Физически неполноценный всадник получает свои первые знания в области верховой езды и общения с лошадью с позиции исключительно лечебных аспектов

иппотерапии. Потом для него становится ясным, что он хочет продолжить общение с лошадью и научиться хорошо ездить верхом со спортивной точки зрения. Этому способствует лечебно-гимнастический двигательный импульс, получаемый при иппотерапии. У умственно отсталого человека все происходит точно таким же образом: необходимая в самом начале лечебно-педагогическая целенаправленная стимуляция процесса развития или целенаправленная подготовка к изменению поведения путем получения личного опыта с помощью лошади (сравни А. Крөггер [Kroger A. Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten. Graz 1984]), по мере достигаемого прогресса все больше отходит на второй план. Желание остаться рядом с лошадью остается неизменным. При этом умственно отсталый подросток или молодой человек на стыке областей спорта и лечебной педагогики под влиянием общих педагогических задач (интеграция, развитие самостоятельности, учеба, готовность взять на себя ответственность) может заниматься в соответствующих вольтижировочных группах или просто ездить верхом в рамках рационального свободного время проведения (хобби) после школы или работы на предприятии. Теперь основной целью является достижение успехов в области спорта, т.е. главная задача заключается в умении вольтижировать и хорошо ездить верхом. В противоположность этому в области лечебной педагогики на первом плане находится личное и социальное развитие пациента, а изучение применения средств управления лошадью и обучение всадника спортивным вольтижировочным упражнениям является лишь приятным «побочным продуктом» (сравни А. Крөггер [Kroger A. Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten. Graz 1984]). И если лечебно-педагогическая верховая езда и вольтижировка, согласно правилу, представляют собой ограниченное по времени мероприятие, стимулирующее развитие и имею-

щее четкие цели, то верховая езда в качестве спорта как для нормальных, так и для умственно отсталых людей, имеет значение неотделимой от их жизни деятельности с индивидуальной и личной мотивацией, которая распространяется не только на области досуга и отдыха, но и на большой спорт.

Тренер, занимающийся с инвалидом верховой ездой как видом спорта, наряду со знанием теоретических и практических основ верховой езды, педагогики и дидактики, должен иметь специальные познания, которые позволят ему передать учебную информацию людям с разными видами отклонений, что будет способствовать компенсации их неполноценности в процессе верховой езды. Если речь идет о работе с физически неполноценными всадниками, то сюда причисляют знание вспомогательного снаряжения, компенсирующего увечье, а также знание ограничений и аномалий движения. При возникновении каких-либо трудностей в качестве посредника между всадником и тренером выступает специалист по лечебной гимнастике с лицензией иппотерапевта. Если с теми же соображениями подходить к верховой езде как спорту для умственно отсталых людей и ставить вопрос о компенсации неполноценности, то ответ на этот вопрос прежде всего следует искать в области педагогики, так как проблематика умственно отсталых людей заключается в иной, отличной от нормальной, характеристике обучения (или поведения в процессе обучения). Это значит, что в основе психического заболевания находится более или менее выраженное снижение умственного развития. К тому же, для тренера ситуация осложняется тем, что нарушения, происходящие на фоне умственной отсталости, для непрофессионала не столь очевидны, как в случае работы с физически и психически неполноценными всадниками, тем самым, их сложнее определить. Наряду с общим знанием учебной ха-

рактеристики человека, теперь важно также знать, как происходит процесс обучения у умственно отсталого ребенка. Это необходимо для того, чтобы компенсировать его неполноценность на уроке верховой езды. Совместная работа со специальным педагогом-терапевтом именно в начальной фазе может дать важные импульсы для дальнейшей работы с пациентом.

12.3. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость – это нарушение, не имеющее четких границ, переходы от так называемого «полноценного» человека к человеку с умственными или психическими отклонениями очень плавные, они находятся в тесной связи с общественными требованиями. Чем сложнее и абстрактнее становятся способности, необходимые для существования в нашем обществе, тем больше людей попадают под стигму (признак) «умственно неполноценный», или, как позитивно выражаются в других федеральных землях, попадают под понятие «практически ничем внешне не отличающихся», и тем жестче становится предел работоспособности, который определяет, кто к какой группе относится. Плавные переходы и нечетко опознаваемые признаки умственной отсталости выражаются в вопросе, снова и снова возникающем у пациентов и нормальных всадников в центре лечебной верховой езды «Белый лук» (Кельн): как же случилось, что этот ребенок или подросток стал умственно отсталым? Следующие аспекты умственной отсталости прояснят ответ на этот вопрос:

- за исключением нескольких форм умственной отсталости, например синдром Дауна, нет типичной картины проявления этой болезни, определяемой по внешним признакам;

- так как трудности с обучением особенно сильно проявляются в абстрактных интеллектуальных областях, как это требуется в рамках школы, происходит «обособление и разграничение» путем распределения в спецшколы, одновременным следствием чего является позитивное стигматизирование. Что касается каких-либо практических и конкретных областей, куда я причисляю верховую езду, то при соответствующих условиях обучения нарушения пациента не столь очевидны, так что сторонний наблюдатель с первого взгляда часто не может увидеть какое-либо отклонение;
- наряду с нарушениями в различных областях учебы, картина проявления характеризуется индивидуальной работоспособностью, которую необходимо уметь определить и развивать. Однако в виду заданного выше вопроса она легко может привести к переутомлению, так как продемонстрированные способности точно также автоматически будут переноситься на другие области;
- как правило, учебные характеристики умственно отсталого человека свидетельствуют о сильно замедленном процессе развития, так что непрофессионал может отличить нормального человека от неполноценного ребенка или подростка только сравнив его поведение с указанием фактического возраста в анкете, что также проясняет и степень отклонения от нормы. И все же сейчас при оценке умственно отсталого человека специалисты не советуют проводить непосредственное сравнение биологического возраста и уровня развития, так как можно ошибиться в оценке жизненного опыта ребенка или подростка. Подобное сравнение возрастных потребностей часто оказывается неверным.

В результате этих высказываний становится ясно, что умственная отсталость проявляется по-разному. Приведенные ниже признаки позволяют лучше оценить поведение умственно отсталого человека и особенно его поведение в процессе обучения, что поможет создать оптимальные условия обучения верховой езде.

Определения часто бывают довольно абстрактны, они не всегда понятны, но их преимущество заключается в том, что они в как можно более сжатой форме соединяют важнейшие аспекты. По этой причине для дальнейшего объяснения умственной отсталости я представлю определение Баха (Bach; 1979) с пояснениями. Вот оно: «Умственно отсталым человек считается в том случае, если его поведение в процессе обучения (или его учебные характеристики) на протяжении всего времени в значительной степени уступает ожиданиям, в основе которых лежит его биологический возраст, для него характерно преобладание наглядно осуществляемого приема, переработки и накопления учебной информации, их интерес к учебе сконцентрирован на непосредственном удовлетворении запросов обучающего – независимо от количества условий возникновения/причин данного отклонения и выраженности появляющихся в совокупности с этим отклонением моторных, сенсорных, языковых, психодинамических и социальных особенностей и частичных учебных возможностей».

«Умственно отсталым человек считается в том случае, если его поведение в процессе обучения (или его учебные характеристики) на протяжении всего времени в значительной степени уступает ожиданиям, ориентированным на его биологический возраст...». Умственная отсталость возникает в результате органического повреждения головного мозга при рождении или в течение первых 3 лет жизни ребенка, что нарушает его способность к обучению, развитие больше не может

проходить нормально. Обуславливать умственную отсталость могут экстремальные и тормозящие развитие условия окружающей ребенка среды, хотя при рождении у него не было никакой органической мозговой травмы. Ребенок может наверстать подобные «торможения» развития в том случае, если врачи своевременно назначат определенные меры для стимулирования развития ребенка, так что здесь можно говорить об исключительно временных проблемах поведения в процессе обучения, т.е. его можно существенно изменить в противоположность умственной отсталости, при которой учебные характеристики остаются ограниченными на всю жизнь и «для него характерно преобладание наглядно осуществляемого приема, переработки и накопления учебной информации, их интерес к учебе сконцентрирован на непосредственном удовлетворении запросов обучающего...». Для того чтобы создать подходящие условия для обучения умственно отсталого человека, учебные ситуации должны быть не только конкретными и четко сформулированными в словах, но и по возможности наглядными и направленными на совершение активных действий. Благодаря непосредственной обратной связи от лошади верховая езда создает необходимые условия для обучения. Так, общение с животным помогает формированию общего социального поведения. Кроме того, при верховой езде лошадь конкретно реагирует на применение тех или иных средств управления, вследствие чего умственно отсталый всадник может установить причинно-следственные связи в наглядной ситуации. Высокая учебная мотивация как бы задается самим животным, так что в отличие от многих других учебных областей педагогу не нужно изобретать для ученика какие-либо потребности, чтобы создать сравнимую учебную мотивацию. Нередко тренер, слушая рассказы родителей или воспитателей, описывающих поведение

умственно отсталого всадника в других сферах жизни, может лишь с большим трудом поверить в недостаточную готовность участвовать в какой-либо работе или в какие-либо «заскоки» в поведении своего подопечного, так как в такой форме эти явления ни разу не наблюдались ни на конюшне, ни в общении с лошадью.

«Независимо от количества условий возникновения/причин данного отклонения...». Как правило, диагностика условий возникновения умственной отсталости позволяет сделать довольно мало заключений в отношении конкретной картины проявления болезни. Рассказы родителей и воспитателей могут послужить лишь отправной точкой для оценки работоспособности умственно отсталого всадника, так как именно в работе с умственно отсталыми людьми аспект отношений с окружающими существенно влияет на готовность учиться и на учебные способности. По этой причине для знакомства с умственно отсталым учеником, для его оценки и, тем самым, для создания оптимальных условий обучения, начальная фаза имеет не менее важную информативную значимость, чем сообщения родителей и опекунов. На начальном этапе благоприятные условия для интенсивного контакта с умственно отсталыми всадниками-учениками создаются на индивидуальных занятиях на корде. Если же всадник уже обладает некоторым опытом в области верховой езды, то он может начать заниматься сразу в маленькой группе, максимальный состав которой не должен превышать трех человек.

«... и степени выраженности появляющихся в совокупности с этим отклонением моторных, сенсорных, языковых, психодинамических и социальных особенностей и частичных учебных возможностей». Нарушения в поведении в процессе обучения более или менее интенсивно влияют на все области развития умственно отсталых людей. Процесс обучения умственно отсталого ребенка блокируется два-

ды. Вследствие очень низкой способности реагировать, внешние стимулы оказывают очень небольшие раздражающие действия. Например, если нормальный ребенок добивается успеха в игре или при исследовании какого-либо предмета, то это стимулирует его на новые попытки. В случае умственно отсталого ребенка этот стимул отсутствует. Для того чтобы достигнуть каких-либо результатов в учебе, эти дети максимально используют свою работоспособность. На все это окружающий их мир реагирует «с пониманием», результатом чего является еще более сильное замедление процессов развития, так что отставание наблюдается во всех областях.

Для организации учебных процессов необходимо как можно более точно ознакомиться с нарушениями соответствующей области развития, а также с частичной успеваемостью путем наблюдения в начальной фазе и постоянного анализируя все дальнейшие этапы занятия. Тренер должен обратить внимание на следующие особенности в разных областях развития и учитывать их при проведении урока.

12.3.1. МОТОРИКА

На двигательное поведение умственно отсталых людей влияет довольно часто наблюдаемый гипотонус мускулатуры, что проявляется в недостаточной способности быстро реагировать, в слишком низком тоне тела (это является причиной возникновения многих сложностей, особенно при езде строевой рысью), а также в низкой скорости совершения движений (например, если нужно быстро выполнить одно движение за другим, то в большинстве случаев это задание невыполнимо для умственно отсталого человека). Как правило, у них нарушена вся координация тела, поэтому все стереотипы движения необходимо разделить на небольшие учебные этапы и тренировать их в часто повторяющихся упражнениях.

Особенно сильно может быть нарушена моторика рук, так что ребенок не в состоянии самостоятельно надеть оголовье (дать лошади трензель), застегивание пряжек также вызывает значительные проблемы. Достичь успеха в этой области можно путем регулярных тренировок. Этим ни в коем случае нельзя пренебрегать, ссылаясь на нехватку времени, или от нетерпения ограничивая время для таких упражнений, так как развитая таким образом ловкость рук позитивно влияет на управление поводьями на уроке верховой езды.

Чувство баланса должно быть развито уже до вольтижировки, и нужно считаться с тем, что у умственно отсталых начинающих всадников существуют значительные нарушения в этой области, о чем свидетельствует ужас и страх, которые появляются у них, когда они сидят на спине лошади. Тренируя чувство равновесия при помощи специальных упражнений на вольтижировочной подпруге и в седле, от этих страхов можно избавиться еще в начальной фазе обучения.

12.3.2. СЕНСОРИКА

Восприятие умственно отсталого человека также в значительной степени нарушено или изменено. Так, акустические или оптические раздражения (например, свет лучей солнца) могут восприниматься намного интенсивней, и эти внешние раздражения будут сильно отвлекать всадника от занятия. Тактильная чувствительность тоже может быть занижена, так что из-за низкой чувствительности кожи осторожное похлопывание шеи лошади может перейти в сильные удары, а нажим (посыл) высылающим шенкелем осознается и развивается только спустя какое-то время. Нужно всегда видеть связь неожиданно возникающих отклонений в поведении с нарушенной способностью восприятия.

12.3.3. РЕЧЬ

Речь как одна из наиболее высокоразвитых и сложнейших областей способностей человека, у умственно отсталых людей может быть повреждена во всех сферах: от легких ошибок при произнесении слов, которые не сильно осложняют коммуникацию, до гравированного искажения слов, так что понять, о чем идет речь, можно только из ситуативного контекста. Чтобы научиться понимать язык умственно отсталого человека, нужно внимательно вслушиваться в его речь, часто на начальном этапе необходима помощь воспитателей в переводе их слов. Зачастую на основании недостаточной силы выразительности нельзя сделать вывод о языковом понимании, это значит, что даже при наличии серьезных проблем с артикуляцией или при полностью отсутствующей силе выразительности языковое понимание может быть очень хорошо развито для практической жизненной деятельности (работы). Использование взрослым быстрой речи, предложений со сложными синтаксическими конструкциями приводит к тому, что умственно отсталый ученик, даже тот, чьи речевые способности казались очень хорошими, не понимает его. Тренер, особенно при употреблении специальной лексики, должен сначала удостовериться в том, понял ли его начинающий всадник. Если задания, данные тренером, не выполняются совсем или выполняются неверно, то часто это объясняется тем, что ученик недостаточно хорошо понял инструкцию, гораздо реже первопричиной является двигательная импотенция. Для своих указаний тренер должен научиться выбирать четкие и краткие формулировки, которые, например, при выполнении маневрных фигур, можно подкреплять жестами. Кроме того, на уроке верховой езды с умственно неполноценным всадником необходимо уделять большое внимание основному дидактическому принципу: «Мы учимся лучше в том случае, если задействованы все каналы органов чувств».

12.3.4. ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Как уже отмечалось выше, необходимо постоянно учитывать психо-социальное окружение умственно отсталых людей. Как правило, у них почти или совсем не развито чувство собственной значимости, они не верят в свою способность совершать активные действия, вследствие чего ответными реакциями на предъявляемые требования являются чувство панического страха или даже ужаса. Индивидуальное стимулирование развития или занятия с небольшими группами должны дать тренеру не только возможность подробно познакомиться со своими учениками и правильно оценить их, но и предоставить возможность умственно отсталым всадникам научиться воспринимать тренера как стабильного человека, которому они могут доверять и который поможет им освоиться в таком чужом и странном окружении, каковым для них является конюшня и сама лошадь на начальном этапе. Как правило, в связи с заниженным чувством собственной значимости у умственно отсталого человека отсутствует «иммунитет» к разочарованиям и неудачам, что может привести к полному отказу от занятий. По этой причине в учебные ситуации в начале обучения должны быть построены в рамках небольших рабочих этапов, направленных на их успешное выполнение. Постепенно на основе хорошего отношения к ученику, обсуждая вместе с ним его неудачи и ликвидируя их последствия, нужно расширять границы результатов с целью достижения более интенсивной стимуляции.

Резкие всплески эмоций – радости и восхищения или ярости и горя – могут сильно изменить поведение умственно отсталого человека. События, которые он пережил в семье, в школе или на предприятии могут постоянно влиять на занятия верховой ездой. В этом случае необходимо прояв-

нить ситуацию вместе с всадником или побеседовать с родителями или воспитателями, что позволит найти быстрый выход из затруднительного положения.

12.3.5. СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Социальные особенности умственно отсталых людей находятся в тесной связи с психодинамическими отклонениями, т.е. как воспитатели обращаются с их психодинамическими особенностями в рамках социального развития. Чрезмерная опека в родительском доме или положение «гетто» в случае размещения в интернате плюс индивидуальные отклонения – все эти факторы могут дополнительно повлиять на социальное развитие умственно отсталого человека. Консультации с педагогом могут дать тренеру важные советы, которые помогут ему понять поведение умственно отсталого всадника в группе.

12.4. ЭТАПЫ ОБУЧЕНИЯ НАЧИНАЮЩЕГО УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО ВСАДНИКА С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Прежде чем представить отдельные фазы возможной модели обучения умственно отсталого всадника, в первую очередь стоит выяснить необходимые данные о всех участниках этого процесса (лошадь-тренер-всадник).

12.4.1. ЛОШАДЬ

Как уже отмечалось выше, умственная отсталость может проявляться по-разному. По этой причине оптимальным вариантом было бы иметь в распоряжении как можно больше разных типов лошадей. Небольшой рост и доверие, которое вызывает внешний вид ма-

ленькой лошади, – все это актуально для детей, подростков и взрослых небольшого роста. В свою очередь полному взрослому всаднику нужна крупная лошадь. В общем, с учетом замедленной реакции умственно отсталых людей для этой цели больше всего подходят лошади со спокойным и уравновешенным характером. Иногда бойкие, темпераментные и даже нервные лошади как бы настраивают свое поведение на умственно отсталого всадника, причем свои обычно резкие реакции на происходящее они не проявляют совсем или крайне редко. Большое значение играет аспект отношений между всадником и лошадью, поэтому при выборе лошади тренер должен обратить на это особое внимание.

12.4.2. ТРЕНЕР

Тренер должен уметь снижать свои требования в отношении результативности, соизмеряя их со степенью тяжести отклонений от нормы умственно отсталого всадника. Он должен также ясно понимать, что даже самое небольшое продвижение вперед потребует много времени. Для многих умственно отсталых всадников езда шагом, чередующаяся с несколькими переходами в рысь, имеет достаточное спортивное значение. Итак, творчество и фантазия в отношении построения занятия должны происходить на таком уровне, на каком тренер, как правило, работает не привык.

12.4.3. ВСАДНИК

Наряду с вышеописанными признаками, обусловленными умственной отсталостью, которые необходимо учитывать в рамках обучения, предварительно необходимо перепроверить общую способность к занятию спортом в отношении медицинских противопоказаний. Таковыми являются, например, эпилепсия (для начала занятий верховой ездой необходимо, чтобы приступы не повторялись по меньшей

мере в течение 2 лет), органические аномалии (порок сердца и др.), а также внутренние болезни (гемофилия и т.д.). Для юридической гарантии тренера должен потребовать представить ему фактическую медицинскую справку. Кроме того, чтобы при помощи тренера изучить какое-либо простое действие при верховой езде, умственно отсталый всадник должен понимать все словесные инструкции тренера.

В плане поведения умственно отсталого всадника в процессе обучения необходимо назвать следующие аспекты, на которые следует обратить внимание в рамках специфичной для умственной отсталости методики/дидактики.

12.4.4. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ УСПЕХ НА ЗАНЯТИЯХ

Каждый нормальный человек имеет определенные склонности и интересуется какими-то занятиями, т.е. у него есть хобби, о котором он всегда охотно рассказывает. Умственно отсталые люди в этом плане ничем не отличаются от здоровых людей, поэтому отношения с ними проще всего строить на основе их интересов и запросов. Причем часто эти интересы привязаны к конкретным повседневным предметам (вещам). Так, одна умственно отсталая девочка фиксировала все внимание на своих ботинках. Таким образом, ее интерес тотчас же привлекли ноги лошади и ее подковы. На этой теме начало быстро развиваться общение. Понимание поведения лошади и ситуаций, возникающих на конюшне, также лучше всего объяснить путем сравнения с собственными переживаниями и опытом инвалида из повседневной жизни.

12.4.5. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РУКОВОДСТВУ

Для того чтобы запустить в ход учебный процесс, учебная информация должна быть распределена на как можно меньшие этапы обучения,

успешное выполнение которых должно послужить для умственно отсталого всадника стимулом для начала следующего этапа. Как правило, определенное ограничение учебной информации на занятии способствует более продолжительным учебным успехам. При планировании занятия необходимо учитывать последовательное повторение действий, т.е. прежде всего качество движений, а лишь потом их количество. Это позволит устранить двигательную неуверенность пациента и на долгое время укрепит его память. Разные перемены должны происходить путем изменения условий выполнения задания: например, при тренировке езды на манеже при помощи оптических средств (кегли) или без таковых, с ограничением лентой в точке удара копытом или без ограничения лентой средней линии манежа и т.д.

12.4.6. ИНТЕНСИВНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ СТИМУЛА ВО ВРЕМЯ УЧЕБНОЙ СИТУАЦИИ

Чтобы зафиксировать внимание умственно отсталого всадника на определенном предмете обучения, в большинстве случаев требуется интенсивное побуждение со стороны тренера. Ведь в этом случае лошадь вряд ли может помочь, так как при нечетком неконцентрированном управлении всадника выполнение упражнения лошадью в качестве непосредственной обратной связи будет некорректным.

12.4.7. СИЛЬНАЯ ОТВЛЕКАЕМОСТЬ

Низкая способность концентрироваться тесно связана с сильной отвлекаемостью умственно отсталого всадника. Его поведение во время обучения может значительно ухудшиться, например, из-за зрителей, шума извне манежа, причина может

также заключаться в многочисленности группы. Задачей тренера здесь будет забота о соответствующем стимулирующем учебном окружении.

12.4.8. ОГРАНИЧЕННАЯ СПОСОБНОСТЬ СДЕРЖИВАТЬ СЕБЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Сдержанность всадника в учебных ситуациях тесно связана с уровнем трудности требования: чем выше требование, тем быстрее нужно сделать перерыв после его выполнения. При помощи индивидуальных заданий, выполняемых всадником, эти паузы особенно хорошо вписываются в разные фазы занятия, и остальная группа в это время может спокойно передохнуть и «прийти в себя». Наряду с уровнем сложности предъявляемых требований, на сдержанность умственно отсталого всадника в процессе обучения влияет также его индивидуальная загруженность, т.е. чем интенсивней всадник сталкивается с новыми ситуациями и учебными требованиями в школе, на работе, дома и в интернате, тем, как правило, большую выдержку он демонстрирует в учебном процессе на уроке верховой езды. Последнее зависит не только от ментальной способности к нагрузке, но и от физической формы всадника. Поэтому в рамках беседы при обмене информацией с воспитателями тренер должен выяснить у них, занимается ли умственно отсталый всадник какими-либо другими видами спорта, кроме верховой езды. Чрезмерные требования в учебной ситуации могут выражаться в эмоциональных всплесках и отказе от занятий, а также в состоянии беспомощности, когда всадник практически не способен реагировать на указания тренера.

12.4.9. СПОСОБНОСТЬ ВОСПРИНИМАТЬ КАКИЕ-ЛИБО ИЗМЕНЕНИЯ

Четко распределенный, снова повторяющийся ход событий помога-

ет умственно отсталому человеку, найти свое место в окружающем мире и активно действовать самому, так как он твердо знает, какие действия будут следующими. Выученный материал, как правило, все же привязан к изначальной ситуации, и при каких-либо изменениях, например, чужая лошадь, первый выезд, участие в турнире и т.д., могут перестать вызывать привычную схему действий, следствием чего может быть односторонний отказ от верховой езды. Эти «мгновенные шаги назад» необходимо понимать в широком контексте отношений с окружающим. Развитие способности воспринимать изменения в привычной обстановке требует длительного времени. Благодаря исчезновению страхов усиливается способность активно действовать. Таким образом, всадник сможет безбоязненно вступать в новые, незнакомые ситуации.

12.4.10. ФАЗЫ ОБУЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИЧНОЙ ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ДИДАКТИКИ

1. Фаза: «Знакомство»

Первая фаза в рамках обучения умственно отсталого всадника характеризуется «знакомством» во всех отношениях.

Всадник —> Тренер

В этой фазе умственно отсталый всадник должен наладить контакт с тренером, научиться полностью ему доверять, преодолевать с его помощью все свои страхи и сомнения, появляющиеся во время занятия. На этом этапе ввиду создания оптимальной учебной ситуации тренер должен как можно больше узнать о вышеуказанных аспектах своего ученика, и особенно то, с какими экстремальными формами поведения он должен считаться.

Всадник —> Лошадь

Тренер помогает умственно отсталому всаднику познакомиться с лошадью. Первое сближение происходит при чистке лошади. Для этой фазы очень важно объяснить умственно отсталому человеку манеру ее поведения а именно, если лошадь поворачивает голову к всаднику, это вовсе не означает, что она хочет его укусить, просто таким образом она обнюхивает человека и «знакомится» с ним. Хлесткие удары хвоста предназначаются не всаднику, а мухам, садящимся на живот и круп. Многие виды поведения лошади, которые являются для нас привычными и обыденными, для новичка таят в себе страх, заставляют его чувствовать себя напряженно. Их необходимо четко объяснить, сделать более понятными. На этом этапе чистке лошади нужно уделить достаточно много времени, чтобы в первую очередь умственно отсталый всадник мог познакомиться с лошадью с земли. Следующим шагом является вывод лошади в манеж, на плац или в поле, что позволит ему еще лучше узнать лошадь. Если по причине внешних условий в распоряжении есть только определенный промежуток времени для езды на лошади, то в этой фазе она может часто «выпадать» в пользу более длительной фазы чистки. Ведь лошадь тоже должна привыкнуть к своеобразному поведению умственно отсталого человека.

Всадник —> Конюшня

Для развития самостоятельности умственно отсталого всадника большое значение имеет «ознакомление» с конюшней: где находится аммуничник, туалет, какая лошадь стоит в каком деннике. Если умственно отсталый всадник плохо читает, то имеет смысл кроме надписи отличать седельную сбрую при помощи фотографий.

В рамках обучения верховой езде в начале тренируют правильную посадку и чувство баланса, причем всад-

ник сидит на лошади, которую ведут в руках. Все это необходимо для того, чтобы на повороте он научился «вписываться» в кривую линию. Обучение проводится также и на корде на более сложных аллюрах. На этом этапе близость тренера и всадника (когда он ведет лошадь в руках, а инвалид сидит верхом) имеет то преимущество, что всадник перестает бояться и учится доверять своему учителю. Кроме того, в процесс занятия предпочтительнее включить тактильные средства управления. Постепенно к управлению лошадью можно подключать самого всадника. Я начинаю делать это с остановки, всадник должен действием шенкелей заставить лошадь начать движение, причем лошадь пока ведут в поводу, так как, начиная работать шенкелем, всадник часто теряет правильную посадку (заваливается вперед, задирает каблук и т.д.). Воздействие средств управления на лошадь для умственно отсталого всадника является чрезвычайным событием, он безмерно удивлен тому, что такое большое животное слушается и выполняет его команды. Когда всадник при небольшой поддержке тренера приобретает уверенность в управлении поводом и шенкелями на шаг, происходит переход к следующей фазе.

Всадник —> Ассистент

Следующим этапом является знакомство всадника и ассистента друг с другом под руководством тренера.

Фаза 2. «Включение в состав верховой группы с ассистентом»

В этой фазе обучения нужно построить занятие в такой форме, которая бы принимала во внимание сниженную самостоятельность умственно отсталого всадника и его потребность в чьей-либо немедленной помощи в экстренном случае. На этом этапе происходит присоединение к со-

ответствующей верховой группе. По образцу ведения лошади в поводу, возник «поддерживающий» способ верховой езды с ассистентом, который идет рядом с сидящим на лошади умственно отсталым всадником, находясь на уровне его плеч. Его задача заключается в том, чтобы поддерживать всадника там, где это совсем необходимо, но, в то же время, стараться делать это как можно реже. Во время коротких пассажей рысью ассистент бежит рядом с лошастью, держа ее за повод. Шагом же умственно отсталый всадник едет самостоятельно. На этом этапе наряду с приобретением большей уверенности в общении с лошастью нужно начинать учить манежные фигуры. Принимая во внимание недостаточную способность умственно отсталого всадника ориентироваться в пространстве, ему бывает очень тяжело найти эти «невидимые дороги в манеже». Оптические вспомогательные средства, например гвельи или штанги, могут оказаться весьма полезными для корректной езды манежных фигур.

Фаза 3. «Езда в шаговой группе без ассистента»

Если умственно отсталый всадник уже в достаточной степени освоился со своим умением действовать и полностью доверяет лошади, то в рамках шаговой группы можно начинать следующий этап – короткие пассажи рысью без помощи ассистента, т.е. самостоятельно.

Фаза 4. «Совершенствование применения средств управления на рыси и галопе на корде».

После прохождения вышеописанных фаз обучения очевидно, что всадник демонстрирует достаточное умение реагировать и обладает необходимыми физическими умениями, он хорошо понимает инструкции и за-

дания. Все это является предпосылкой для его участия в интегративной тренировке шагом, рысью и галопом. На этом переходном этапе всадник снова ездит на корде. Таким образом, во время этой работы он закрепляет применение средств управления на рыси и галопе, чтобы впоследствии ездить самостоятельно на этих более сложных в отличие от шага аллюрах.

Фаза 5. «Включение в состав интегративной группы»

Так как в рамках школы и работы умственно отсталый человек мало общается с людьми без отклонений, то в состав верховой группы, если, конечно, это возможно, должны входить и нормальные всадники.

Все эти фазы обучения были разработаны на основе многолетнего опыта в центре лечебной верховой езды «Белый лук» (Кельн) в рамках лечебно-педагогической верховой езды и верховой езды как вида спорта для умственно отсталых людей, а также на протяжении моей работы в центре помощи молодежи и инвалидам Михальсхофен (Кельн). По причине индивидуальных условий отдельных всадников, а также с учетом вида их отклонения и количества часов езды за неделю, о временной продолжительности отдельных фаз нельзя сообщить определенных данных. Впрочем, с нормальными всадниками дело обстоит точно так же. «Поддерживающий» способ верховой езды проводился с помощью нормальных подростков в центре лечебной верховой езды «Белый лук» благодаря соединению с союзом верховой езды. Результатом этой работы в роли ассистента было то, что нормальные дети и подростки на фоне общения с лошастью перестали бояться общаться с умственно отсталыми людьми, исчезли все связанные с этим предрассудки, что способствовало всеобщей интеграции внутри союза верховой езды.

13 СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДОЙ

К. Хайперц-Хенгст (C. Heipertz-Hengst)

13.1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ЛОШАДЯХ

13.1.1. ОСНОВЫ

Если мы хотим использовать лошадь в качестве инструмента и партнера влечении инвалидов, нам необходимо иметь представление о ее строении, движениях и свойствах характера. Другими словами, нам следует знать

особенности разных пород лошадей, разбираться в их экстерьерах, иметь представление об их развитии и хорошо знать, как обращаться с лошастью и как заботиться о ее благополучии. Нам нужны также практические навыки кормления лошади и содержания ее в конюшне. Кроме того, нам надо иметь представления о пульсе, дыхании и температуре тела животного, чтобы мы могли понять, здорова лошадь или

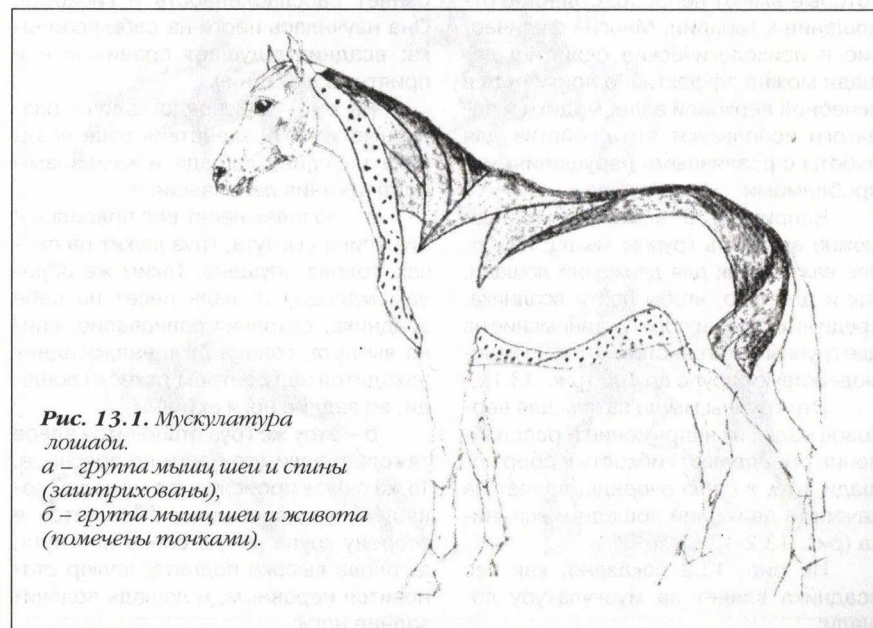


Рис. 13.1. Мускулатура лошади.
а – группа мышц шеи и спины (заштрихованы),
б – группа мышц шеи и живота (помечены точками).

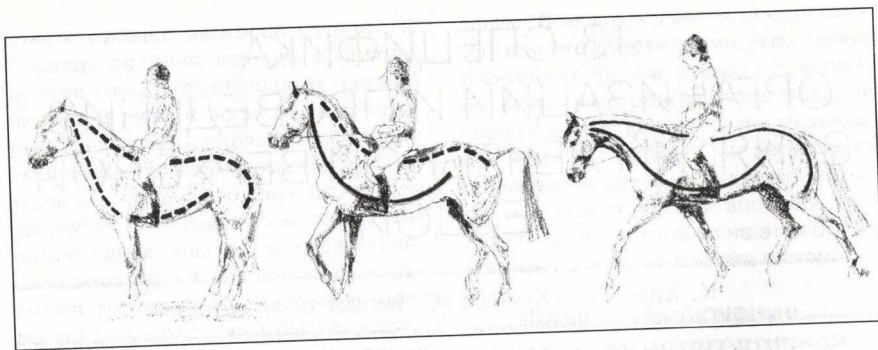


Рис. 13.2, а.
Напряженная
молодая лошадь.

Рис. 13.2, б.
Лошадь прогибает
спину.

Рис. 13.2, в.
Надресованная достаточно
расслабленная лошадь.

больна. Существует множество книг, в которых можно найти большую часть всех необходимых сведений, не следует пренебрегать и советами опытных конников. Ниже мы рассмотрим те аспекты, которые имеют непосредственное отношение к терапии инвалидов.

Мы начнем с анатомии, физиологии и движений лошади, затем рассмотрим свойства этого животного, которые имеют непосредственное отношение к терапии. Многие физические и психологические свойства лошади можно эффективно применять в лечебной верховой езде, медики и педагоги используют эти свойства для работы с различными нарушениями и проблемами.

Например, в анатомии лошади можно выделить группы мышц, наиболее важных как для движений лошади, так и для того, чтобы нести всадника, среди них следует обратить внимание на две группы антагонистов, которые взаимодействуют друг с другом (рис. 13.1).

Эти группы мышц важны для верховой езды, их напряжение и расслабление определяют гибкость и сбор лошади, что, в свою очередь, влияет на качество движений лошади и всадника (рис. 13.2-13.5).

На рис. 13.2 показано, как вес всадника влияет на мускулатуру лошади:

а) молодая лошадь, реагируя на непривычный вес всадника, резко напрягает все мышцы; от этого у лошади возникают спазмы, снижается подвижность;

б) лошадь прогибает спину; это не позволяет всаднику принять удобную посадку и эффективно управлять движениями лошади;

в) натренированная лошадь сохраняет расслабленность и гибкость. Она научилась нести на себе всадника; всадник ощущает правильные и приятные движения.

На рис. 13.3 представлены различные типы воздействия веса всадника на спину лошади и механизмы поддержания равновесия:

а – человек несет вес правильно: его спина выгнута, груз лежит на плечах, голова опущена. Таким же образом молодая лошадь несет на себе всадника, сохраняя равновесие: спина выгнута, голова опущена, всадник находится над центром тяжести лошади, ее задние ноги активны;

б – этот же груз становится вдвое тяжелее, если его нести на пояснице. То же самое происходит с молодой лошадью, когда всадник смещается в сторону крупа. Когда спина прогнута, а голова высоко поднята, аллюр становится неровным, и лошадь волочит задние ноги;

в – когда человек несет груз, сохраняя равновесие, а кто-то толкает его ношу вперед или тянет назад, он теряет равновесие.

13.1.2. ПОВЕДЕНИЕ ЛОШАДИ

Мы уже упоминали о том, что человек, работающий с лошадьми, должен прекрасно разбираться в их психологии. В нашей высокоразвитой цивилизации люди настолько привыкли по-

лагаться исключительно на интеллект, что утратили способность чувствовать лошадь естественным образом. Однако успешная работа с лошадью или верховая езда возможны только в том случае, когда человек понимает поведение животного, так что следует изучать соответствующую литературу. В этих книгах говорится об особенностях психологии лошади: о ее желаниях, инстинктах и рефлекторных реакциях, о ее ощущениях и интеллектуальных способностях, о том, как она выражает

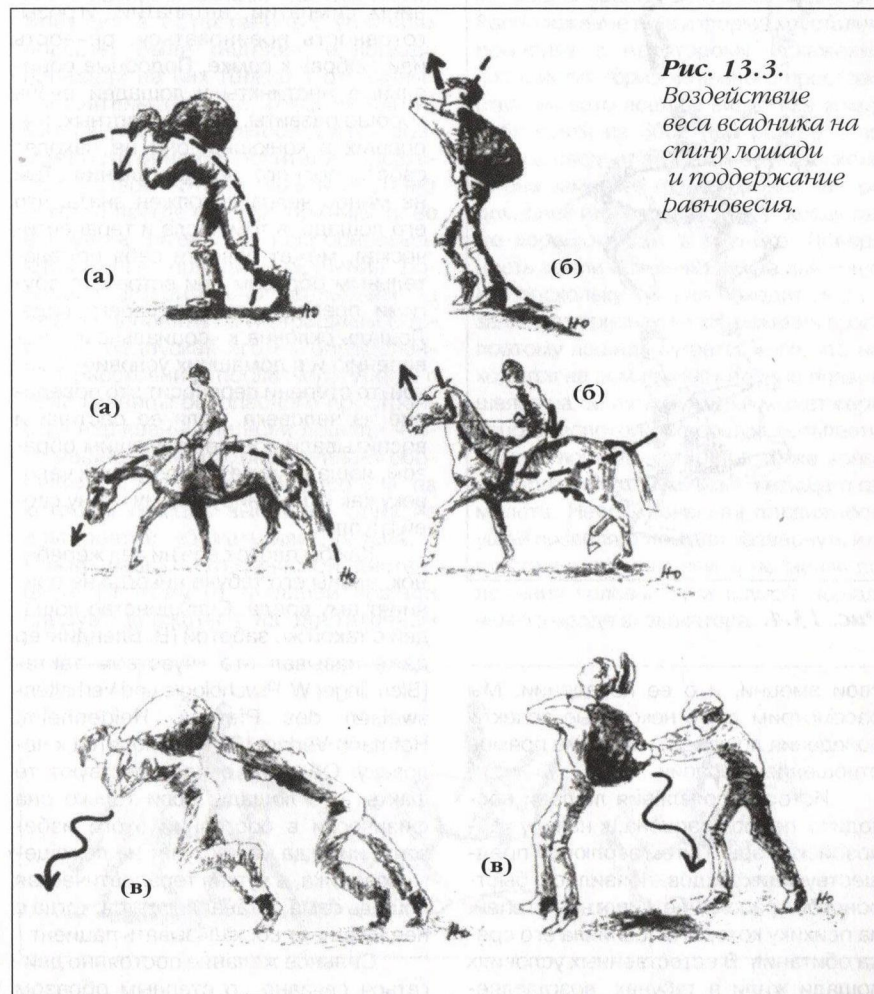


Рис. 13.3.
Воздействие
веса всадника на
спину лошади
и поддержание
равновесия.

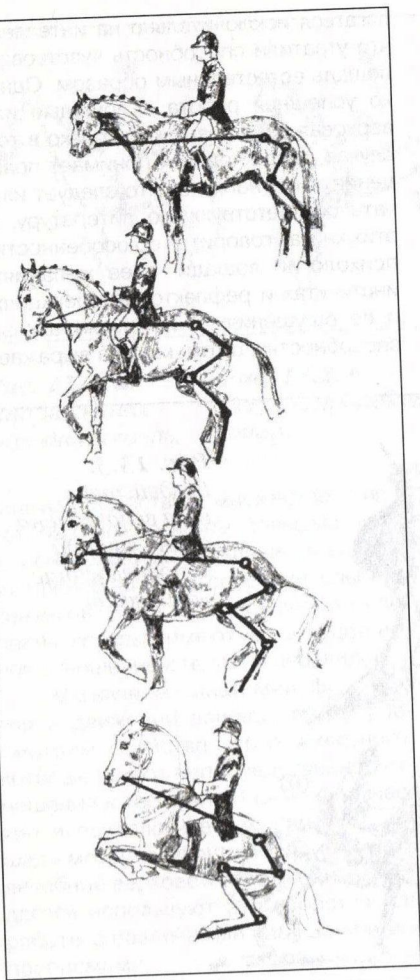


Рис. 13.4.

свои эмоции, и о ее поведении. Мы рассмотрим лишь некоторые аспекты поведения лошадей, имеющие прямое отношение к терапии.

История появления лошади восходит к периоду эоцена, к началу кайнозойской эры. Путем эволюции предшествующих видов появилось быстرونное травоядное животное степей, на психику которого повлияла его среда обитания. В естественных условиях лошади жили в табунах, возглавляе-

мых жеребцом. (Табун – это скорее группа, чем стадо, поскольку каждое животное сохраняло свою индивидуальность, и группа состояла примерно из тридцати лошадей.) У них существовала подвижная социальная структура, в которой потребность в социализации совпадала с потребностью в уважении к своему социальному статусу. Развивались правила социального поведения, а также различные формы общения, с помощью которых устанавливался авторитет, так что лошадь может выражать своим поведением симпатии, антипатии, угрозы, готовность повиноваться, ревность или любовь к самке. Подобные социальные инстинкты у лошадей очень хорошо развиты, хотя у животных, выросших в конюшне, они не находят своего полного осуществления. Тем не менее человек должен знать, что его лошадь, в том числе и терапевтическая, может вести себя нежелательным образом при встрече с другими представителями своего вида. Лошадь склонна к «социальному» поведению и в домашних условиях в какой-то степени переносит это поведение на человека. Если ее растили и воспитывали соответствующим образом, лошадь может относиться к человеку как к доминирующему члену своей группы.

Как бы плохо себе ни вел жеребенок, члены его табуна никогда не причинят ему вреда. Большинство лошадей с такой же заботой (В. Блендингер даже называл это «чувством такта» [Blendinger W. Psychologie und Verhaltensweisen des Pferdes. Heidenheim: Hofmann Verlag 1974]) относятся к человеку. Об этом свидетельствуют те факты, что лошадь, если только она физически в состоянии этого избежать, никогда не наступит на лежащего всадника, а чуткая терапевтическая лошадь сама останавливается, когда с нее начинает соскальзывать пациент. Сильное желание постоянно двигаться связано со степным образом

жизни и с тем, что лошадь питалась растениями. Чтобы найти достаточное количество корма, дикие лошади проходят огромные расстояния спокойным аллюром, т.е. шагом. (Передвижение рысью появилось значительно позже.) Галоп давал животному возможность убежать от опасности или выразить свою радость. Домашняя лошадь также должна сохранять этот элемент удовольствия от галопа; если мотивом галопа служит исключительно страх, галоп легко может стать неуправляемым. Противниками живущих в естественных условиях лошадей были хищники, и лошади нападали на них только в отчаянных обстоятельствах, т.е. когда их «зажали в угол». При любой другой возможности они предпочитали спастись бегством. Этот сильный инстинкт бегства всегда следует принимать во внимание; именно на нем основываются многие принципы обучения. Лошадь подозрительно наблюдает за любым непонятным и страшным объектом, подпуская его на определенное расстояние, после чего убегает. Если границы безопасного пространства нарушены или если лошади что-то мешает убежать, она начинает обороняться. Расстояние от 3 до 5 м, на котором лошадь выбирает одну из альтернатив: убежать или драться, – можно назвать критической дистанцией. Поэтому от пугливой лошади следует держаться на достаточном

расстоянии или же надо сразу подойти к ней ближе, чтобы ее успокоить. Из-за этого лошади тяжело стоять в деннике, вот почему следует соблюдать тишину в конюшне. Лошадь, с которой правильно обращаются и которую обучают, может преодолеть страх и проникнуться к человеку доверием.

Естественная среда обитания и образ жизни лошади повлияли также и на развитие ее органов чувств. Даже в спокойной обстановке лошадь продолжает наблюдать за окружением и готова мгновенно реагировать на опасность. Расположение глаз и форма хрусталика приводят к некоторому искажению восприятия горизонтального пространства, но зато лошадь видит все вокруг себя почти на 360°. При работе с лошадью следует это учитывать, поскольку она замечает то, что происходит рядом с ней или сзади от нее. Лошадь также хорошо видит в темноте. Поверхность земли особенно важна для лошади, поскольку тут она находит пищу и замечает признаки приближения врага, поэтому лошадь пугается того, что находится на земле. Неожиданно появившаяся на ее пути бумажка может серьезно обеспокоить хорошую терапевтическую лошадь, которая в то же время проигнорирует шум низко летящего самолета. Необыкновенная подвижность ушей позволяет лошади развернуть их в сторону источника звука, не меняя положения головы. Уши служат лошади чем-то вроде эхолокатора.

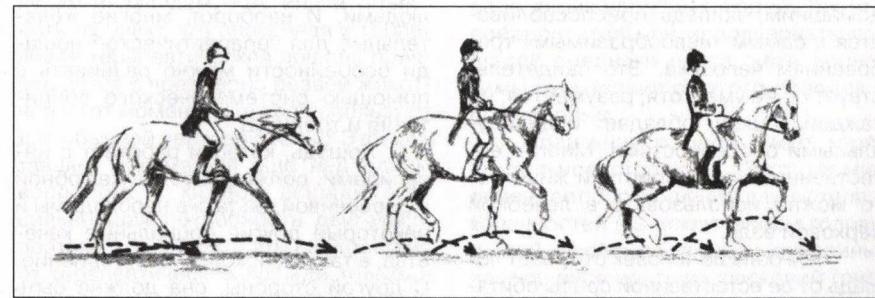
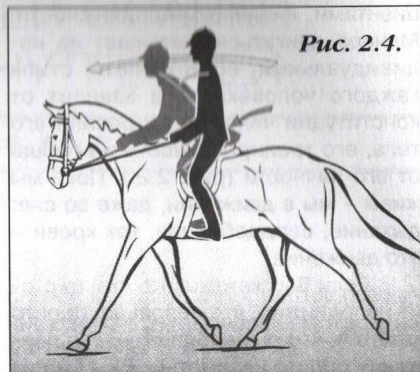
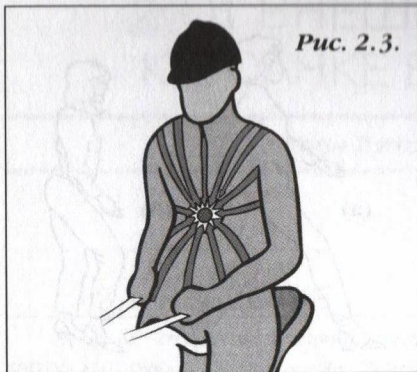


Рис. 13.5.



2. От корпуса к конечностям. Начинаясь в голове, движение идет к ступням и ладоням от корпуса к конечностям. Сперва дети учатся опираться на плечи потом на локти, потом на ладони, а уже после этого они учатся работать пальчиками.

3. От размашистых крупных движений к мелким и точным.

Точное и тонкое движение можно найти только в результате пошатываний или покачиваний, пока не определишь уравновешенное в их центре движение. Такое сбалансированное движение кажется легким и плавным. Однако попытки освоить такое тонкое движение сразу (с кондачка) всегда выльются в угловатый дисгармоничный жест.

2.2.2. ПСИХОЛОГИЯ

Все, что написано выше о движении, тесно связано и с умственным развитием. Я не являюсь профессиональным психологом и не могу углубиться в теорию. Но я хотела бы привести примеры из повседневной жизни.

Ребенок, обучаясь речи, делает это в движении. Дети бегают и бормочут свои не всегда понятные словечки, слушая и ритм, и звуки. Ритм их движения помогает им выговаривать «слова».

Стати, очень часто Вы можете обнаружить то же самое при заучива-

нии стихов наизусть. Очень помогает повторять заучиваемое ходьба или отбивание такта рукой, либо просто покачивание головой. Остановив свои движения, вы можете запнуться или просто потерять нить текста.

Многие обиходные выражения подтверждают связь между мозгом и движением. Мы часто говорим о гибком уме, разносторонности человека, об уравновешенных людях... От радости можно подпрыгнуть, грустный человек часто горбится...

И ваше настроение влияет на вашу манеру двигаться, но и ваши движения могут повлиять на настроение. Так что влияние их взаимно.

При обучении движениям состояние духа имеет колоссальное значение. Ощущение страха или стресс могут вызвать автоматические реакции, и вы не будете в состоянии двигаться с легкостью, что бывает очень нужно во многих заданиях (рис. 2.3.).

А когда мы говорим о ком-нибудь, что это человек твердого ума, надо понимать следующее: его устойчивость, как и устойчивая поза – это баланс разных намерений свойств и убеждений, а не застывший их набор. Твердый ум всегда способен реагировать в необходимых случаях и подвергаться переменам.

Умственное развитие, как и физическое, не имеет границы. Мы обучаемся всю жизнь.

2.3. ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

Верховая езда это совместное движение всадника и коня (рис. 2.4.). Всадник всегда движется вместе с ним.

Зная, что верховая езда это движение, хочу подробнее рассмотреть вопрос о посадке всадника, о том, как достигнуть правильной посадки и что еще она даст обучившемуся ей человеку, кроме успеха в верховой езде.

2.3.1. ПОСАДКА

Посадка наездника не отделима от идеи движения. Не надо быть наездником, чтобы понимать, что жесткая конструкция, водруженная на подвижное и подпрыгивающее основание, будет трястись и дребезжать, если не существует механизма, придающего ей эластичность. В этой роли выступают тазобедренные суставы всадника (рис. 2.5, 2.6).

Верховая езда скорее сравнима со стоянием или ходьбой, чем с сидением на стуле. Фактически она ближе к ходьбе.

Экснофон писал: «Я не одобряю посадку, которая напоминает человека, сидящего на стуле...».

Основанием для посадки служит таз, над которым всадник должен уравновесить верхнюю часть туловища. Расслаблено висящие ноги позволяют удерживать равновесие (сравните с велосипедистом на канате; рис. 2.7). Положение таза значительно влияет на остальное тело: без правильного положения таза не может быть правильной посадки и осанки. Нельзя поправить положение грудной клетки и плеч при неверном наклоне таза (рис. 2.8).

В верховой езде положение таза влияет на всю посадку, на положение ног и верхней части тела. Как вы видите на рис. 2.9-2.11, основные ошибки посадки проистекают из неправильного положения таза.

Рис. 2.5.
Обычная поза человека, сидящего на стуле.



Вы можете увидеть, что изгиб позвоночника также поддается воздействию положения таза. Для верховой езды необходим нормальный (вертикально стоящий) позвоночный столб (рис. 2.12), а для него в свою

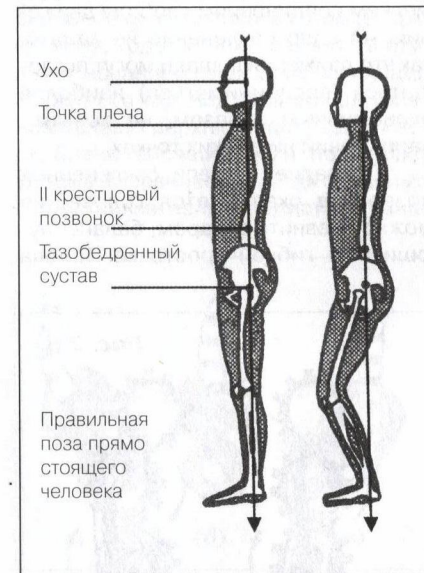


Рис. 2.6.
а. «... скорее он должен стоять прямо, слегка расставив ноги».
б. Правильная прямая поза при верховой езде. Заметно только единственное различие в согнутом колене.

Кроме того, у лошади прекрасно развиты нюх и осязание. Вся поверхность кожи животного крайне чувствительна к разнообразным стимулам. Об этом свидетельствуют способность потеть, развитая сеть периферического кровообращения и социальный инстинкт ухаживать за кожей других лошадей, что позволяет лошади чувствовать также и ласку человека. Интересно, что по шкуре лошади судят о ее породе.

Лошадь выражает свои эмоции с помощью положения тела и движений. Мы уже упоминали, что аллюры не только выполняют функциональную роль, но могут также выражать удовольствие.

«Язык» лошади – это и издаваемые ею звуки, и все другие формы поведения, с помощью которых она себя выражает. Лошадь не может «корчить гримасы», поскольку на ее морде нет соответствующей мимической мускулатуры, тем не менее «выражения ее лица» могут быть очень разными, они зависят от положения глаз, ушей и шеи. Движения или положение хвоста также выражают эмоции.

Чтобы судить об интеллекте лошади, о котором много говорят, следует принять во внимание все написанное выше; можно увидеть, что лошадь очень хорошо подготовлена к своему образу жизни в естественной среде. Кроме того, это животное смогло адаптироваться к полной перемене своей судьбы, когда оно стало домашним; лошадь приспособливается к самым «невообразимым» требованиям человека. Это свидетельствует об ее уме, хотя, разумеется, ум каждой лошади обладает индивидуальными особенностями. Многие естественные характеристики животного можно использовать в лечебной верховой езде.

Чем больше человек отрывает лошадь от ее естественной среды обитания, чем большего ума и ловкости он требует от животного, тем сильнее его

ответственность за лошадь; только этим можно оправдать тот риск, которому подвергается животное.

13.2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛОШАДЬ

13.2.1. ХАРАКТЕР

Существует ли такое животное как «терапевтическая лошадь»? Очевидно, что это не отдельная порода лошадей и что невозможно разводить таких лошадей на конских заводах. Тем не менее среди многих самых разных лошадей всегда можно найти отдельных животных, которые могут хорошо работать в терапии. Решающую роль тут играет не экстерьер и не качество аллюров. Главное – это характер лошади, а его, к сожалению, сложнее всего определить или описать.

Хотя на терапевтическом занятии лошадь играет роль инструмента, никогда нельзя забывать о ее индивидуальных особенностях. Именно от того, как работает данная лошадь, зависит результат терапии. Что пользы от хорошей лошади, если она нетерпелива или непослушна? Какими бы достоинствами она ни обладала, она просто не может быть терапевтической лошадью! Надо добавить, что лошадь редко бывает норовистой по своему естественному характеру; обычно она приобретает «трудный» характер в результате общения с людьми. И наоборот, многие желательные для терапевтической лошади особенности можно развивать с помощью систематического воспитания и тренинга.

Лошадь, которая работает с инвалидами, должна быть дружелюбной и доверчивой, ей также необходимы и некоторые другие социальные качества, а также спокойствие и терпение. С другой стороны, она должна быть внимательной и ровной по своему настроению, что предполагает опре-

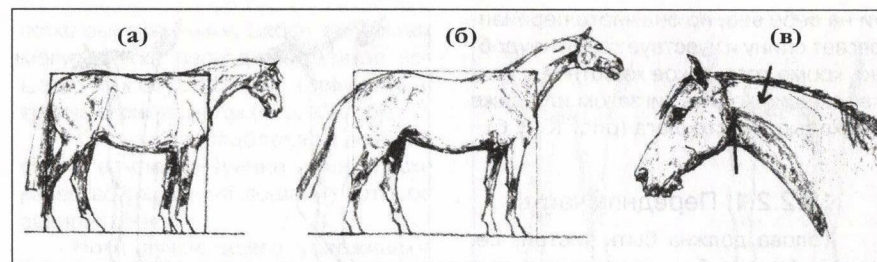


Рис. 13.6. Различные типы строения лошади.

а – «квадратное»; б – «прямоугольное»; в – хорошо поставленная голова со свободной нижней челюстью. Массивные мышцы шеи за ушами.

деленный уровень развития интеллекта. Поясним это на примере. Лошадь, которая используется в верховой езде для инвалидов, должна игнорировать неразумные команды, – следствие неопытности всадника или недостатка способностей; и одновременно она должна реагировать на незаметные сигналы, поданные с помощью средств управления или только с помощью голоса. Ее способность воспринимать голосовые команды (особенно команды инструктора) должна быть совершенной, потому что при некоторых серьезных нарушениях голос становится единственным средством управления.

Наконец, стоит упомянуть еще об одном факте, который все больше и больше признают даже самые скептически настроенные наблюдатели. Создается впечатление, что лошади с особым вниманием относятся к всадникам-инвалидам. Как иначе объяснить тот факт, что спокойная и терпеливая терапевтическая лошадь превращается в чрезмерно резвое животное в тот момент, когда ее используют для обычной верховой езды? Это заставляет задуматься еще над одним вопросом: у каждой лошади есть сильнейшая потребность двигаться, поэтому можно ожидать спокойствия от терапевтической лошади только в том случае, если эта потребность регулярно находит удовлетворение.

Характер лошади – наиболее важный критерий, по которому можно определить ее пригодность к терапевтической работе; на втором месте стоят ее анатомические и функциональные особенности.

13.2.2. ВНЕШНИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОШАДИ: ОЦЕНКА ЭКСТЕРЬЕРА И АЛЛЮРОВ

Лучше всего подходят для терапии лошади среднего размера; это примерно пятнадцать ладоней. У низких лошадей обычно слишком малая длина шага, а спина колеблется слишком часто и недостаточно сильно. Если лошадь высокая, труднее обеспечивать страховку и работать с пациентом, но в любом случае лошадь должна быть достаточно большой и крепкой, чтобы нести на себе двоих взрослых людей. Так что предпочтительнее использовать лошадей среднего роста, хотя допустимы отклонения от этого правила в обе стороны.

Идеальная лошадь имеет «прямоугольное строение». Этот термин описывает соотношение длины тела и конечностей (за исключением головы и шеи). Особенно важна длина спины, являющейся центром движений (рис. 13.6, а). У «квадратной» лошади спина сильнее, что позволяет ей лучше нес-

ти на себе вес, но она часто перенапрягает спину и чувствует себя неудобно, кроме того, такое животное имеет тенденцию ходить зигзагом или даже иноходью вместо шага (рис. 13.6, б).

13.2.2.1. Передняя часть

Голова должна быть чистой, т.е. ясной формы без дополнительных утолщений. Большие ноздри позволяют лошади эффективнее дышать. Глаза очень важны, поскольку они дают представление о темпераменте лошади; они должны быть достаточно большими, выразительными, ясными и спокойными.

Плечо должно быть довольно длинным и косым, это дает возможность лошади делать более длинный шаг и обеспечивает хорошее положение для седока, поскольку перед ним находится «достаточно много» лошади.

Широкая грудь обеспечивает пространство для развития внутренних органов и потому является признаком хорошего строения тела.

Передние ноги должны быть прямыми с массивными и крепкими запястьями. Пясти также должны быть достаточно массивными и крепкими, не слишком тонкими. Бабка должна наклоняться прямо вперед под углом в 45° к воображаемой линии, проведенной через верхнюю конечность.

13.2.2.2. Туловище (средняя часть лошади)

Важнее всего линия спины. Предпочтительнее длинная спина с хорошо развитой мускулатурой и хорошо выраженной изогнутой грудной клеткой. Окружность груди (в той области, где находится гурт) также является хорошим показателем развития внутренних органов. В том месте, где холка переходит в спину, должна быть четко оформленная вогнутая линия. Только в этом случае спина будет достаточно гибкой и расслабленной.

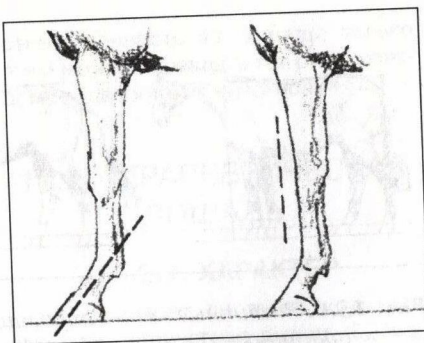


Рис. 13.7, а. Хорошее строение запястий, «плоские коленки», «телячьи коленки» (слева направо).

13.2.2.3. Задняя часть лошади

Линия верхнего контура не должна быть слишком ровной, круп должен слегка выдаваться. Как и «переднее колено» лошади, скакательный сустав должен быть массивным и находится сравнительно низко; но два задних сустава, в отличие от передних, могут находиться ближе друг ко другу. Сухожилия на задних ногах также должны быть

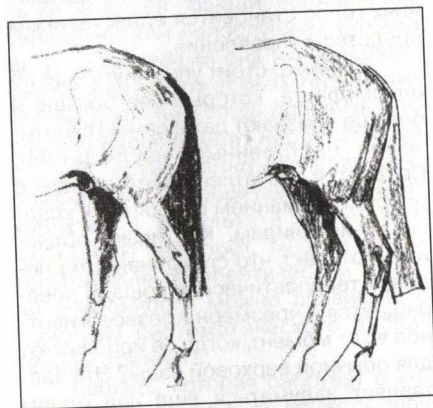


Рис. 13.7, б. Слева: правильный угол между бедром и ногой; справа: угол между бедром и ногой слишком велик (сabby скакательный сустав).

четко выраженными. Бабки задних ног могут слегка расходиться, такая лошадь способна хорошо тормозить и крепче стоит на ногах (рис. 13.7, б).

Кроме расслабленной гибкой спины важное значение имеет также качество движений лошади, которое зависит от ног.

Ноги лучше всего удерживают вес, когда они вертикальны и стоят под корпусом лошади по углам прямоугольника. Только при правильной постановке ног лошадь может качественно идти различными аллюрами и долго сохранять трудоспособность. При движении лошадь должна поднимать ногу и делать ею взмах по прямой линии.

Мы так подробно обсуждаем физические характеристики лошади по той причине, что они определяют качество движений и здоровье животного. К сожалению, очень часто при выборе терапевтической лошади к животному не предъявляют высоких требований на том основании, что это «всепо-навсего терапевтическая лошадь». Однако на самом деле именно при выборе терапевтической лошади следует проверять ее по всем возможным критериям. Поэтому следует пригласить с собою одного-двух знатоков и ветеринарного врача.

После того как человек, выбирающий лошадь, получил представление о ее возрасте, породе, размерах и экстерьере, следует перейти к оценке ее движений на аллюрах.

Надо оценить ритм и то, насколько уверенно лошадь наступает на землю, кроме этого, необходимо учитывать, что огромную роль играет правильность движений на аллюрах. Важно также обратить внимание на легкость хода и на импульс, легче всего оценить эти качества при наблюдении со стороны за лошадью, идущей рысью.

При оценки движений на шагу стоит обратить внимание на длину отдельного шага и положение задней ноги относительно следа передней.

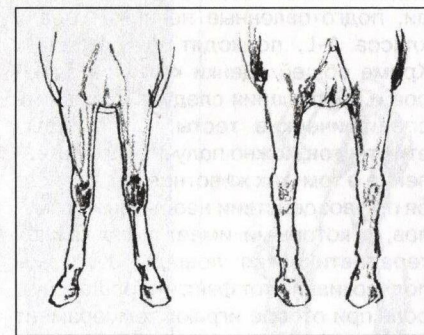


Рис. 13.8, а. Неправильная постановка передних ног. Слева: расходящаяся; справа: сходящаяся.

Большая длина одного шага является хорошим качеством только в том случае, если лошадь при этом хорошо работает задними ногами. На свободном шаге задние ноги должны заступать за следы передних на расстояние, равное длине одного-двух копыт.

Кроме того, чтобы оценить качество терапевтической лошади, на нее всегда следует смотреть с верхом; только в этом случае можно почувствовать те ощущения, которые порождают ее движения. Разумеется, при этом следует учитывать уровень подготовки лошади. В любом случае только лоша-

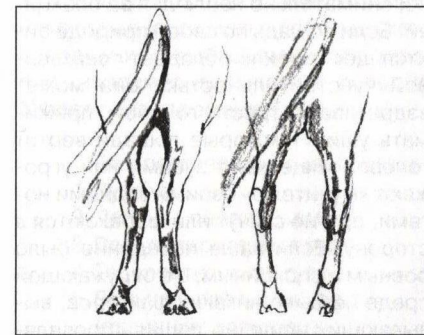


Рис. 13.8, б. Неправильная постановка задних ног. Слева – Х-образная, справа – О-образная.

ди, подготовленные не ниже уровня класса А-Л, подходят для терапии. Кроме общей оценки качества аллюров и послушания следует применить специфические тесты. С помощью этих тестов можно получить представление о том, как животное поведет себя при воздействии необычных стимулов, с которыми имеет дело каждая терапевтическая лошадь. Хотя мы подчеркивали тот факт, что решающую роль при отборе играют темперамент и характер животного, эти качества невозможно правильно оценить. Только внимательно и постоянно наблюдая за поведением лошади в самых разных обстоятельствах, мы можем прийти к заключению о том, как она поведет себя в определенной ситуации.

Оценка поведения будущей терапевтической лошади начинается с того момента, как вы входите в денник или стойло. Как реагирует лошадь на незнакомого человека? Отходит и спокойно позволяет к себе подойти, вступает в контакт или отстраняется? Не прижимает ли она уши, не выражает ли она намерения укусить или лягнуть? Надо огладить шею лошади, чтобы ободрить животное, а потом постепенно распространить прикосновение на другие части ее тела: голову, спину, живот, поясницу, бока и круп. Затем можно надавить на ее тело, внимательно наблюдая за реакцией. Если лошадь по своей природе боится щекотки или обладает повышенной чувствительностью, она может вздрагивать, трести головой, прижимать уши. Некоторые лошади вертят головой и щелкают зубами или угрожают «мучителю» своими задними ногами, другие скачут или шарахаются в сторону. Если ваше поведение было ровным и спокойным, а в окружающей среде не было никаких факторов, вызывающих испуг, но лошадь проявляет какие-то поведенческие реакции из перечисленных выше, – в этом случае мы настоятельно рекомендуем обучать такое животное для терапии.

Если первый тест прошел сравнительно гладко, лошадь можно оседлать. Чтобы точнее оценить поведение лошади, лучше самому почистить ей копыта, вывести ее из денника и т.д. Затем можно оценить ее экстерьер и понаблюдать за ее свободными движениями при расслабленных поводьях. Это уже достаточно подробно было описано выше. Кроме того, стоит обратить внимание на движение спины лошади, на то, часто ли она меняет ногу на галопе, а также на то, как реагирует на внезапные звуки и незнакомые предметы. Дальнейшую оценку выполняет сидящий на лошади всадник, который проверяет ее способность реагировать на команды человека. Затем, в зависимости от того, как животное обучали, можно проверить некоторые особенности лошади, имеющие прямое отношение к терапии. Следует выполнять эту проверку мягко и осторожно, поскольку лошадь, быть может, впервые в своей жизни сталкивается с подобными действиями. Знакома ли она с кордой и вольтижировочной гуртом? Сидел ли когда-нибудь всадник на ее спине без седла? Что она почувствует, если сидящий на ней всадник осторожно выполнит какие-нибудь упражнения? Переносит ли она надавливание на область почек и на круп? Сохраняет ли спокойствие при неприятных ощущениях, когда ей надавливают на бока? Позволит ли на себя сесть двоим всадникам? – И многое, многое другое.

Если лошадь настроена сопротивляться или обороняться, она может: напрягать и выгибать спину, мотать головой, махать хвостом, нервно храпеть, пытаться убежать, сбросить всадника или лягнуть. Следует подчеркнуть, что это не обязательно является признаком повышенной чувствительности и противопоставлением к использованию животного в терапевтической работе. Возможно, это объяснимая временная реакция вслед-

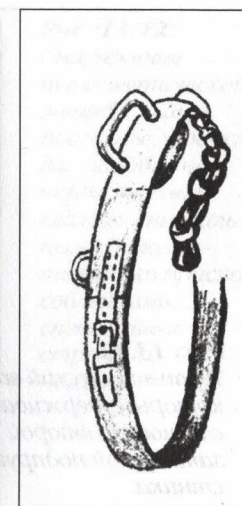
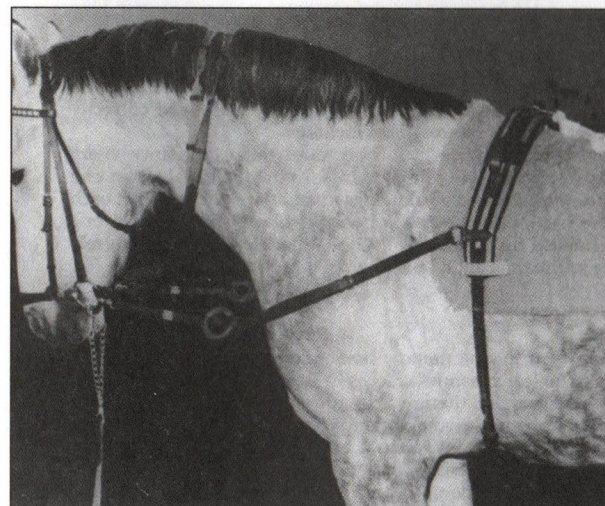


Рис. 13.9-13.10. Вольтижировочная гурт с добавочной ручкой и веревкой, завязанной узлами.

ствие испуга при столкновении с незнакомыми стимулами. В любом случае испытание следует немедленно приостановить, надо похвалить и успокоить животное, а затем перейти к следующей задаче. Встречаются и обратная ситуация, когда в силу своей глупости или неопытности при первом испытании лошадь спокойно относится к любым стимулам, а уже позже реагирует на них страхом. Так что ваше решение должно строиться на внимательном наблюдении и размышлении.

Очевидно, что лишь после долгого периода подготовки за первые месяцы работы с пациентами в составе терапевтической команды можно будет понять, насколько лошадь соответствует своей функции. Недостаточно того, что лошадь послушна своему тренеру, к которому она привыкла; в перспективе следует задаться целью воспитать такое животное, которое без риска могут использовать и менее опытные члены команды.

Возможно, «идеальной терапевтической лошади» просто не существует, у

каждой живой лошади есть свои плюсы и минусы. Принимая окончательное решение, следует взвесить все ее сильные и слабые стороны и посмотреть, что перевешивает. Больше всего следует ценить в терапевтической лошади ее добрый характер, что является определяющим фактором окончательного решения.

13.2.3. СНАРЯЖЕНИЕ

Следует, кроме обычного, иметь некоторые предметы специального снаряжения, необходимые для терапии, например лестничные поводья, безопасные стремена и т.д.

- Г. Терапевтическое снаряжение
1. Чумбур
 2. Лейцы с подперсьем
 3. Вольтижировочная гурт
 4. Терапевтическая гурт
 5. Большая овечья шкура (овчинный вальтрап)
 6. Специальные приспособления, применяющиеся вместе с поводьями, стременами или седлами (самодельные)

Рис. 13.11.

Терапевтический валь-трап, который удерживается с помощью второй не туго затянутой подпруги и подхвостника.



Гурт, за который держится пациент, является существенной частью терапевтического снаряжения. Самую простую гурт можно сделать из обычной прочной седелки, к которой прикрепляются кольца для развязок (достаточно низко!) и три кожаные ручки (справа, слева и посередине). Эти ручки должны быть достаточно длинными и гибкими, чтобы держась за них пациент мог свободно двигаться. В некоторых случаях следует сделать ручки с меняющейся длиной, чтобы можно было приспособить гурт для пациента с той или иной патологией верхних конечностей. На практике достаточно зафиксировать на гурту сложенную вдвое веревку, перевязанную узлами. Петли такой веревки служат ручками. Гурт должен быть плоским и достаточно мягким, чтобы он не вызывал у сидящего верхом пациента неприятных ощущений (рис. 13.9).

Для более сложной терапевтической программы необходимо иметь также прочный кожаный гурт, снабженный, если это нужно, длинными жесткими ручками. Как правило, подходит обычная вольтижерочный

гурт, если он плоский и его ручки не слишком высоки; ручки должны быть достаточно широкими, чтобы за них могли держаться двое (пациент и ассистент). К такому гурту легко добавить третью ручку или завязанную узелками веревку (рис. 13.10). Сейчас появились специальные гурты для лечебной верховой езды.

Здесь необходимо сделать одно серьезное предупреждение: сейчас стало появляться все больше и больше так называемых приспособлений для лечебной верховой езды. По сути своей это система ремней, с помощью которых пациента более или менее жестко прикрепляют к лошади. Действительно, с такими приспособлениями легче работать, можно также сэкономить средства, поскольку пациенту понадобится меньше ассистентов. Но, по нашему мнению, один существенный недостаток перевешивает все достоинства этого снаряжения: оно заметно увеличивает риск несчастного случая, в результате которого пострадает пациент. Существует старинный принцип верховой езды, который относится и к лечебной верховой езде также: у всад-

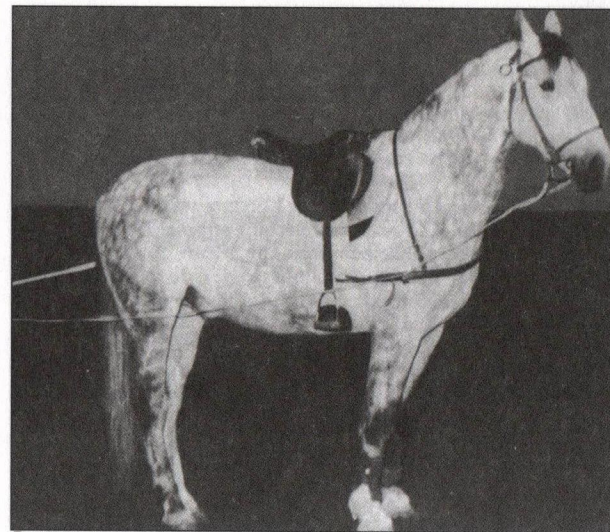


Рис. 13.12.

Снаряжение терапевтической лошади: лейцы, подперсье, уздечка для работы на корде, учебное седло со специальными дополнительными приспособлениями, специальные стремена, ногавки.

ника должна оставаться возможность «отделиться» от лошади! Подобное снаряжение ограничивает пациента физически и психологически и мешает ему выполнять некоторые движения. Хорошо подготовленный ассистент выполнит те же функции, но при этом пациент не подвергается риску и обладает большей свободой.

Гурты, которые рекомендуется применять в лечебной верховой езде, фиксируются на спине лошади, иногда поверх овчинного вальтрапа. Овчинный вальтрап используется по двум причинам: с его помощью можно сгладить недостатки экстерьера – слишком высокую холку или костлявую спину – таким образом, чтобы пациенту было удобнее сидеть. Во-вторых, пациент сидит на мягкой поверхности (что важно в случае, если имеется риск возникновения потертостей), и такое положение безопаснее. Обычно овечья шкура больше по размеру, чем вальтрап, так что на нем могут сидеть двое. Чтобы шкура не мялась и не сбивалась, ее фиксируют с помощью подхвостника и не туго затянутой на животе лошади подпруги (рис. 13.9-13.12).

13.3. МЕТОДЫ РАБОТЫ

13.3.1. РАЗМИНКА

Перед началом терапевтического занятия лошадь должна размяться, чтобы ее мышцы расслабились и она стала более гибкой. Надо дать животному возможность «выпустить пар», тогда во время занятия лошадь будет двигаться спокойнее, уверенней и ритмичней. Как правило, в начале разминки предпочтительнее не пользоваться развязками. Чтобы лошадь на занятии меньше скучала от однообразия и сохраняла внимание, во время разминки лучше предложить ей выполнить иные задания, нежели те, что ожидают ее во время терапевтического занятия. Можно предоставить ей возможность побегать свободно, если только она не доводит себя этим до «одурения». На разминку следует отвести не менее 20 минут. В течение последних 5 минут разминки на лошадь следует надеть развязки и то снаряжение, которое предстоит использовать, но дать ей возможность некоторое время походить без пациента и ассистентов. Период, предше-

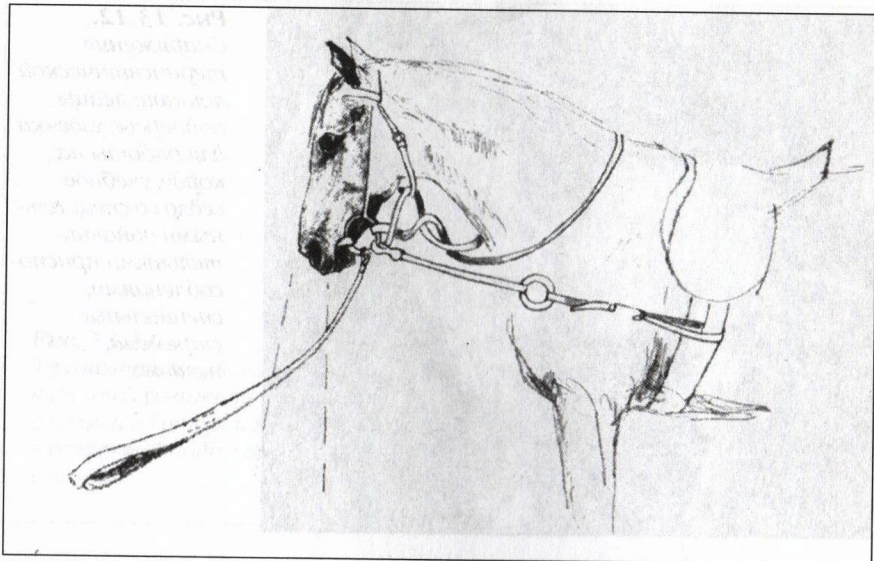


Рис. 13.13. Лошадь с правильно подогнанными развязками. Поводья перекинuty через шею и фиксированы под горлом.

ствующий терапевтическому занятию, очень важен, поскольку правильная работа без хорошей разминки невозможна. Нельзя сокращать время разминки, неправильно также заниматься разминкой во время работы с пациентом.

13.3.2. РАЗВЯЗКИ

Какой бы метод мы ни применяли, лошадь ходит в развязках. Без них животное не может сохранять правильное положение тела и головы, а благодаря правильному поло-

Рис. 13.14.

а. Положение руки при вождении лошади в поводу;
б. Вождение лошади на чумбуре, пристегнутом к ремешку; рука ведущего расположена примерно на расстоянии одной ладони от места прикрепления.

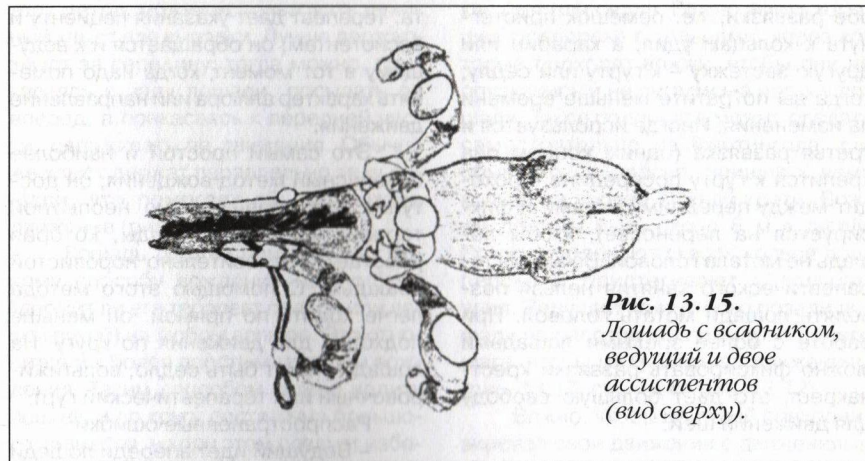
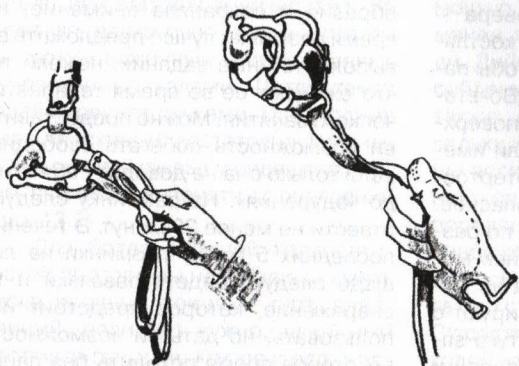


Рис. 13.15. Лошадь с всадником, ведущий и двое ассистентов (вид сверху).

жению возникают необходимые колебания спины, и лошадь получает возможность сгибать свое тело. Без развязок лошадь не сможет идти собранным аллюром и будет мотать шейю. Развязки (с эластичными резиновыми кольцами) крепятся к гурту с обеих сторон примерно на высоте плеча лошади. Их подтягивают таким

образом, чтобы лошадь могла держать свой нос немного вперед от вертикальной линии. Если неправильно отрегулировать длину развязок, лошадь не сможет сохранять правильный ритм, ее спина будет уплощаться, а круп – опускаться. Так что необходимо внимательно следить за их длиной!

Когда лошадь идет по прямой, обе развязки должны быть одинаковой длины. Если лошадь постоянно изгибает тело по всей его длине, как, например, при работе на корде, развязки должны помогать лошади изгибаться. В этом случае развязка со внутренней стороны должна быть на 3-4 дырочки короче, чем другая. Однако не забудьте снова отрегулировать развязки при перемене направления движения.

Если в течение одного занятия снаряжение (седло, вольтижировочную гурт) необходимо несколько раз поменять, практичнее перевернуть

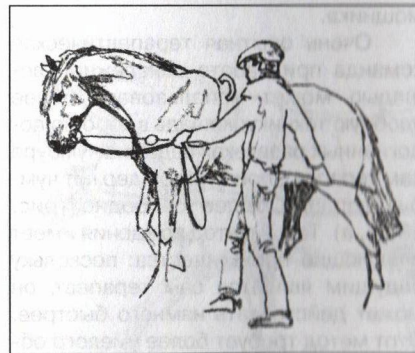


Рис. 13.16, б. Вождение на чумбуре.

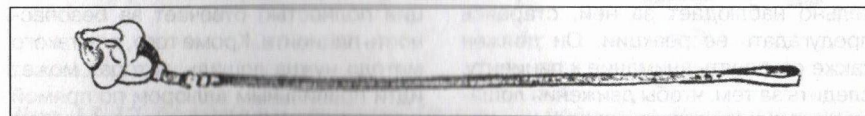


Рис. 13.16, а. Чумбур, минимальная длина 1,5 м.

обе развязки, т.е. ремешок пристегнуть к кольцам удила, а карабин или другую застежку – к гурту или седлу; тогда вы потратите меньше времени на изменения. Иногда используется и третья развязка (одним концом она крепится к гурту посередине, проходит между передними ногами и фиксируется на переносье), чтобы лошадь не мотала головой. Во время терапевтического занятия нельзя позволять лошади мотать головой. При работе с более зрелыми лошадьми можно фиксировать развязки крестнакрест, это дает большую свободу для движений шеи.

13.3.2. ВОЖДЕНИЕ ЛОШАДИ В ПОВОДУ ИЛИ НА ЧУМБУРЕ

Лошадь ведут с обычной (левой) стороны, ведущий находится на уровне плеча лошади.левой рукой держат петлю на конце чумбура (надежно, но достаточно свободно). Поводья при этом фиксируются под горлом лошади, как показано на рис. 13.13. Если длина развязок правильно отрегулирована и позволяет лошади держать морду немного впереди от вертикальной линии, рядом с животным могут идти двое ассистентов. Ведущий при этом должен следить за своим положением, чтобы не мешать идущему сзади ассистенту и не опережать лошадь (рис. 13.14, 13.15).

Ведущий посылает лошадь преимущественно с помощью голоса. Очень редко при работе с ленивой лошадью возникает необходимость в применении длинного хлыста для выезда, которым осторожно прикасаются к задней части животного. Ведущий отвечает за поведение лошади, он внимательно наблюдает за ней, стараясь предугадать ее реакции. Он должен также сохранять внимание к пациенту, следить за тем, чтобы движения лошади соответствовали сиюминутным терапевтическим потребностям пациен-

та. Терапевт дает указания пациенту и ассистентам; он обращается и к ведущему в тот момент, когда надо поменять характер аллюра или направление движения.

Это самый простой и наиболее безопасный метод вождения; он доступен для сравнительно неопытной терапевтической команды, которая работает с относительно норовистой лошадью. С помощью этого метода легче ходить по прямой, он меньше подходит для движения по кругу. На лошади может быть седло, вольтижировочный или терапевтический гурт.

Распространенные ошибки:

– Ведущий идет впереди лошади или оказывается на ее пути: он мешает лошади двигаться, может ее испугать, увеличивается риск несчастного случая.

– Ведущий тянет голову лошади вовнутрь (повод с внешней стороны слишком длинный): лошадь не может идти прямо вперед (это часто случается на поворотах).

– Ведущий не синхронизирует свои движения с движениями лошади: это мешает движениям лошади и помощника.

Очень опытная терапевтическая команда при работе с надежной лошадью может использовать более удобную технику: лошадь в хорошо подогнанных развязках ведет на чумбуре сам терапевт, при этом он держит чумбур гораздо более свободно (рис. 13.16, а). Такой метод вождения имеет следующие преимущества: поскольку ведущим является сам терапевт, он может действовать намного быстрее. Этот метод требует более умелого обращения с лошадью и прекрасного сотрудничества с ассистентом, который в случае непредвиденной ситуации полностью отвечает за безопасность пациента. Кроме того, для такого метода нужна лошадь, которая может идти правильным аллюром по прямой и которой можно управлять преимущественно с помощью голоса. Применяя

этот метод, можно использовать длинный хлыст для выезда. Лучше держать хлыст за середину: тогда можно, прикасаясь к заду лошади, посылать ее вперед, а прикасаясь к передней части, сдерживать ее движение. Обычно же хлыст держат параллельно телу лошади, что помогает ей продолжать движение (рис. 13.16, б).

Лошадь должна привыкнуть к такому способу вождения на чумбуре (держит ли его терапевт правой или левой рукой) на любом аллюре. Это относится и к более простым методам вождения. Таким способом можно водить лошадь и по кругу достаточно большого диаметра, но при этом следует избегать резких поворотов.

13.3.3. ВОЖДЕНИЕ НА ВОЖЖАХ

Традиционная «работа на вожжах» – это часть «работы в руках» для тренировки лошади.

На лошадь надеты развязки одинаковой длины, а также терапевтичес-

кая гурт или седло. Важно иметь хорошее подперсье с кольцами, через которые проходят вожжи, чтобы они не опускались и не путались в ногах у лошади. Такое подперсье сделать самостоятельно из мартингала или обычного подперсья, пришив к нему кольца на уровне нижней трети. Вожжи должны быть около 6 м в длину. Вожжи продевают сквозь кольца подперсья и пристегивают к кольцам удила. Ведущий идет строго позади лошади на расстоянии примерно одного шага, чтобы не мешать ее движениям (рис. 13.17, см. также рис. 13.12).

Важно, чтобы ведущий синхронизировал свои движения с движениями лошади. Его походка должна соответствовать аллюру, которым идет лошадь (если это рысь, он «рысит», если галоп – бежит «галопом»), иначе он будет посылать неверные сигналы на рот лошади. Лошадь может двигаться таким образом по прямой всеми тремя аллюрами. Ею управляют преимущественно с помощью голоса, очень редко может понадобиться прикоснове-

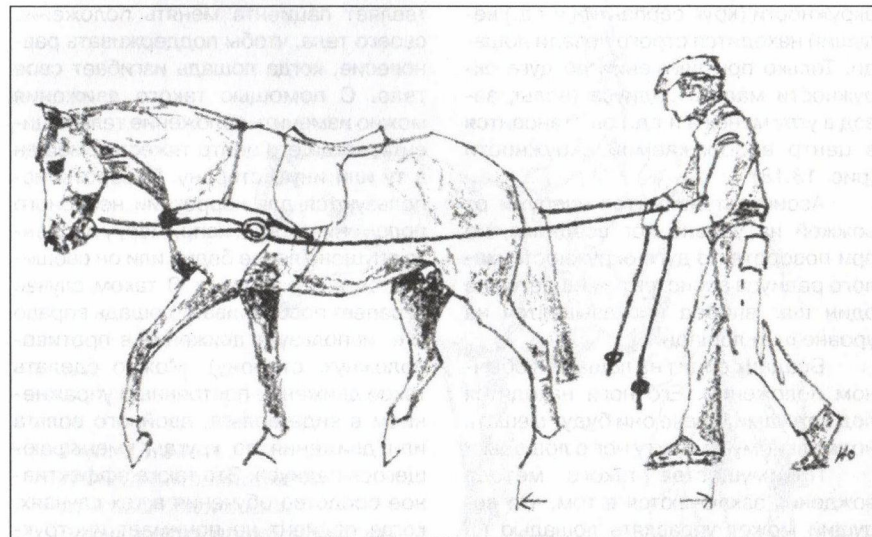


Рис. 13.17. Вождение на вожжах. На лошади подперсье. Расстояние между лошадью и ведущим равно примерно одному шагу.

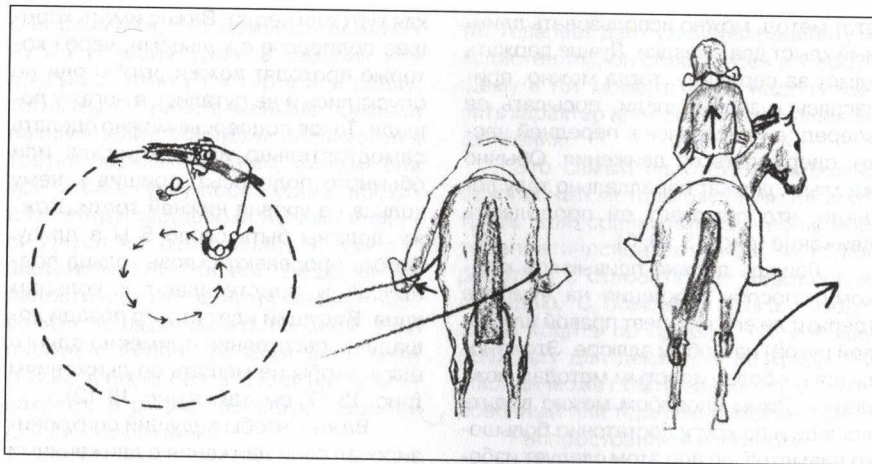


Рис. 13.18, а.
Вольт при вождении
на вожжах.

Рис. 13.18, б.
Вожжа проходит
под ногой всадника.
Неправильно!

Рис. 13.18, в.
Коррекция положения
всадника, который слиш-
ком сильно опустил левое
бедро, с помощью движе-
ния в противоположном
направлении (направо).

ние к ее крупу хлыстом для выездки. На поворотах и при движении по дуге окружности (круг, серпантин и т.д.) ведущий находится строго позади лошади. Только при движении по дуге окружности малого радиуса (вольт, заезд в углу манежа и т.д.) он становится в центр воображаемой окружности (рис. 13.18).

Ассистент движется снаружи от вожжей на уровне ног всадника, но при повороте по дуге окружности малого радиуса ассистент смещается на один шаг вперед и оказывается на уровне шеи лошади.

Всадник сидит на лошади в обычном положении. Его ноги находятся под вожжами, иначе они будут мешать нормальному контакту ног с лошастью.

Преимущества такого метода вождения заключаются в том, что ведущий может управлять лошастью на всех аллюрах и двигаться по траектории любой формы (не обязательно выполняя стандартные манежные фигу-

ры), при этом ему не надо тянуть лошадь за шею. Езда по дуге всегда заставляет пациента менять положение своего тела, чтобы поддерживать равновесие, когда лошадь изгибает свое тело. С помощью такого движения можно изменить положение тела пациента, когда его центр тяжести смещен в ту или иную сторону. Повороты используются для коррекции неверного положения, когда, например, у пациента опущено левое бедро или он свешивается в эту сторону. В таком случае терапевт поворачивает лошадь вправо (т.е. использует движение в противоположную сторону). Можно сделать такое движение постоянным упражнением в виде вольта, двойного вольта или движения по кругам уменьшающегося радиуса. Это также эффективное средство обучения в тех случаях, когда пациент не понимает инструкций терапевта из-за особенностей своего интеллекта или каких-либо других нарушений.

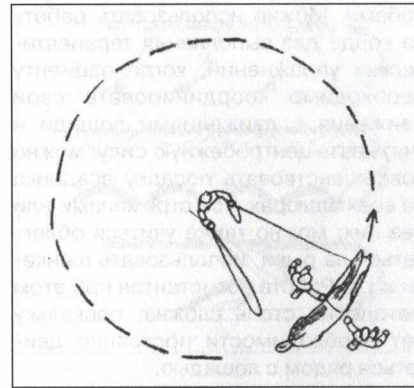


Рис. 13.19. Работа на корде. С обеих сторон всадника сопровождают ассистенты.

Данный метод может применяться для обучения верховой езде, при этом он обладает следующими достоинствами: всадник может освоить и усовершенствовать умение хранить равновесие и координировать свои движения в более

сложных условиях; можно также изучать по отдельности использование улонов корпуса и ног для управления лошастью. Позже, когда всадник начинает самостоятельно пользоваться поводьями, ведущий может обеспечивать страховку, применяя активное воздействие на лошадь только в те моменты, когда действия всадника неэффективны. Такого рода уроки верховой езды можно рекомендовать всем начинающим всадникам с заболеваниями верхних конечностей (дисмелия, ампутация и т.д.), поскольку им намного труднее пользоваться поводьями. Верховая езда в группе, когда лошадей ведут самые юные всадники клуба, езда под музыку и даже конные прогулки, – все это можно осуществлять с применением такого метода.

Заслуживают внимание также положительные психологические факторы: всадник сильнее чувствует свою независимость, а помощник становится «невидимым»; всадник ярче ощущает свой контакт с лошастью.

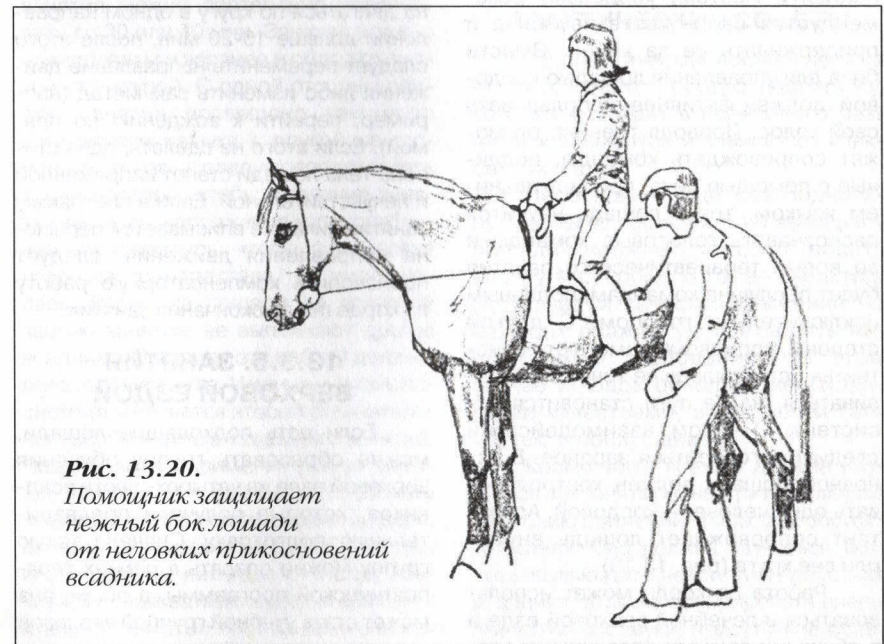


Рис. 13.20.
Помощник защищает
нежный бок лошади
от неловких прикосновений
всадника.

13.3.4. РАБОТА НА КОРДЕ

Работа на корде, – по-видимому, самый распространенный метод лечебной верховой езды и уроков верховой езды для инвалидов. К сожалению, при этом совершается много ошибок, и многие вещи остаются без внимания, особенно в тех случаях, когда лошадь послушна, а это может испортить животное. Даже если лошадь прекрасно подготовлена к такой форме работы, важно выполнять все действия правильно и заниматься с лошастью как можно чаще. Правильная работа на корде, даже обычная, а не только терапевтическая, – это искусство; кое в чем она требует даже большей точности, чем верховая езда.

С помощью различных средств управления можно заставить лошадь идти различными аллюрами. Однако при терапевтической работе на корде применение бича ограничено, поскольку это может нервировать лошадь, а также мешать ассистенту и пациенту. Поэтому кордовому рекомендуется свернуть тетиву бича и придерживать ее за конец. Вместо бича для управления лошастью кордовой должен активнее использовать свой голос. Проводя тренинг, он может сопровождать команды, поданные с помощью бича, прищелкиванием языком, тогда лошадь научится распознавать голосовые команды и во время терапевтического занятия будет послушна командам, поданным исключительно голосом. С другой стороны, кордовому помогают ассистенты. Если лошадь не хочет останавливаться, на ее пути становится ассистент. О таком взаимодействии следует договориться заранее. В основном лошадь должен контролировать один человек – кордовой. Ассистент сопровождает лошадь внутри или вне круга (рис. 13.19).

Работа на корде может использоваться в лечебной верховой езде и в обучении самими различными спо-

собами. Можно использовать работу на корде для выполнения терапевтических упражнений, когда пациенту необходимо координировать свои движения с движениями лошади и учитывать центробежную силу; можно совершенствовать посадку всадника на всех аллюрах – со стременами или без них; можно также учиться облегчаться на рыси, использовать шенкели и т.д. Работа ассистентов при этом методе не столь сложна, поскольку нет необходимости постоянно двигаться рядом с лошастью.

В случае нарушений, в результате которых возникает асимметрия, очень важно правильно выбрать сторону движения. Как правило, пораженная часть тела пациента должна находиться с внутренней стороны круга. Однако иногда более ценно поступить наоборот. Это решается в каждом случае индивидуально.

Работа по коррекции движений лошади должна производиться отдельно от терапевтических занятий.

Терапевтическая лошадь не должна двигаться по кругу в одном направлении дольше 15-20 мин, после этого следует переменить направление движения либо изменить сам метод (например, перейти к вождению по прямой). Если этого не сделать, одна сторона тела лошади станет напряженной и нечувствительной. Если в программу занятия никак не вписывается перемена направления движения, следует производить компенсаторную работу на корде после окончания занятия.

13.3.5. ЗАНЯТИЯ ВЕРХОВОЙ ЕЗДОЙ

Если есть подходящие лошади, можно образовать группу обучения верховой езде из четырех-шести всадников, которые получили предварительную подготовку. Сначала такую группу можно создать в рамках терапевтической программы, а позже она может стать учебной группой верховой езды для инвалидов.

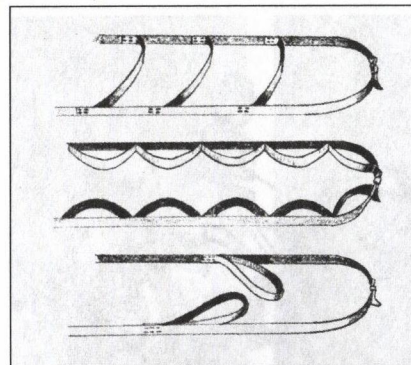


Рис. 13.21. Специальные поводья: а – лестничные поводья; б – «двойные» поводья; в – поводья с петлями.

Такие уроки верховой езды отличаются от обычных двумя вещами. Во-первых, уроки значительно короче, на начальных этапах занятия длятся примерно 20 мин. Следует помнить, что выносливость и способность концентрировать внимание у инвалидов обычно снижена. Лишь через полгода время занятия можно постепенно увеличивать до 30 или 40 мин. Занятие должно планироваться заранее и обладать четкой структурой. С одной стороны каждое занятие посвящено какому-то конкретному навыку, с другой же стороны этот навык следует представлять таким образом, чтобы в течение занятия периоды напряжения и расслабления чередовались, чтобы физическая нагрузка то нарастала, то уменьшалась. Разминка лошади не является частью занятия; ее выполняют другие всадники. В идеале эту работу должны делать ассистенты. Именно участие ассистентов является второй отличительной особенностью подобных занятий. Лошадь водят, применяя все те методы, которые описаны выше. Поскольку всадники учатся использовать поводья, лошадь, разумеется, ведут на чумбуре, иначе всадник никогда не сможет научиться пользоваться поводом самостоятельно. При этом лошадь можно вести

как с левой, так и с правой стороны. Как лошади, так и ассистенты должны привыкнуть к такой форме работы, в частности, должны привыкнуть двигаться рядом друг с другом, в том числе и на быстрых аллюрах.

Согласно правилу, которое часто повторяют, каждый человек, находящийся на манеже, слушается инструктора по верховой езде; без соблюдения этого принципа эффективное обучение невозможно, кроме того, занятие становится опасным. Ведущий должен воздерживаться от лишних разговоров. Конечно, иногда ему надо говорить с лошастью, чтобы ее побуждать или успокоить, иногда ему следует подбодрить всадника. Тем не менее эти случаи представляют исключение, а в целом ведущие не должны нарушать спокойствие других всадников и лошадей и не должны также отвлекать всадника, который сосредоточил свое внимание на лошади и на указаниях инструктора.

13.3.9. ТРЕНИНГ ЛОШАДЕЙ: ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Терапевтическая лошадь должна иметь соответствующую подготовку, которая включает в себя много различных элементов и зависит от конкретных задач.

Необходимо еще раз подчеркнуть важную вещь: навыки выездки у лошади должны соответствовать классу A-L; кроме того, ее характер, экстерьер и качество движений на аллюрах должны удовлетворять необходимым требованиям. В этом случае лошадь обладает необходимыми качествами, в частности гибкостью и послушанием.

Кроме того, лошадь должна научиться сохранять ровный ритм аллюра и гармонию движений при любых обстоятельствах. Она должна научиться терпеть неуклюжие и неприятные действия всадника, а также игнорировать внешние стимулы: звуки, присутствие боль-

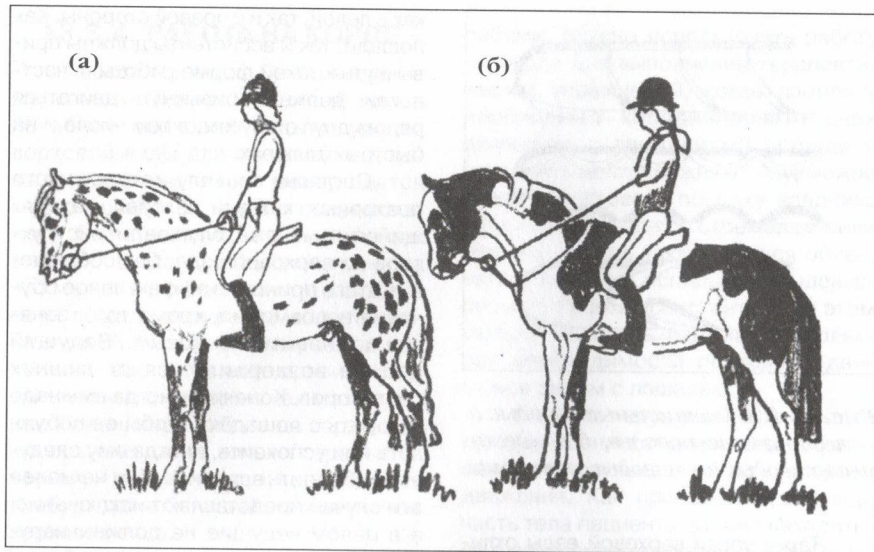


Рис. 13.22. Необычное расположение поводьев:
а – поводья пропущены через кольца или ремешки на седле; б – поводья проходят через мартингал (когда необходимо использовать принцип рычага)

шого количества людей, оборудование для киносъемки, фотокамеры и многое другое, в зависимости от условий занятия. Наконец, лошадь должна привыкнуть ко всем видам специального снаряжения, в частности к таким предметам относятся ремень (не туго затянутый), опоясывающий ее живот, и подхвостник, с помощью которых фиксируется вальтрап или шкура, а также приспособления для посадки на лошадь – помосты и возвышения.

Когда лошадь привыкает ко всем этим вещам, можно обучать ее специальным методам работы. Она должна привыкнуть к присутствию ассистентов и к их действиям, к упражнениям, которые выполняет пациент, и, что сложнее всего, к процедурам посадки и спешивания (сначала пациента имитирует опытный всадник). Лошадь должна также привыкнуть к протезам и инвалидным креслам. С особым вниманием следует приучать лошадь пе-

реносить прикосновения к задней части тела, в частности к области почек, крупу и бокам. Правильная работа с двойной кордой помогает приучить лошадь к прикосновениям к задней части тела: в ответ она никогда не должна лягаться или шарахаться (рис. 13.20).

Целью тренинга является, прежде всего, гармоничное развитие мускулатуры лошади и обучение ее правильным движениям на аллюрах. Для этого необходимо применять самые разнообразные методики; лошадь должна много работать под седлом и выезжать на прогулки. Это, кроме всего прочего, улучшает нрав лошади и удовлетворяет ее потребность в движении.

Когда лошадь уже работает в терапевтическом центре, необходимо постоянно совершенствовать ее навыки или исправлять недостатки. Обучение терапевтической лошади никогда не прекращается.

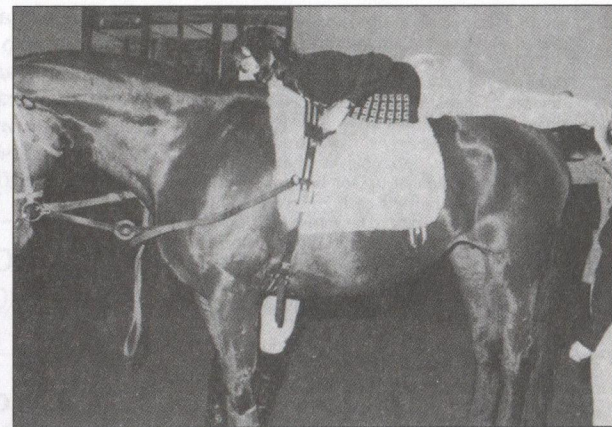
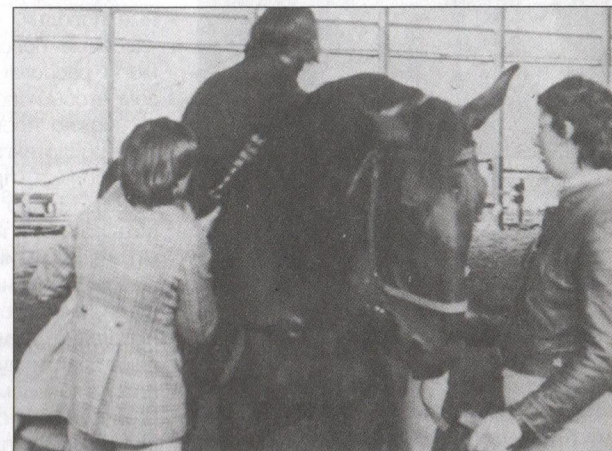


Рис. 13.23.



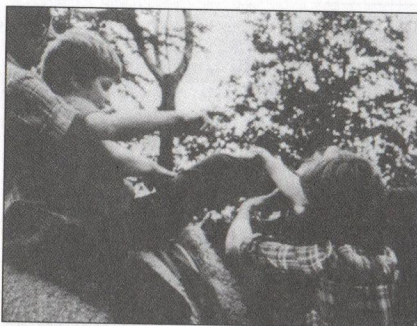


Рис. 13.24. Посадка с посторонней помощью через промежуточный этап «дамской посадки». Один ассистент стоит на земле, другой сидит на спине лошади.

Иногда у лошади, которая в течение долгого времени послушно работала, возникают серьезные проблемы. В этом случае стоит дать животному «отпуск»: либо предложить работу совершенно иного характера, либо на длительное время послать на пастбище. Всегда следует помнить, что работа терапевтической лошади предполагает значительное нервное и психологическое напряжение. Если и после

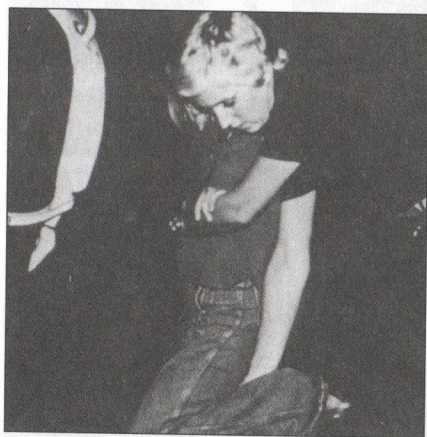


Рис. 13.25. Посадка на лошадь ребенка, страдающего дисмелией, с посторонней помощью.

«отпуска» лошадь плохо выполняет терапевтическую работу, – что встречается крайне редко, – стоит освободить ее от этой обязанности навсегда. Тренинг терапевтической лошади – ответственная задача, приносящая опытному коннику глубокое удовлетворение.

13.4. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ

13.4.1. СПЕЦИАЛЬНОЕ СНАРЯЖЕНИЕ

Нередко для инвалидов, занимающихся верховой ездой, необходимо использовать особые седла или еще какие-то вспомогательные приспособления. Никогда не следует прикреплять всадника к лошади!

Специальное снаряжение обычно предназначено для того, чтобы помочь всаднику держать поводья, сохранять положение тела и пользоваться средствами управления. В качестве примера рассмотрим некоторые типы специальных поводьев, помня, что можно изобретать какие-то еще типы снаряжения в соответствии с потребностями всадника. Существуют специальные поводья из мягких материалов, широкие плетеные поводья с крупными узелками, лестничные поводья, поводья с петлями или «двойные» поводья (рис. 13.21). Поводья могут располагаться необычным образом; чтобы использовать принцип рычага, можно пропустить поводья сквозь кольца мартингала или сквозь специальные кольца, пришитые к седлу (рис. 13.22). Можно укорачивать или удлинять поводья, иногда, когда необходимо свести к минимуму воздействие неловких движения всадника на рот лошади, меняется и способ соединения поводьев с удилами: к поводьям добавляют эластичную часть или же они крепятся к кольцам на переносье. Мы категорически не советуем применять поводья, прикрепленные к верхней части

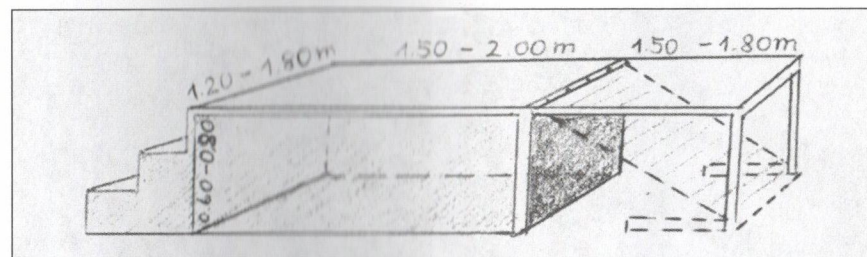


Рис. 13.26, а. Передвижной помост.

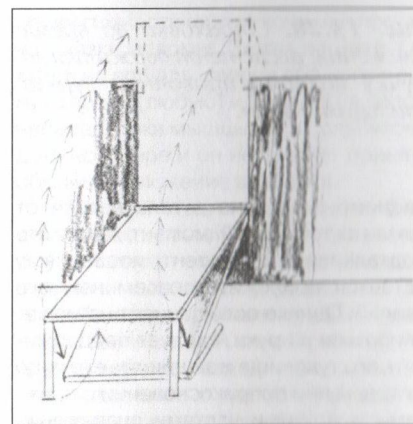


Рис. 13.26, б. Откидной помост на стене.

тела всадника, поскольку это увеличивает риск, о чем уже упоминалось ранее.

Можно улучшить сиденье седла, подложив под него какую-нибудь мягкую ткань; иногда можно использовать какие-то легко раскрывающиеся застежки или иные безопасные приспособления для фиксации типа «липучки». Следует проверить, как «липучка» раскрывается, чтобы избежать лишнего риска.

13.4.2. ПОМОЩЬ И СТРАХОВКА

Как уже объяснялось в предыдущих разделах, помощь и страховка по-

хожи, хотя по сути своей преследуют различные цели. Оказывая помощь, мы активно влияем на движения пациента (и любого всадника) или их поддерживаем. Страхуя, мы непрерывно наблюдаем за пациентом, который действует самостоятельно; при этом сначала сохраняется физический контакт с пациентом, позднее мы наблюдаем без контакта, готовые в любой миг прийти на помощь, если это понадобится. Для того чтобы должным образом применять помощь и страховку, следует хорошо понимать состояние пациента. Кроме того, необходимо непрерывно наблюдать за всеми его действиями, чтобы можно было сразу вмешаться, как только возникнет такая необходимость. Тут следует придерживаться принципа: «Окажи необходимую для успеха или безопасности помощь, но при этом, думая о самостоятельности пациента, сведи свою помощь к минимуму».

Захваты, применяемые при оказании помощи пациентам, напоминают захваты обычной гимнастики. Поддерживающий захват: ассистент обеими руками поддерживает пациента за руку или за ногу (рис. 13.23). Возможен вариант, когда между руками ассистента находятся один или два сустава; например, ассистент держит пациента за плечо и за предплечье около лучезапястного сустава или за предплечье и за голень. Ротационный обхват применяется как спереди, так и сзади; ассистент держит пациента двумя ру-

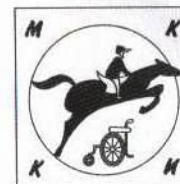
**ЛОШАДЬ В ПСИХОТЕРАПИИ,
ИППОТЕРАПИИ
И ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКЕ
В ТРЕХ ЧАСТЯХ**

Часть I

Учебные материалы
и исследования
Немецкого кураториума
по терапевтической верховой езде

Рекомендовано Министерством труда и социального развития РФ
в качестве пособия для специалистов, работающих в системе
реабилитационных учреждений для детей с ограниченными возможностями

МККИ Москва 2003



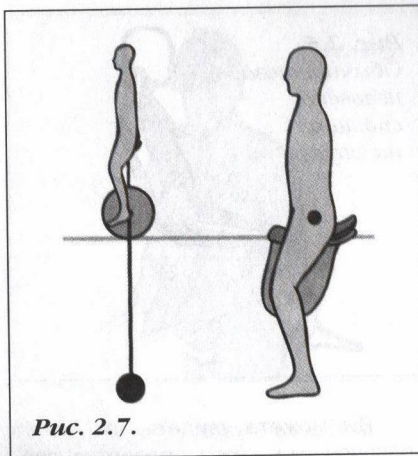


Рис. 2.7.

очередь необходимо прямое положение таза.

Нормальная S-образная кривизна позвоночного столба дает всем мелким соединениям свободу движения, ни одно сочленение не зажато, так что движения лошади могут поглощаться (восприниматься) наиболее экономичным образом, не вызывая напряжений ни в каких точках.

Последней в цепи сочлененных позвонков оказывается голова, ее можно сравнить с шаром, балансирующим на гибкой тросточке. Голова

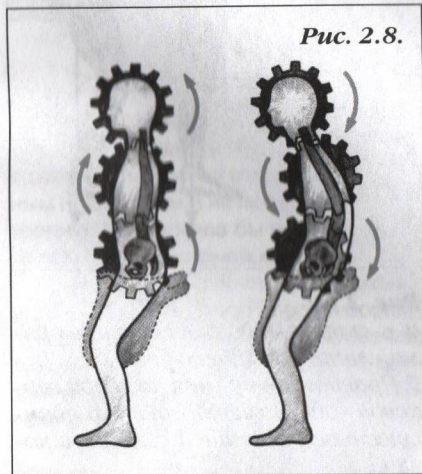


Рис. 2.8.

может быть достаточно тяжелой (в зависимости от ее содержимого) и даже просто бросив взгляд вниз, можно сильно нарушить весь баланс.

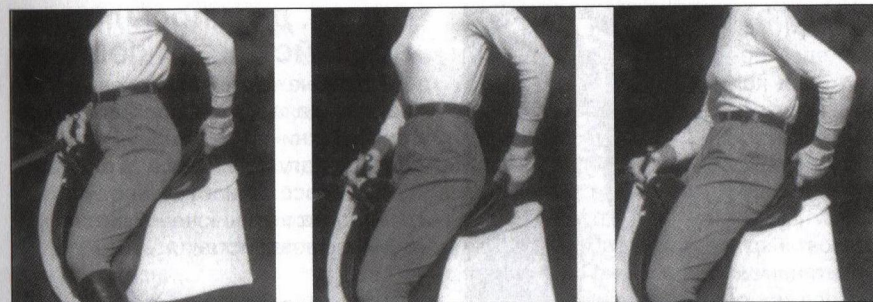
Глаза тесно связаны с движением. Они могут вызвать движение. Если вы поглядите налево, все ваше тело начнет туда поворачиваться. Если вы посмотрите вниз, сидя верхом, вы побудите свое тело наклониться. Однако вы в то же время стремитесь сидеть прямо. Эти противоположно направленные усилия встречаются в сочленениях позвоночника и делают его напряженным и негибким.

Мышцы живота и спины могут автоматически помочь удерживать равновесие. Только при прямой посадке диафрагма работает нормально. А хорошее дыхание имеет очень большое значение для нескованных свободных движений.

Мы в физиотерапии говорим о динамичной стабилизации (подвижной устойчивости) позвоночного столба. Это и есть хорошая устойчивая осанка, поддерживаемая контролем мышечного корсета. Все уравновешено, все сочленения гибки, различные группы мышц (агонисты и антагонисты) работают согласованно, и ни один из мускулов не работает сам по себе. Тогда все тело будет уравновешено, находиться в гармонии с собой.

2.3.2. ОБУЧЕНИЕ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

При виде обучающегося верховой езде вы сразу замечаете его промахи. Крайне важно, особенно для инструкторов, не видеть в начинающем только скопище промахов и ошибок, но того, кто способен на достижения и при поддержке сумеет найти способ, наиболее годящийся именно для него, чтобы добиться продвижения, и не надо забывать также, что проявившийся на первых порах талант может пасть жертвой амбициозных грез. Я хочу обратить ваше вни-



(а)

(б)

(в)

Рис. 2.9.

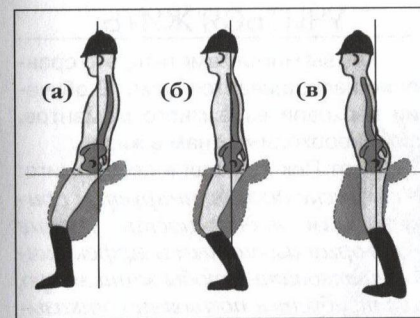
а. Таз, опрокинутый вперед. б. Таз в средней позиции. в. Таз, опрокинутый назад

мание на основные постепенно достигаемые при обучении верховой езде результаты. Это будут в прямой последовательности: равновесие, подвижность, использование посылов (воздействие на лошадь) и, наконец, умение почувствовать лошадь, ощутить и осознать ее поведение и реагировать на него правильно.

2.3.3. РАВНОВЕСИЕ

Первое, чему нужно обучиться, сев верхом на лошадь, это держать

равновесие. Уверенно сидеть на спине лошади, держа спину прямой и сочетая механизм своих движений со всяким ее движением, — наука первейшего значения для всех областей верхового искусства. Верховую езду скорее надо сравнивать с процессом стояния, ходьбы, чем сидения на стуле. Основанием сидящему на лошади служит его таз, над которым он уравновешивает верхнюю часть тела. Расслаблено висящие ноги позволяют удержать равновесие. Это сравнимо с действиями велосипедиста на кана-



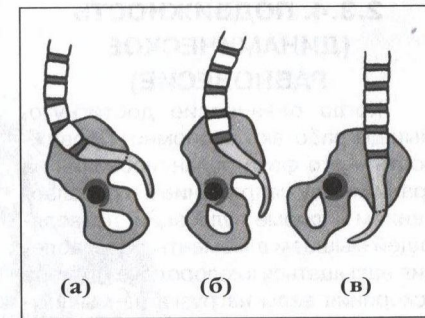
(а)

(б)

(в)

Рис. 2.10.

а. Нижняя часть позвоночника вытянута, таз наклонен назад.
б. Линия центра тяжести не проходит через контрольные точки.
в. Посадка как на стуле.



(а)

(б)

(в)

Рис. 2.11.

а. Нижняя часть позвоночника прогнута, таз наклонен вперед.
б. Линия центра тяжести не проходит через контрольные точки.
в. Посадка вилами.

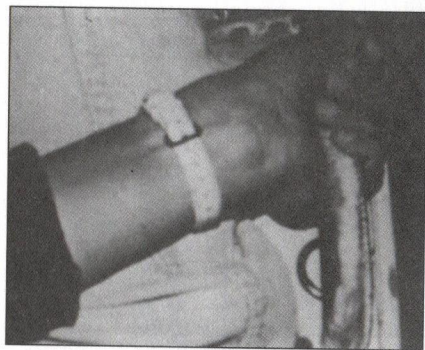


Рис. 13.27. Страховка во время движения: ассистент держится за ручку вольтижировочной гурта «пальцами вверх».

ками за плечо спереди и сзади таким образом, что можно вращать тело пациента. Возможен вариант, когда второй рукой пациента держат за плечевой сустав или за таз.

Прежде всего, пациенту следует оказывать помощь при посадке на лошадь.

Нередко, особенно при работе с детьми, удобнее производить посадку и спешивание через промежуточный этап «дамской посадки», когда две ноги свешиваются с одной стороны. Затем одну ногу переносят через шею лошади, и пациент оказывается в обычном положении верхом (рис. 13.24).

Когда это возможно, лучше производить посадку «обычным» способом. Объем необходимой посторонней помощи зависит от характера нарушений, которыми страдает всадник. Пациент держится двумя руками за ручки гурта или за седло и сгибает левое колено при посадке на лошадь с левой стороны (при посадке справа, соответственно, правое колено). Ассистент двумя руками поддерживает пациента за голень чуть ниже коленного сустава (или же он кладет одну руку под ягодицы). Для координации действий пациента и ассистента они применяют счет. Если

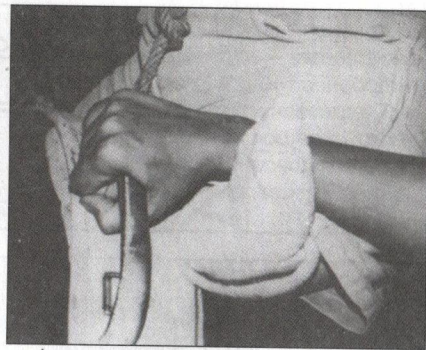


Рис. 13.28. Страховка во время движения: ассистент держится за ручку вольтижировочной гурта «пальцами вниз».

пациент энергично отталкивается от земли в тот самый момент, когда его подталкивает ассистент, последнему остается приложить совсем немного усилий. Однако если пациент не может опираться на руки, следует поддерживать его туловище и защищать его лицо от травм при соприкосновении с пряжками и другими частями снаряжения (рис. 13.25).

Вопрос в том, следует ли садиться слева, как это делают все всадники, или справа, решается на основании характера нарушений, которыми страдает пациент. Помосты и возвышения, которые можно без больших финансовых затрат соорудить в любом манеже, помогают ассистентам экономить свои силы и, кроме того, делают пациента более независимым (рис. 13.26). Удобно, когда пациент может пересест на лошадь прямо из своей коляски. Для того, кто может ходить, достаточно устроить возвышение из нескольких ступенек.

Иногда пациент, страдающий церебральным параличом, не может сразу принять положение верхом из-за спастичности приводящих мышц. В этом случае перед посадкой на лошадь следует выполнить подготовительные упражнения: на терапевтическом ша-



Рис. 13.29. Помощь и страховка при движении лошади: ассистент держит пациента за пояс.

ре, на гимнастическом коне или просто на связке соломы. Затем пациент садится на лошадь, свесив обе ноги в одну сторону (любую) или садится задом наперед, пока мышцы не расслабятся в должной мере и он не сможет принять обычное положение всадника.

На этой стадии пациента необходимо страховать или следует оказывать ему активную помощь, когда он сидит верхом и выполняет упражнения. Основной метод страховки представлен в главе, посвященной иппотерапии и лечебной верховой езде (на фотографии бедро пациента с достаточной силой прижимают к телу лошади). Когда ассистент держится за валик на крыле английского седла или за ручку гурта «пальцами вверх», он может действовать своей рукой как рычагом. Когда он держится «пальцами вниз», его позиция слабее (рис. 13.27, 13.28).

Другой рукой ассистент оказывает поддержку там, где это нужно, этой рукой можно держать лодыжку или обхватить талию пациента. На более поздних стадиях достаточно поддерживать пациента за пояс; это предоставляет ему большую свободу движений. Пациент должен надевать одежду из плотной ткани и поверх нее – пояс, за который удобно держаться (рис. 13.29). К поясу могут крепиться ручки, напоминающие гибкие ручки сумок, поскольку жесткие ручки могут травмировать пациента. Однако чаще всего нет необходимости применять дополнительные приспособления такого рода.

В процессе терапевтических занятий или на начальном этапе, когда пациент все еще испытывает тревогу, осуществлять страховку может всадник (терапевт), сидящий на лошади позади пациента (рис. 13.30). В этом случае сидящий сзади ассистент или терапевт должен оставить место для пациента и сидеть относительно независимо от него, достаточно близко к крупу. В таком положении он может пользоваться всем своим туловищем, руками и ногами для помощи пациенту и для работы с ним.

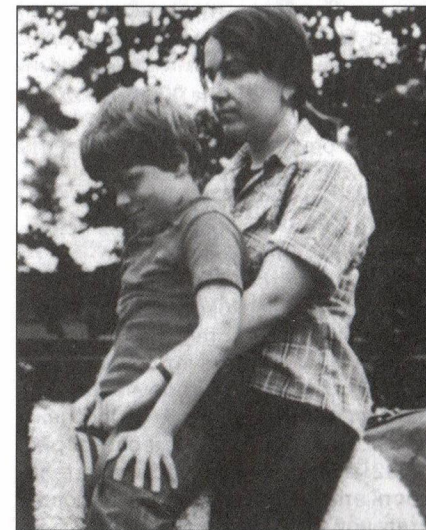


Рис. 13.30. Помощь и страховка, а также осуществление терапевтической работы при «езде вдвоем».



Рис. 13.31. Езда с ассистентом.

Когда терапевтическую лошадь ведет в поводу коновод, это также является способом страховки (рис. 13.31).

Как уже не раз было упомянуто, никогда не следует с помощью какого-либо снаряжения прикреплять пациента к лошади. Страховка, которую осуществляют опытные ассистенты, имеет большие преимущества перед любыми механическими средствами, поскольку ассистенты ориентируются на индивидуальные особенности пациента, они всегда могут изменить степень или продолжительность оказываемой поддержки, кроме того, такая страховка сопровождается психологической поддержкой.

По мере того как всадник осваивает навыки верховой езды, специальная помощь постепенно уменьшается, что соответствует цели обучения. Это означает, что обучение разбито на маленькие, четко очерченные этапы. В качестве примера на рис. 13.32 представлена последовательность этапов при переходе к самостоятельной верховой езде.

Помощь и страховка во время занятия осуществляется в соответствии с указаниями врача или физиотерапевта. Эти меры следует подби-

рать индивидуально, учитывая особенности движений пациента и особенности движений его лошади. Если требуется помощь при выполнении гимнастических упражнений, следует пользоваться обычными методами страховки, применяемыми в гимнастике (рис. 13.33). Терапевтическая команда должна отдельно, т.е. вне терапевтического занятия отрабатывать все необходимые захваты и действия по обеспечению страховки. Кроме того, членам команды следует постоянно совершенствовать свои навыки и стремиться к большей согласованности своих действий.

Ассистенты выполняют следующие задачи:

А. Оказывают активную помощь и осуществляют страховку пациента или члена терапевтической команды.

Б. Оказывают активную помощь и осуществляют страховку сидящего на лошади пациента в соответствии с применяемым в данный момент методом работы.

Обычно с пациентом работают двое ассистентов; когда пациент приобретает необходимые навыки или когда его нарушения не слишком тяжелые, достаточно одного ассистента. При всех действиях инвалида на лошади или около нее, а также в конюшне члены команды оказывают активную помощь и осуществляют страховку, как было сказано выше. Тут следует снова напомнить, что ассистент должен оказывать помощь только тогда, когда это необходимо. Благодаря этому пациент достигает максимальной независимости, на которую он способен (рис. 13.34, 13.35).

13.4.3. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

Обсуждая вопрос о верховой езде для инвалидов и специальных методах работы, мы упоминали, что они основываются на классическом обучении верховой езде. Помимо этого

некоторые методы обучения и проведения занятий развивались в ответ на конкретные нужды людей с определенными нарушениями.

13.4.3.1. Верховая езда для всадников с потерей зрения

Чтобы получить представление о том, что означает потеря зрения, достаточно вообразить себе (а еще лучше – попробовать) езду с закрытыми глазами. С потерей зрения многие важные методы обучения становятся неэффективными, и на занятии по верховой езде следует найти им адекватную замену.

Вместе с потерей зрения всадник теряет возможность:

- получать из окружающей среды зрительные стимулы;
- ориентироваться в пространстве;
- наблюдать за движениями других всадников;
- проверять с помощью зрения эффективность своих собственных движений.

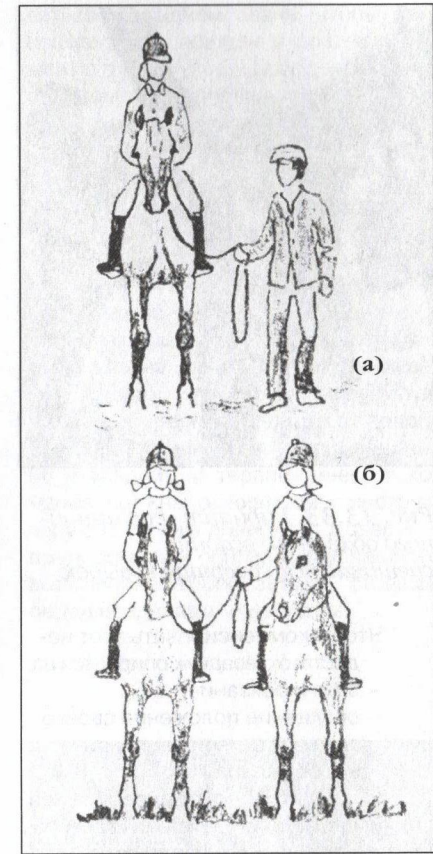


Рис. 13.32. Уменьшение объема посторонней помощи при переходе к самостоятельной верховой езде: а – всадника сопровождает только один пеший ассистент; б – границы движения вдоль длинной стены манежа обозначены с помощью кавалетти, у каждой короткой стены манежа стоят двое ассистентов; г – один ассистент, готовый прийти на помощь, в каждом углу манежа; д – ассистенты стоят по периферии круга, очерчивая его границы; е – езда в сопровождении одного конного ведущего при работе над более быстрыми аллюрами.

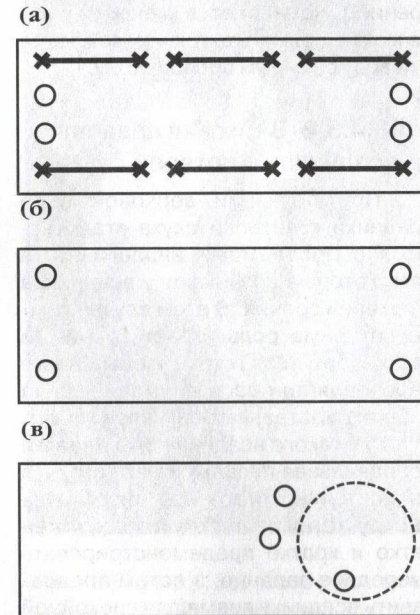




Рис. 13.33. Вариант «ротационного обхвата»: всадник спешивается, совершая кувырок.

Чтобы компенсировать этот недостаток, всадник опирается на:

- слух и осязание;
- ощущение положения своего тела и чувство равновесия;
- воображение.

Инструктор по верховой езде, принимая во внимание эти факторы, должен предложить всаднику с потерей зрения:

- ясные логичные словесные инструкции, соответствующие его способности концентрировать внимание;
- особенно спокойную атмосферу занятия, где ничто не отвлекает от выполнения поставленной задачи;
- четкую упорядоченную последовательность действий (это касается и работы с лошадью на конюшне);
- помощь ассистентов.

Инструктору, который планирует работать с такими всадниками, следует посетить учебное заведение для слепых и посоветоваться со специалистами. Существует много ценных

методик и вспомогательных средств обучения слепых; например, когда всадник меняет направление, можно не только описывать его положение словами, но повторять одно слово («правильно, правильно, правильно») или использовать изменение громкости голоса. Следует обсудить детали разных методов с самим всадником и достичь с ним договоренности.

На манеже можно расположить звуковые сигналы (типа метрономов), издающие звуки различной громкости или высоты, что поможет слепому всаднику ориентироваться в пространстве. Однако не следует придавать им слишком большое значение, поскольку, полагаясь исключительно на них, всадник может не обратить должного внимания на ценные сигналы, которые подает ему лошадь. Ощущая положение тела лошади и его сгибание, всадник может получить общее представление о направлении движения. Самую важную информацию передают движения (поступь) лошади. Что еще более важно, лошадь компенсирует недостаток всадника своим собственным зрением. На занятиях в манеже и в поле можно применять технику вождения в поводу с конным проводником.

13.4.3.2. Верховая езда для всадников с потерей слуха

При обучении верховой езде всадники с потерей слуха сталкиваются с проблемами аналогичными тем, которые возникают у всадников с потерей зрения. В этом случае компенсаторную роль играет зрение, и надо заботиться о том, чтобы они не перенапрягли свое внимание из-за избытка зрительных сигналов. Бывает, что у такого всадника развивается неправильная посадка из-за того, что он постоянно старается следить за инструктором. Инструктор должен четко и кратко продемонстрировать очередное задание, а потом предоставить всаднику время для спокойной

работы. Нужно следить за тем, чтобы не подавать всаднику сразу слишком большого количества зрительных сигналов; каждый отдельный сигнал должен обладать ясным значением. В этом случае инструктору также стоит предварительно обо всем договориться со всадником и посетить школу для детей с нарушением слуха.

Инструктор по верховой езде, который работает с инвалидами, не только должен в совершенстве знать свой предмет. Он также должен быть хорошим педагогом и чувствовать эмпатию к лошади и всаднику. Эмпатия позволяет инструктору в какой-то мере переживать чувства всадника-инвалида, но при этом смотреть на эти эмоции с нужного расстояния. Глубокие психологические переживания другого понять нелегко, часто внешний наблюдатель их неверно «реконструирует». Инструктор должен оста-

ваться на заднем плане, чтобы дать возможность лошади и всаднику как можно глубже узнать друг друга. Таким образом, он является посредником и катализатором взаимоотношений лошади и всадника; он может, например, объяснять всаднику, почему лошадь повела себя таким-то образом, или может использовать это поведение лошади, чтобы всадника чему-либо научить. Когда всадник с «милой» наивностью приписывает лошади человеческие качества, это искажает фундаментально важные взаимоотношения лошади и человека; инструктор должен оберегать всадника от подобных заблуждений. Не только лошадь, но и всадник, и терапевтическая команда должны относиться к инструктору с глубоким доверием. Доверие – предпосылка и основа для успешного выполнения любой задачи, стоящей перед всадником-инвалидом.



Рис. 13.34-13.35. Пациент самостоятельно ухаживает за лошадью и седлает ее с минимальной посторонней помощью.

Вебер Аня (Weber Anja)

родилась в 1965 г.; дипломированный преподаватель физкультуры с дополнительным изучением по специальности «Профилактики и реабилитации с помощью спорта»; много лет занималась в области спорта для инвалидов и реабилитации; с 1993 г. является научным сотрудником Института нормальной и патологической физиологии университета Виттен-Хердеке, основная тема исследований – иппотерапия и спорт для инвалидов; в 1994 г. была обладательницей первой премии Вернера-Куприана DKThR.

Куприан Вернер (Kuprian Werner),

физиотерапевт, преподаватель физкультуры и инструктор по верховой езде. Возглавляет отдел здравоохранения Компании Брауна в Кронберге. Преимущественно занимается вопросами ортопедии, гигиены труда, спортивной медицины и лечебной верховой езды. Вернер Куприан – член правления DKThR и также представляет в DKThR Центральную ассоциацию физиотерапии.

Петерсон Экард (Peterson Ekard, Dr. med.)

родился в 1939 г.; закончил медицинский факультет в Гёттингеме; в 1964 г. сдал госэкзамен, после чего работал медицинским ассистентом в Гёттингеме (психиатрия, неврология, нейрохирургия, гинекология); в 1966 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Клиника невроза навязчивых состояний»; в 1967 г. был назначен на должность врача; в 1971 г. стал членом академического совета и руководителем нейрохирургической поликлиники Гёттингема; в 1972 г. работал врачом-неврологом. В 1973 г. был руководителем неврологического отделения Роммельской клиники в Вильдбаде; в 1975 г. работал баль-

неологом; в 1979 г. получил сертификат Бобата, затем основал Центр Бобата в Вильдбаде; с 1983 г. – врач-физиотерапевт; в 1992 получил премию неврологии и ортопедии за тему «Результаты оперативной и реабилитационной терапии спастической кривошеи»; с 1995 г. работает врачом физической и реабилитационной медицины.

Роммель Оливер (Rommel Oliver, Dr. med.)

родился в 1961 г.; изучал медицину в Антверпене, Бохуме и Кельне; защитил докторскую диссертацию в Кельнском университете; работал научным ассистентом в неврологической клинике и поликлинике, BG-клиниках Бергмансхайля, Рурского университета в Бохуме; с 1995 г. работает врачом-неврологом.

Роммель Томас (Rommel Thomas, Dr. med., priv.doz.)

родился в 1949 г. в Кальве; изучал медицину в Хайдельберге; в 1976 г. сдал госэкзамен, затем был медицинским ассистентом в Медицинской хирургической клинике и институте патологии Хайдельбергского университета. В 1978 г. получил лицензию на врачебную практику, после этого получил докторскую степень в Институте патологии Хайдельбергского университета. В последующие годы (до 1982 г.) работал ассистентом в Клинике нейрохирургии университета в Хайдельберге. С 1983 г. работал старшим врачом в нейрохирургической клинике в Кельне-Мергейме под руководством профессора Дж. Менцеля. В 1985 г. стал дипломированным врачом в области нейрохирургии; 1988 получил степень доцента за экспериментальные исследования глюкозы и энергетического обмена веществ в головном мозге в условиях глубокой артериальной гипотензии. Был награжден Venia legendi за предмет неврологии медицинским фа-

культетом Кельнского университета. С 1988 г. работает ведущим врачом Роммельской клиники в Вильдбаде. С 1992 г. является первым председателем DKThR. В 1995 г. стал дипломированным врачом физической и реабилитационной медицины, в 1996 – медицинским директором Роммельской клиники.

Хайперц Вольфганг (Heipertz Wolfgang, prof., Dr. med.),

профессор, медицинский директор Ортопедической университетской клиники во Франкфурте-на-Майне. Проработав несколько лет в области хирургии и травматологии, он заинтересовался ортопедией и спортивной медициной. В 1970 г. стал профессором ортопедии во Франкфурте-на-Майне, где было основано отделение лечебной верховой езды, первое отделение подобного рода в университете. Профессор Хайперц является автором, соавтором и редактором многих книг, посвященных спортивной медицине, физиотерапии, ортопедии и реабилитации. Он возглавляет комитет по науке, входящий в состав DKThR.

Хайперц-Хенгст Кристин (Heipertz-Hengst Christine),

преподаватель отделения лечебной верховой езды в Ортопедической клинике университета им. Иоганна Вольфганга Гете во Франкфурте-на-Майне, возглавляет рабочую группу верховой езды для инвалидов DKThR. Кристин Хайперц-Хенгст работала в различных школах, в течение нескольких лет преподавала верховую езду в специальных школах Кельна для детей с физическими нарушениями, специализировалась на обучении инвалидов верховой езде. Обладает богатым опытом в сфере лечебной верховой езды.

Хервиг Герман (Herwig Hermann)

родился в 1953 г.; работал заместителем директора средней школы; позднее в преподавал математику и физкультуру в специальной школе для слепых и детей с

нарушенным зрением. С 1980 г. преподавал в школе им. Карла-Штреля при Немецкой женской гимназии для слепых в Марбурге. С 1986 по 1988 г. был заместителем ректора в институте, сотрудничал при создании и проведении 3-семестрового дополнительного обучения для учащихся института спортивных наук и мотологии при Университете им. Филиппса в Марбурге. В 1988 г. стал руководителем федерального центра «Спорт со слепыми и слабовидящими людьми»; является членом комиссии АО «Служение и спорт союза педагогов для слепых и людей с нарушенным зрением». На его счету многочисленные исследования и публикации о дидактике и методике разных видов спорта (лыжного спорта, виндсерфинга, дзюдо, двигательного развития с лошастью и на лошади), рассчитанные на учеников с нарушенным зрением. В данный момент работает над докторской диссертацией на тему «Развитие способности регулировать равновесие в комплексных ситуациях (виндсерфинг, скейтборд, ролики, ходьба на ходулях, лыжи и др.)»

Хергет Моника (Herget Monika)

родилась в 1959 г.; преподавала в гимназии физкультуру, историю, обществоведение, искусство и педагогику; с 1985 г. работает инструктором по верховой езде; в 1990 г. проходила дополнительное изучение верховой езды как спорта для инвалидов. С 1986 г. работала в школе Карла-Штреля Немецкого приюта для слепых в Марбурге. Ей принадлежит ведущая роль при описании верховой езды как вида спорта для слепых и людей с нарушенным зрением. В 1989 г. была избрана членом верховной комиссии курсов повышения квалификации в верховой езде как спорте для инвалидов при DKThR. В 1993 г. стала членом руководства семинаров на тему «Лошадь в двигательном развитии людей с нарушением зрения» на 31-м Конгрессе Союза педагогов для слепых и людей со слабым зрением в Марбурге; в 1991-1992 гг. публиковала свои работы в специальном журнале «Лечебная Верховая езда» DKThR.



те и практически очень близко к процессу ходьбы. Мы используем эту особенность в иппотерапии. Может показаться, что все это очень легко, но на самом деле большинство ошибок, даже на международных соревнованиях по выездке или на показательных преодолениях препятствий, совершаются по причине нарушения равновесия. Как только оно нарушено, компенсировать его можно только применив силу, что сразу же нарушит гармонию.

2.3.4. ПОДВИЖНОСТЬ (ДИНАМИЧЕСКОЕ РАВНОВЕСИЕ)

Когда равновесие достигнуто, мышцы работают экономно. Подвижность – это фаза балансирования на грани между напряжением и расслаблением в форме пульсации, позволяющей мышцам в моменты расслабления насыщаться кислородом. По мере ускорения езды нагрузка на мышцы-агонисты и антагонисты растет соответственно, и мышцы таким образом развиваются беспрепятственно, но и без ненужного перенапряжения. Аналогично тому, что мышцы напряжены меньше при ходьбе, чем при беге, в верховых занятиях это будет езда шагом или собранной рысью.

2.3.5. ДАЧА ПОСЫЛОВ/ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЛОШАДЬ

На начальном этапе очень техническая задача. Дача посылов изучается как технические приемы: как повернуть ногу, как натянуть поводья. Вначале все они будут получаться грубо, пока всадник не научится нужной мере воздействия.

2.3.6. ОЩУЩЕНИЕ/ ОСОЗНАНИЕ (ЧУВСТВО ЛОШАДИ) И ПРАВИЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ

Умение почувствовать лошадь – завершающая стадия верхового искусства. В нем нет ничего, чему бы не смог научиться каждый (в доступной ему степени), чуткое понимание между лошадью и всадником следует тренировать с первых же шагов. Всадник должен приучиться прислушиваться к лошади, ему полагается замечать все, что касается лошади и окружающей обстановки, дабы соразмерять настойчивость своих посылов с ситуацией.

2.4. УЧИТЬСЯ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ – УЧИТЬСЯ ЖИТЬ

Как вы могли заметить, это сравнение напрашивается само. В обучении верховой езде много моментов, также необходимых нам в жизни.

Скот Пек написал в своей книге: *«Равновесие дисциплинирует и придает нам подвижность, умение быть организованным и эффективно действовать. Чтобы жить мудро, нам требуется постоянно отказываться от удовольствий, ориентировать себя на будущее. Однако, чтобы жить радостно, мы обязаны уметь жить настоящим и действовать импульсивно, когда эти действия не разрушительны».*

Уравновесив себя и свою жизнь, мы воздвигаем фундамент, на кото-

ром зиждется внутренняя (психологическая) подвижность. Подвижность необходима нам, чтобы мы могли с открытыми глазами смотреть на себя и вокруг, чтобы быть в состоянии сознательно действовать, когда потребуется. Это единственный способ управлять собой и своей жизнью и чего-то добиваться, достигать и продвигаться в жизни.

Прямая правильная посадка всадника с прямой осанкой влияет на его поведение в жизни. Умея держаться прямо в седле, человек выпрямляется как личность, так как движения тела отражаются в движениях его духа. А привычка к согласованному движению в процессе верховой езды к воздействию на лошадь теми или иными посылами постепенно переходит в умение осознавать необходимость действий по управлению в каждодневном поведении. Это требует отваги. Многие страшатся довериться себе. Наездник учится доверять и своему коню, без этого нельзя, так как конь может компенсировать отсутствие какого-то знания или умения всадника.

Когда нам надо справиться с какой-то задачей в верховой езде, вас учат решать ее, продолжая двигаться вперед. А прямые, открытые люди – это то, что требуется: люди прямые и сознательно реагирующие, стремящиеся вперед и отважно доверчивые, доверяющие себе и способностям других людей, имеющие смелость действовать, влиять на ситуацию и изменять ее, уравнивающие свою каждодневную жизнь с планами на будущее достаточно гибко, словом такие, про которые сказано: «дорогу осилит идущий».

Лошадь учит своего всадника полной мере дисциплины и ответственности. У нас с вами нет возможности обсудить это все детально, но вы сами легко проведете параллели между верховой ездой и жизнью.

Я искренне надеюсь, что инструктора по верховой езде осознают и почувствуют, как удивительна их работа. Сколько у них возможностей, а следовательно, и обязательств помочь своим ученикам расти и развиваться не только на поприще верховой езды.

1994 г.



3 МОДЕЛИ «ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА» И «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЧЕЛОВЕКА И ЛОШАДИ»

Х.-Дж. Барайсс (Н.-J. Bareiss)

3.1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

При моем соприкосновении с лечебной верховой ездой, которое произошло всего несколько лет назад, выявилось много интересных связующих моментов и параллелей с моей предыдущей лечебно-педагогической и терапевтической работой. В то же время вспомнились дискуссии и теоретические стычки прошлых десятилетий и возникло впечатление, что в модели «ЛВЕ», как ее опубликовал DKThR в 1978 г. (графика, тексты, списки показаний), существует так называемый разрыв времени с социальными-научной точки зрения. Однако современные публикации, и не в последнюю очередь сообщения с этих заседаний, свидетельствуют о том, что многое находится в движении, психологические аспекты рассматриваются более дифференцированно – прежде всего получают признание целостные и многомерные концепции гуманистической психологии и медицины. Разумеется, в результате этого увеличивается разрыв с моделью «лечебная верховая езда (ЛВЕ)».

Обсуждения, дискуссии – в первую очередь в рамках Рабочего сообщества верховой езды и терапии (AG

Reiten und Therapie), членом которого я являюсь, – побудили меня высказать ряд мыслей на эту тему.

В моем докладе я стараюсь охватить, обобщить и связать воедино ряд аспектов.

При этом совершенно невозможно не затронуть некоторые моменты, которые уже были неоднократно оговорены и обсуждены. Я прошу Вашего понимания. Мое критическое рассмотрение модели «ЛВЕ» не преследует никакой самоцели, наоборот, моя цель заключается в поиске альтернативных структур.

3.2. СУТЬ ПРОБЛЕМЫ

Известно, что встреча обоих существ – человека и лошади – имеет за плечами тысячелетнюю историю. Доказательством тому служат наскальные росписи доисторического периода и древние письменные предания (ср. Гиппократ). Это значит, что между человеком и лошадью существует чрезвычайно длительный опыт взаимодействия.

На нашем заседании мы занимаемся темой «человек-лошадь-терапия» не только на уровне действия и опыта. Прежде всего, интерес представляют анализ и отношение к теоре-

тическим связям. И так, ориентированные на действие науки характеризуются приматом практики. Это означает: воспитание проводится до развития научных воспитательных теорий. Помощь оказывается перед каждым социально-научным образованием теории.

Следовательно, в конкретной жизни и в общественной действительности помогающее и излечивающее влияние лошади на человека в первую очередь является опытом, получить который имеет смысл. Образование теории и развитие модели предполагают наличие полученного благодаря практическим действиям опыта. Связь между практикой и теорией становится диалектическим отношением, что приводит к обратному действию: полученные однажды модели и теории создают мышление, установки, уровень опыта и знаний, ожидания, толкование следующего опыта и действий.

Эти разные влияния образования теории и развития моделей находятся во взаимно противоположном отношении: с одной стороны, теория может обогатить практику и расширить возможности получения опыта и знаний. С другой стороны, теоретическое фиксирование обедняет практику, ведет к сужению и блокированию возможности обогатить свой опыт. Конечно, оба эти утверждения распространяются и на модель «ЛВЕ», считающейся самой лучшей для «сцены человек-лошадь-терапия» в Германии.

Главенствующее положение практики также обосновывает и разъясняет обусловленные процессом неудавшиеся отношения, которые возникают между практикой с одной стороны и развитием теорий и моделей с другой. Общество и наука подвержены переменам. Подобный переворот отчетливо прорисовывается в частях «сцены человек-лошадь-терапия». Я уже упоминал важное значение подобных заседаний в этой связи. Так возникает состояние напряженности и конфлик-

та между моделью, ее имманентными теоретическими преимуществами и теми частями «сцены», которые находятся в процессе развития.

Я думаю, что этот критический подход не вызовет у Вас неприятного изумления. Теории, модели, организационные структуры подвержены основательной динамике развития здоровой жизни. Эту процессную зависимость можно прояснить, если мы перенесем теорию Пиагета в отношении индивидуального когнитивного развития на общественные и научные процессы развития.

Организация и адаптация являются основными функциями развития. Адаптация – это активный процесс приспособления. Он включает в себя ассимиляцию и аккомодацию. Ассимиляция означает приспособление опыта к имеющимся схемам. Как мне кажется, в одном таком процессе ассимиляции находится «сцена человек-лошадь-терапия», когда пытается интегрировать новый опыт и знания в старую схему ЛВЕ, а, например, имеющаяся структура трех областей должна расширяться еще одной областью – психотерапевтической верховой ездой.

При аккомодации опыт и знания не вкладываются в старые схемы, а, наоборот, приспособленные к новому опыту схемы создают новые. С точки зрения кибернетики здесь происходит изменение всей системы в целом. При таком последовательном процессе развития старая модель «ЛВЕ» должна отклонять новые структуры в случае выявления несовместимости нового опыта в области человек-лошадь-терапия с этой моделью. Следствием этого процесса приспособления и переструктурирования является равновесие – баланс на более высоком уровне между опытом и структурой мышления или новыми рамками теории и модели.

Модели могут демонстрировать принципиально разные качества. Ста-

тически задуманные модели подчиняются динамически задуманным моделям. Статические модели являются либо нормативными, либо дескриптивными (т.е. описательными) с чисто эвристическим значением. Динамически задуманные модели накладываются на процессы развития, их характеризуют такие признаки, как междисциплинарность, открытость, ориентирование на процесс, целостность.

Некоторые моменты говорят в пользу того, что модель «ЛВЕ» скорее носит характер статической модели и тем самым – в первую очередь, с социально-научной точки зрения – скорее тормозит, чем стимулирует. Об этом можно судить прежде всего по следующим признакам: организационная обязательность и нормативная функция, ориентирование на спортивное мышление, фиксирование на традиционной медицинской модели, представляющей лишь одну из моделей социально-научного образования теории (ключевыми словами являются «наешивание ярлыков», «ориентирование на дефицит»), разделяющее/привязанное к определенным наукам мышление вместо междисциплинарного, отсутствие ориентирования на целостную и многомерную картину человека, слабость языка и логики, профессиональный политический и поэтому чисто дескриптивный интерес к познанию (определение фактического состояния профессиональной структуры).

При этом критическим моментом является *дефицит наблюдения взаимодействующих процессов*, и именно на междисциплинарном уровне (основная взаимозависимость участвующих наук), на профессиональном научном уровне (наблюдение социологических и социопсихологических процессов в связи с основным пониманием болезни и отклонения), на общественном уровне (недостаточное открытие в общем пространстве для возможностей получения опыта с участием лошади – как альтернатива

конного спорта, доступного каждому), на уровне более конкретного и индивидуально значимого взаимодействия между человеком и лошадью (взвешивание всех способов взаимодействия, а также индивидуальных, зависящих от взаимодействия процессов).

Здесь связанное со спортом фиксирование на способ взаимодействия понятие «верховая езда» и виды верховой езды и вольтижировки, как их преподносит модель «ЛВЕ», мешают необходимому с точки зрения терапии процессу развития, принимающего во внимание значение многообразных процессов взаимодействия. Поэтому верховая езда – центральное и верхнее понятие в модели «ЛВЕ» – представляет в предлагаемом мной Вашему вниманию проекте модели «терапевтическое взаимодействие человек-лошадь» всего лишь один из видов взаимодействия наряду с другими. Я исхожу из тех соображений, что каждый вид взаимодействия открывает свой собственный и несравнимый мир опыта и знаний. В зависимости от целевой постановки и временного состояния в процессе терапии и развития работа в области различных видов взаимодействия может сделать нечто специфичное познаваемым, запустить в ход или также затормозить, препятствовать, повернуть в другое направление.

Поэтому в этом месте я поставил плоскость конкретного взаимодействия человек-лошадь в центр рассмотрения в рамках различно названных плоскостей взаимодействия.

3.3. РАССМОТРЕНИЕ КАРТИНЫ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ К ОБЛАСТИ ЧЕЛОВЕК- ЛОШАДЬ-ТЕРАПИЯ

В этом разделе я хотел бы вместе с Вами рассмотреть определенные

картины. Речь идет о картинах, имеющих символический характер для области человек-лошадь-терапия. При этом последовательно обсуждается вопрос, какие представления о терапии с участием лошади в них передаются, какие ассоциации относительно важных терапевтических аспектов они у нас вызывают, чтобы в конце их с примером модели «ЛВЕ» наметить структурные моменты для альтернативной модели.

Далее: Рассмотрение 10 картин из области «ЛВЕ». Обработка понятийно скомпонованных ассоциаций в форме интеллектуальной игры.

Основными сигналами картин участники(цы) называли:

- Силу символа.
- Многомерность/полярности/целостная картина человека.
- Аспект развития.
- Аспект отношения/лицом к лицу/встреча на одном уровне/партнерство/ограничение/доминантность/связь/доверие/двойной язык.
- Физический аспект/эквиваленты/родство/сексуальность/восприятие тела/контакт с кожей.
- Лошадь в центре внимания/соблюдение потребностей лошади.
- Виды взаимодействия:
 - близость/дистанция;
 - общение/игра/удовольствие/радость/проба/взгляд/желание жить;
 - позволить нести и передвигать себя в пространстве/самовосприятие/физический аспект (см. выше).
- Верховая езда/автономия/друг с другом/послушание.

Переданные картинами сигналы открывают многообразие аспектов взаимодействия между человеком и лошадью. Это многообразие явно противоречит ограниченности языковых символов «верховая езда» и «вольтижировка».

3.4. ВЫБРАННЫЕ СИСТЕМНО- АНАЛИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИ «ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА»

3.4.1. РУКОВОДЯЩИЕ ВЫВОДАМИ ИНТЕРЕСЫ

Бросается в глаза один момент, а именно, что происхождение трех звеньев модели «ЛВЕ» с ее ясными разграничениями разных областей, полученных в результате многолетнего практического опыта и теоретических пояснений [Heipertz-Hengst. C. u.a. Zeitschrift Praxis der Psychomotorik 1978; 4:123], является ничем иным, как зеркалом, отражающим участвующие в ней группы профессий. Поэтому напрашивается вопрос, не руководила ли выводами в первую очередь консолидация фактического состояния интересов профессионального характера к (говоря языком социологии) приспособлению трех групп профессий, т.е. равновесию интересов.

Авторы моделей указывали, что научный интерес познания на методическом уровне распространяется на каждую из этих областей.

Так как методический уровень находится в прямой зависимости с вышестоящими теоретическими уровнями, научный запрос, как мне кажется, выражен слишком узко. Это также говорит в пользу первоочередности профессионально-политического интереса участвующих групп, причем я считаю, что налицо однозначное доминирование медицинской стороны.

3.4.2. ВОПРОСЫ ЦЕЛОСТНОСТИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТИ

В качестве прогресса модель по-казывает и описывает найденные раз-

деления и ограничения на уровне трех областей практики, а также на уровне смежных наук (если понимать определение спорта как спортивную науку). Особенно заметно, что не предусматривается никакой последовательной междисциплинарной связи.

Что же было достигнуто этим разделением, если мы признаем, что не только в единичном случае, который в модели «ЛВЕ» предполагает так называемое множественное отклонение, а между этими областями существует множество поперечных связей? Лечебно-педагогическая – психологическая работа с человеком и лошадью имеет физическое измерение, лечебно-гимнастическая терапия – педагогическое и психологическое. Так, Фельденкрайс [Feldenkrais M. Bewusstheit durch Bewegung. Frankfurt/M 1978] видит свою концепцию, которую можно было бы понять в форме лечебной гимнастики, как педагогико-психологическую работу с телом. Совершенно иначе понимается лечебная и специальная педагогика в связи медицины, педагогики, психологии, социологии. Так неужели разделения, предложенные моделью «ЛВЕ», являются оправданными? С такой постановкой вопроса сталкиваются друг с другом противоположные в своей основе антропологические точки зрения и научные парадигмы.

Очевидно, что модель «ЛВЕ» создана изолирующим, разделяющим, одномерным мышлением. Люди с разными отклонениями скорее рассматриваются с точки зрения профессионально-специфических единичных аспектов, нежели в своей целостности. Следовательно, имеется тенденция центрировать помощников до центрирования пациентов.

Чего же мы достигнем в результате этих разделений, если, согласно спискам показаний модели «ЛВЕ», физически неполноценного ребенка нужно лечить только с точки зрения лечебной гимнастики, причем лошадь деградирует до «живого снаряда для

упражнений»? Мне кажется, общего пренебрежения лечебно-педагогико-психологической потребностью развития этого ребенка. По крайней мере, исключается шанс сделать полезными влияния взаимодействия с лошадью в этой области, причем наряду с акцентом на целостность ребенка принимать во внимание всю лошадь в комплексе (соблюдение ее сути как партнера). Однако это предполагает принципиально целостную и междисциплинарную концепцию.

Пересекающиеся поля, изображенные также в модели «ЛВЕ», не выводят из тупика разделяющего и аддитивного мышления (сравни раздел «лечебная педагогика/отклонение/множественное отклонение»).

3.4.3. ПОНЯТИЕ «ВЕРХОВАЯ ЕЗДА»

В модели «ЛВЕ» понятие «верховая езда» определяется с помощью высказывания о лечебно-гимнастической иппотерапии. К тому же, верховая езда является понятием из области спорта, и, согласно объяснениям авторов, было бы ошибочным говорить о верховой езде при иппотерапии.

Итак, если сидение на двигающейся лошади – т.е. «позволение нести и передвигать себя в пространстве» – в лечебно-гимнастической терапии ни в коем случае нельзя определять как верховую езду, то использование этого вида взаимодействия в лечебно-педагогической и психологической области представляет верховую езду в такой же малой степени. В еще в меньшей степени можно причислить к словесному содержанию термина «верховая езда» многие виды работ с землей, которые образуют связь лицом к лицу с лошадью. Эти терапевтические работы имеют собственную терапевтическую ценность и не являются, как в конном спорте, «побочными видами деятельности», подчиненными верховой езде.

Для познания физического и психотерапевтического влияний состояния «позволить нести и передвигать себя в пространстве на лошади» в педагогико-психологической области как и лечебно-гимнастической иппотерапии не выполнен главный критерий верховой езды – самостоятельное применение средств управления. Во многих ситуациях в процессе терапии верховая езда невозможна по причине антропогенных предпосылок пациентов; кроме того, она не позволяет достичь целей лечения.

Следовательно, использование понятия «верховая езда» в качестве центрального понятия или учредительного момента в лечебно-педагогической и психологической области точно также является ошибочным, как и в области лечебно-гимнастической терапии.

3.4.4. ПОНЯТИЕ «ИППОТЕРАПИЯ»

Высшее понятие «ЛВЕ» и подчиненное ему понятие «иппотерапия», которое ни в коем случае не следует понимать как «верховую езду» (см. выше), находятся в языковом и логическом противоречии.

По языковому содержанию понятия «иппотерапия» по сравнению с другими понятиями модели, делающих упор на верховую езду (и вольтижировку), демонстрирует большую открытость. Интересно, что согласно имеющейся у меня информации, определение «иппотерапии» в Швейцарии связано с дополнением «К» (имеется ввиду специальная терапия, проводимая г-жой Кюнцле). С моей точки зрения, это разумно и корректно с точки зрения языка, так как понятие «иппотерапия» по своему языковому содержанию не содержит установки на определенную специальную область, например, на область лечебной гимнастики.

Итак, напрашивается вопрос, почему открытое понятие «иппотера-

пия», с которым не связано никакой установки на вид взаимодействия «верховая езда», не подходит (с соответствующей подробной характеристикой) для других специальных областей, интегрирующих взаимодействие с лошадью.

Не нужно особенно обосновывать то, что понятие «терапия» присоединяется не только к лечебной гимнастике, что, например, оно применяется также в области лечебной педагогики и психологии. Об этом я говорю, потому что в модели «ЛВЕ» понятие терапии на уровне области подчиняется только лечебно-гимнастической терапии.

3.4.5. О ПОНИМАНИИ ТЕРМИНОВ «ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА», «НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ», «МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ»

В первую очередь нужно заметить, что понятие «лечебная педагогика» в этой модели явно перегружается, если определением «лечебно-педагогической вольтижировки и верховой езды» должны покрываться редкие и специальные области терапии, кроме лечебной гимнастики (педагогика, психология, психиатрия и при наличии интереса в работе с лошадью также и мототерапия, логопедия, гериатрия и т.д.).

В модели «ЛВЕ» понятие «лечебная педагогика» употребляется скорее в консервативном контексте. Оно относится к части спектра особой педагогики, отвечающей за работу с детьми и подростками с аномальным поведением, умственно отсталыми и душевнобольными с целью (согласно высказываниям авторов) «позитивно повлиять на их поведение и стимулировать их психосоциальное развитие» [Heipertz-Hengst. C. u.a. Zeitschrift Praxis der Psychomotorik 1978; 4:126].

Традиционное понимание лечебной педагогики, которое лежит в основе модели «ЛВЕ», проявляется также и в применении списков показаний по так называемой в социальной науке «медицинской модели». В особом педагогическом образовании теории это является одной парадигмой наряду с другими. Это возвращение к учению о детских ошибках XVIII и XIX столетий.

В этой схеме мышления происходит вид «помечающего подхода», процесс предписания, обусловленный навешиванием ярлыков. Проявляющиеся индивидуально признаки, определяемые как «болезнь», «странность», «нарушение» или общая «дефективность», относятся к картине болезни или картине расстройств. Важные признаки, содержащиеся в этой картине, приписываются пациентам в форме предубеждений и ожиданий, которые они сами усвоили в процессе, разрушающим их идентичность. В этих картинах болезни или расстройств в силу обобщенного, не направленного на индивидуальность и процессы взаимодействия мышления, представляются определенные этиологические признаки, прогностические ожидания и терапевтические концепции.

Современная лечебная педагогика смотрит на взаимодействующие процессы отклонения, болезни и проблематичные процессы обособления открыто и критично. Она не ориентируется на дефициты, а делает упор на силы и соответствующую «зону последнего развития» [Bundschuh K. Heilpädagogische Psychologie. München 1992]. Избегается «связь с качеством» клинического процесса, т.е. с процессом навешивания ярлыков. Предъявляемыми к диагностике требованиями сегодня являются ориентирование на процесс, т.е. учет индивидуальных процессов развития и сопровождение терапией.

Современная лечебная педагогика отказывается делить все общество на больных и здоровых, на нормальных

и ненормальных людей. Потребность в помощи и стимулировании она рассматривает в качестве общего антропологического признака, общей составной части человеческого развития. Она не ограничивает свое поле полномочиями отбора пациентов в рамках ненадежного процесса определения, а занимается всеми, кто имеет потребность в лечебном, педагогическом и психологическом стимулировании. Так как развитие – это процесс, длящийся на протяжении всей жизни, она открыта для всех возрастных групп.

Следующий пример к вопросу о сомнительности имеющегося списка показаний модели «ЛВЕ»: в качестве показателя к ЛВЕ и вольтижировке дается умственная отсталость. Умственная отсталость является не столько объективным фактом, сколько теоретической конструкцией или результатом социального процесса определения и приписывания. Во многих случаях результативный и личностный профиль так называемого умственно отсталого пациента принципиально не отличается от других детей и подростков. Ярлык «умственной отсталости» пуст по содержанию и не дает достаточно диагностических оснований для стимулирующих и терапевтических мероприятий. В противоположность классической психодиагностике, после функциональной концепции не разрабатывается никакой диагностической категории, а анализируется проблематичное поведение, и уже потом на основании этого разрабатывается план проведения терапии. Следовательно, основания для показания лечебно-педагогического и психологического стимулирования или лечения с помощью лошади заключаются в индивидуальных признаках, которые так называемый умственно отсталый ребенок разделяет со многими другими детьми без этого ярлыка.

В соответствии с этим альтернативная модель должна быть направлена на индивидуализацию и ориентирование, на дифференцирование

способов и измерений взаимодействий человека и лошади с их специфическим влиянием на терапевтический процесс.

Когда ребенок принимает участие в терапии с участием лошади не из-за своего ярлыка, а вследствие своей индивидуальности, и в принципе не отличает свою ситуацию от ситуации других детей, следует избегать автоматического участия терапевта или лечебной организации в процессе приписывания и стигматизирования, что вредит идентификации личности ребенка, и, тем самым, его развитию.

Как уже было отмечено выше, в модели «ЛВЕ» люди с физическими недостатками стоят «за скобками» лечебно-педагогического и психологического стимулирования с помощью лошади. Из этого я делаю вывод: целостное, а также лечебно-педагогическое и психологическое стимулирование людей с физическими недостатками с помощью лошади не предусматривается только в том случае, если имеется еще дополнительное, например, душевное расстройство. Поэтому ставится вопрос об имманентном понимании отклонения в модели «ЛВЕ». Мы знаем, что так называемые инвалиды по всем правилам имеют множественные «отклонения». Подобные аспекты состояния неполноценности необходимо рассматривать с индивидуальной точки зрения; например, моторную, перцептивную, когнитивную, языково-коммуникативную, эмоциональную и социальную области. Это разные процессы взаимодействия на социально-психологическом фоне, которые ведут к состоянию неполноценности. Это значит, что так называемая множественная неполноценность является основным учреджающим моментом «состояния неполноценности».

Междисциплинарная кооперация (изображенная заштрихованными пересекющимися полями) предусматривается в модели «ЛВЕ» только для множественных отклонений в классическом

медицинском смысле. Новая модель должна основываться на целостной парадигме состояния неполноценности и междисциплинарном ориентировании. Тем самым достижение прогресса заключалось бы не в разделении и обособлении, а в поиске связей.

3.5. МОДЕЛЬ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЧЕЛОВЕК-ЛОШАДЬ» (ТВЧЛ)

3.5.1. О ПОНЯТИИ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЧЕЛОВЕК-ЛОШАДЬ»

Основу этой модели создает учет разных плоскостей (или уровней) взаимодействия (см. выше). И все же определение общей области относится к совершенно конкретному уровню взаимодействия человек-лошадь, к важной с точки зрения терапии встрече двух этих существ. По Бургарту, понятие «взаимодействие» в социологическом плане определяется как форма налаживания контакта на основе переменного восприятия, которое ведет к реакциям участвующих в контакте лиц [Wallner E.M. Soziologie. Heidelberg 1975; 156]. Это определение можно перенести и на социальный контакт между человеком и лошадью.

Слово «терапевтический» в этой связи понимается относительно открыто: терапия, профилактика и предупреждение, последующее наблюдение, систематическое сопровождение, действующее соответствующим образом и в форме лечения – без принудительного предположения «болезни» или «расстройства».

Разработанные выше признаки для альтернативной модели являются учреджающими для ТВЧЛ, хотя здесь будут названы далеко не все.

Области терапевтического взаимодействия человек-лошадь

ТВЧЛ	
Иппотерапия	Ипповенция
Лечебная гимнастика Лечебно-педагогическая терапия Психотерапия Трудотерапия Мототерапия Логопедия и т. д.	Реабилитация Общее лечебно-педагогическое стимулирование Самопознание Интеграция Гериатрия и т. д.
Конный спорт	Верховая езда как спорт свободного времени
Интеграция	Реабилитация

Рис. 3.1.

3.5.2. ОБЛАСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕК-ЛОШАДЬ

ТВЧЛ делится на две области: иппотерапию (ИТ) и ипповенцию (ИВ) (рис. 3.1).

Иппотерапия служит собирательным понятием для разных терапевтических дисциплин, интегрирующих работу с участием лошади в собственную область. Определения могут звучать следующим образом: лечебно-гимнастическая ИТ, лечебно-педагогическая ИТ, психологическая ИТ, мотологическая или психомоторная ИТ, логопедическая ИТ и т.д. Понятие ИТ можно использовать в самых разных предметах терапии.

Ипповенция отличается от ИТ тем, что речь здесь идет не о терапии в смысле излечения и направленной интервенции, а об общих мероприятиях стимулирования самопознания, об интеграционных мероприятиях, например, при систематическом уходе, об общих, оказывающих реабили-

тационное воздействие, или гериатрических мероприятиях.

Определяемая до сих пор как «лечебно-педагогическая верховая езда и вольтижировка» в модели ТВЧЛ дифференцируется в специфическую лечебную область как часть области ИТ и область скорее общего стимулирования развития как часть области ИВ. Вместе они снова представляют одно целое: лечебно-педагогическую область ТВЧЛ.

Слова «ипповенция» Вы не найдете ни в одном словаре. Это словосочетание образовано от понятия «интервенция», которое в психологии соответствует гораздо более позднему и относящемуся к «лечению» понятию терапии. Так как приставку «интер» опускают (лат. *intervenire* = появляться/вмешиваться), то остается латинское слово «*venire*», которое обозначает «приходить, подвинуть вперед, появляться, входить в какое-либо состояние». К семье слов с корнем «*venire*» относятся такие слова, как «*subvenire*» = помогать или «*venia*» = доброжелательство, любезность. Следовательно, в нашем интерактив-

ном контексте слово «ипповенция» может означать «приходить к лошади» (кто-то) «идти навстречу лошади».

Конный спорт как вид спорта «для инвалидов» внутри ТВЧЛ является частью области ипповенции – ср. ключевое слово «реабилитация» – поскольку речь идет о реабилитационных мероприятиях, ориентированных на индивидуальную ситуацию «людей с какими-то отклонениями». Под аспектом интеграции «верховая езда как вид спорта для инвалидов» нужно все же указать на принадлежность конного спорта и верховых прогулок.

Переход в область конного спорта или верховой езды как вида проведения свободного времени для части пациентов(ок) представляет выбор в процессе их личного развития.

3.5.3. ВНЕДРЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕК-ЛОШАДЬ В ОБЩУЮ КОНЦЕПЦИЮ ТЕРАПИИ

ТВЧЛ необходимо внедрять в концепцию общей терапии. Это определяется следующими признаками: междисциплинарный, многообразный/це-

лостный, ориентированный на процесс, связующий методы и устанавливающий соотношение (рис. 3.2).

Многомерное целостное мышление связано с соответствующей целостной картиной человека, с учетом всех личных измерений без сокращения, например, с профессионально-специфическим углом зрения, с учетом социальных процессов взаимодействия, которые конститутивно участвуют в ситуации, с многогранностью сути расстройств, с разнообразием необходимых мероприятий.

Требование междисциплинарности делает необходимым комплексное рассмотрение разных задействованных научных обоснований и указывает проводящему лечение персоналу на необходимость кооперации. Это необходимо подчеркнуть, поскольку в модели «ТВЧЛ» принадлежность регулируют не картины болезни, расстройства и отклонения в форме повсеместно обязательных списков показаний; все участвующие группы профессий и их представители должны взвешивать границы собственной компетенции и стремиться к кооперации, исходя из индивидуальности пациентов.

Аспект ориентирования на процесс затрагивается в отношении обус-



Вариативные формы терапевтического взаимодействия человек-лошадь (вертикальная структура)

Виды взаимодействия	Близость/ дистанция	Наблюдение	Общение/ игра	Забота/ уход	Позволить нести себя и двигать	Вольтижировка	Верховая езда	Прочее
Социальный виды	Терапевт-пациент-лошадь		Терапевт-система-лошадь			Терапевт-группа-лошадь		
Вид общения	Мнимый	Визуальный	Аудитивно-речевой	Тактильный	Кинестетичный	Обонятельный		
Вид действия	Контроль другого лица		Собственный контроль изнутри/снаружи			Комбинации		
Ситуативное измерение	Внешняя ситуация				Внутренняя ситуация			
Измерение ощущения	Пространство Здесь		Время Теперь	Сила Энергия и динамика		Форма Образ		
Измерение процесса	Восприятие		Внутренняя обработка	Поведение		Обратная связь		
Личный и соц.размер	К Л Т		ТК КЛ ТЛ			ТГ КГ ЛГ ГЛКТ		

Примечание. Т – терапевт, К – пациент, Л – лошадь, Г – группа.

Рис. 3.3.

лавливающих процессов. Модель, ориентированная на процесс, выражает общую концепцию лечения. В противоположность медицинской модели, в которой, исходя от записи диагноза, все прогнозы и само лечение получают форму непререкаемого предписания, диагностика и терапия понимаются скорее как некий регулирующий круг: ориентированная на процесс начальная диагностика – определение рамочных условий, определение целей лечения, решение о терапевтических рамочных условиях (например, форма лечения ТВЧЛ с системным влечением), решение о лечебных мероприятиях, их проведение.

Отказываясь от проблемного навешивания ярлыков на людей, аспект ориентирования на процесс становится открытым для всех, кто в течение жизни в какой-то определенный момент нуждается в импульсе, помощи и стимуле.

Сочетание методов подразумевает, с одной стороны, принятие во внимание различных методических аспек-

тов внутри ТВЧЛ (например, тактика лечения, музыкальный и психоаналитические аспекты лечения), с другой стороны, возможное влечение в комплекс методов. От этого влечения зависит работа с лошадью. Это значит: в рамках общей терапевтической концепции работу с лошадью можно исключить частично или полностью.

3.5.4. ВАРИАТИВНЫЕ ФОРМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕК-ЛОШАДЬ

Под вариативными формами понимаются псевдовертикальные структуры модели «ТВЧЛ» (рис. 3.3).

3.5.4.1. Виды взаимодействия

В модели «ТВЧЛ» верховая езда является возможным видом взаимодействия наряду с другими со своим собственным специфическим лечебным значением (см. выше).

Я считаю весьма проблематичным говорить о лечебных воздействиях ло-

шадди на людей, как это принято – обобщающе, с тенденцией идеализировать, не проводя анализа и эмпирического контроля того, в каких конкретных условиях взаимодействия может быть получен этот эффект. Так, можно задать критический вопрос: возникают ли психологические воздействия в процессе вольтижировки или какие другие формы взаимодействия с лошадью скорее окажут благоприятное влияние на соответствующие процессы.

Важным видом взаимодействия – как с точки зрения физиологического, так и психологического аспектов – является «состояние, когда тебя несут и ты двигаешься в пространстве» на лошади. С этим видом взаимодействия работает исключительно лечебно-гимнастическая иппотерапия. В этой специальной области, прежде всего, указывается на аналогичность движения лошади в форме трехмерного колебания с движением человека вперед. Основываясь на психологически-физиотерапевтических концепциях, раньше авторы предоставляли опытные данные, сигнализирующие, что только здесь начинается инновационное развитие терапевтической работы с участием лошади. Говоря об этом, следует назвать имя Фельденкрайса и вспомнить о формировании работы с лошадью. Сообщалось и о мототерапии с участием лошади. При всех этих терапевтических начинаниях решающее значение имеет вид взаимодействия «позволить нести себя и двигать в пространстве».

В противоположность этому вид взаимодействия «верховая езда» требует самостоятельного управления и целенаправленного воздействия на лошадь, т.е. самостоятельного контроля лошади. Это усложняет восприятие отдельных тонких физических, духовных, интеллектуальных процессов и их осознание в силу сложности происходящего. Столь ценное с терапевтической точки зрения «расслабление» во многих ситуациях обуславли-

вает расслабление лошади и размывает само представление о верховой езде. Мы знаем, что необходимый в этом случае контроль лошади должен осуществляться с земли другим лицом. «Состояние, когда тебя несут и ты двигаешься в пространстве» намного важнее и часто является растянутой составной частью лечебных процессов. Во многих случаях вид взаимодействия «верховая езда» вообще на происходит в процессе лечения, как и в лечебно-педагогической и психологической областях.

Что касается лечебно-педагогической и психологической работы на фоне связующего аспекта, то виды взаимодействия с землей имеют свое особое значение: ощущение близости, соблюдение дистанции, наблюдение, множество возможностей общения с лошадью – даже в игровой форме, уход и забота, работа на земле. Я думаю, что многие идеи могут получить здесь свое развитие, если преодолеть одностороннее фиксирование на верховой езде и вольтижировке. Мне кажется, основным принципом должно считаться следующее: для связи лицом к лицу необходим партнер. И это взаимное общение происходит в форме многогранного взаимодействия на земле.

3.5.4.2. Социальные виды взаимодействия

На уровне социальных видов взаимодействия речь идет о различных социальных рамочных условиях, вследствие которых внутри вышеописанного процесса диагноза и лечения принимаются решения. В результате подключения лошади к работе кардинально меняется классическая ситуация терапии. Лошадь является не только объектом и посредником, а «персональной» составной частью группирования в форме треугольника. Лошади приписывается функция терапевта. В зависимости от хода процесса эта ситуация позволя-

ет терапевту «выключаться» из происходящего в большей или меньшей степени. Уже в этом заключается главная функция терапии с участием лошади.

Второй возможностью решения проблемы (с условием наличия соответствующих рамочных условий – см. выше) является вовлечение в работу опекающих пациента лиц (например, братьев, сестер или одного из родителей), разумеется, если в пользу этого говорят системные аспекты.

Во многих случаях решение о проведении ТВЧЛ в качестве групповой терапии будет рациональным только в более поздней фазе лечения, так как любое терапевтическое занятие связано с индивидуализацией. Для многих терапевтически нацеленных процессов групповая терапия противопоказана или ее проведение весьма проблематично. В то же время взаимодействие с группой создает благоприятные условия, прежде всего, для социальных процессов развития индивидуума. С точки зрения терапии, индивидуальный подход – постановка пациента в центр внимания – необходим также и в группе.

3.5.4.3. Виды коммуникации

Взаимодействие человека и лошади происходит на плоскости разных способов коммуникации. Углубленное восприятие обуславливает селекцию раздражений. Она возможна благодаря соответственным ситуативным вариантам (ср. уровень 5): например, закрыть глаза при слушании, ощупывании или чувствовании движения, а также психологическим вариантам, например покой, концентрация, восприятие фигур, осознание.

При взаимодействии человека и лошади значение и внимание в особенной степени направляются на язык тела. Это требует от общающегося с лошадью человека однозначности выражения – в противоположность к часто используемой двусмысленности сообщений в среде людей. В этом

заключается особая терапевтическая ценность ТВЧЛ. Лошадь отражает доминантно значимое выражение раздвоенной и замаскированной передачи человека. Это способствует осознанию, внутреннему прояснению и изменению поведения.

Разные способы взаимодействия разрешают вариацию первично определенного и связанного вида коммуникации. Они открывают доступ к специфическим и терапевтически значимым видам восприятия и общения. Таким образом, кинестетическое восприятие с его значением для процессов определения физических состояний в их сочетании с психикой затрагивается посредством использования способа взаимодействия «позволить нести и двигать себя в пространстве». Визуальная коммуникация в первую очередь предполагает способы взаимодействия на земле и т.д.

Именно отличие коммуникации между человеком и лошадью по сравнению с коммуникацией между людьми во многих случаях позволяет добиться осознания, прояснения внутренних процессов изменения поведения. Однозначность языка лошади (см. выше), доминирование телесности и специфическое значение громкой речи играют при этом решающую роль.

Обонятельный канал восприятия и коммуникации, которым люди почему-то пренебрегают, имеет большое значение для лошади, выражает ее общение с человеком и дает ему возможность активировать свое собственное обоняние как важную часть отношения к окружающему миру или как важную область восприятия телесности и, тем самым запустить в ход соответствующие процессы развития.

Обычно коммуникация с лошадью имеет и кажущееся измерение. Под этим подразумеваются представления, фантазии, желания, планы действий. В терапевтическом процессе они также могут играть существенную роль, например, в форме разговоров, рисования, игр и т.д.

3.5.4.4. Виды действий

ТВЧЛ предлагает полный комплекс возможностей познания на терапевтически значимом уровне личного контроля и контроля со стороны. С одной стороны, речь здесь идет о способности приспособляться, расслабляться, развивать доверие, позволить вести себя, отдаваться, позволить себе помочь, погружаться, координировать свои действия с окружающим миром, целенаправленно и дифференцированно воспринимать, отступать. С другой стороны, речь идет и о взятии на себя ответственности, о самостоятельных действиях, контроле за окружением, что позволит развить самоуверенность, эмоциональную стабильность и социальную компетенцию.

На фоне этого аспекта необходимо также учитывать самые различные способы взаимодействия, которые способствуют накоплению опыта в специфичной манере.

Личный контроль имеет два измерения: направленный внутрь и направленный наружу. Оба нужно учитывать при разных взаимодействиях, например контролировать самого себя при налаживании контакта с лошадью, контролировать лошадь в процессе управления, контролировать других пациентов с помощью звуковых сигналов.

Возможны многообразные комбинации, также и в зависимости от личных и социальных вариаций (ср. уровень 7): формы взаимодействия с разными ролями для участвующих лиц. Так, могут возникать иерархии контроля другими лицами: терапевт устанавливает рамки игры, пациент управляет циклом движения (например, с помощью акустических сигналов), пациент регулирует направление движения или его форму в качестве ведущего в поводе или всадника. Вид взаимодействия общение/игра предлагает в этом контексте многообразные возможности.

В ТВЧЛ учтены эмоционально-мотивационные аспекты действий с одной стороны и когнитивные аспекты с другой.

3.5.4.5. Ситуативные измерения

Говоря о ситуативном измерении, имеют в виду, во-первых, учет внешних ситуативных вариаций (например, условия работы – плац или манеж, погодные условия), личных ситуативных вариаций (например, настроение лошади, желания пациента, состояние терапевта) и социальных вариаций (например, составление группы).

Во-вторых, речь идет о возможности и необходимости создания определенных ситуативных условий для терапевтических процессов. Это указывает на гибкое общение с разными вариациями формы и дидактико-методическими решениями – также в связи с обуславливающими процесс изменениями личной и социальной ситуации по ходу терапии – например, решение изменить вид взаимодействия.

3.5.4.6. Измерения жизни/ переживаний

Как и вся жизнь, взаимодействие человека и лошади разыгрывается в четырех измерениях пространства, времени, силы и формы. Каждое взаимодействие человека и лошади ставит в этих рамках специфические основные задачи или создает специфические возможности для накопления опыта.

Из субъективной перспективы переживания места, времени, силы и формы можно было бы перевести эти измерения как жизнь или переживание в здесь/сейчас, жизнь с ощущением собственной и чужой энергии и динамики, жизнь в ощущении формы. Встречаются вместе целостные начала ритмики [Feudel E. Durchbruch zum Rhythmischen in

der Erziehung. Stuttgart 1965], биоэнергетики [Lowen A. Der Körper als Retter der Seele. Bern/München 1976] и психологии образов и образной терапии [Perls F. Grundlagentherapie Gestalttherapie. München 1977].

Относительно измерения пространства/здесь речь идет, например, о пространственном ориентировании, пространственном расчленении, пространственных отношениях/соотношениях личного (ср. вид взаимодействия близость/дистанция) и материального видов.

Измерение здесь/сейчас прежде всего связано с разницей времени, временным ориентированием и разделением (например, такт/ритм), с покоем и скоростью, экономией времени, планированием времени, наслаждением временем, осознанием времени, например забывать что-то со временем или ощущать временные границы.

Измерение сила/энергия/динамика в первую очередь связано с движением. Любое внутреннее и внешнее движение характеризуется разным приложением силы/энергии и показывает различную динамику. Сила и энергия угрожают и освобождают. В ТВЧЛ подобные угрозы могут приходиться извне через силу лошади, энергию движения или изнутри вследствие неправильного управления энергиями: физическое блокирование, напряжения, состояния страха или растрата энергии в форме избыточных реакций. Экономичное и адекватное обращение с энергией является важным терапевтическим аспектом внутри всех областей ТВЧЛ (ср. с уровнем 4). Освобождающее ощущение в общении с лошадью заключается в доступном и одновременно контролируемом внутреннем и внешнем движении. С терапевтической точки зрения, направленная внутрь динамика состоит в том, что нечто приходит в движение и происходит какое-то изменение.

Измерение форма/образ уже обсуждалось в рамках аспекта деления пространства и времени. В ТВЧЛ пространственные и временные разделения играют решающую роль. Так, виды движения лошади являются специфическим разделением времени. При этом речь идет о формах ритма и такта, которые воспринимаются и ощущаются посредством разнообразных взаимодействий с лошадью (ср. виды взаимодействия и коммуникации). Пространственные образы в первую очередь связаны с визуальным восприятием, временные образы – со слуховым. Можно развить много идей в отношении усиления восприятия пространственных образов (например, отметить пути в пространстве) или временных образов (перенести на инструменты ритмы движения и такт). В физическом контакте с лошадью признаки телесности можно познать в качестве тактильных образов (например, грива, ноздри, хвост, копыто).

3.5.4.7. Измерение процесса

В этом разделе в первую очередь пойдет речь о соблюдении всего происходящего в форме процесса – и в тонких структурах терапевтического цикла – вместе с его персональными и личными измерениями (ср. уровень 8). В любой терапевтической ситуации существуют процессы восприятия, внутренней обработки, поведения – ответа – и его обратной связи посредством обновленных процессов восприятия и т.д.

Восприятие (ср. виды коммуникации) является процессом ориентирования, принятия и кодирования. Это предполагает наличие определенных признаков поведения, таких как концентрация, центрирование момента, способность к фильтрации раздражений, собственное управление. Взаимодействие с лошадью может особым образом стимулировать процес-

сы самовосприятия и восприятия окружающего мира.

Внутренний процесс обработки разделяется в интерпретации и оценке ситуации и подготовки к действиям. В зависимости от ситуации в процессе взаимодействия человека и лошади на передний план выходят эмоциональные или когнитивные моменты внутренней обработки.

Третьей процессуальной частью взаимодействия с лошадью являются реакции поведения: на моторном, эмоциональном, когнитивном или психологическом уровне либо на уровне физических ощущений.

В терапии, ориентированной на процесс, терапевт сопровождает эти процессы и реагирует постоянным и адекватным приспособлением своих действий.

Вследствие постановки разных целей внутри ТВЧЛ в области измерения процесса нужно провести решающее определение местоположения. Оно ведет к специфическому выбору вариаций взаимодействия. Так как терапевтический процесс зависит от конкретных взаимодействий, нужно требовать дифференцирования и вариативности без фиксирования на виды взаимодействия верховой езды и вольтижировки.

3.5.4.8. Личные и социальные измерения

Все участники ТВЧЛ привносят с собой личные вариации: пациент, терапевт, лошадь. Вместе с пациентом в центре внимания должна находиться и лошадь. Это стимулирует уважение и ответственность по отношению к ней. Центрирование лошади является обязательным в том случае, если терапия не рассматривается только на функциональной основе с приравниванием лошади к инструменту, а если лошадь действует в качестве партнера и социального визави. Следует принимать во внимание не только всего человека, но

и всю лошадь. Основные принципы также действительны по отношению к лошади: соблюдение потребностей, приемлемость, позитивное уважение и чувственное понимание. Это поднимает вопросы о форме условий жизни лошади в общем.

Третьим связующим моментом личного центрирования является терапевт. Его качества, компетенция играют решающую роль для процесса терапии, причем в ТВЧЛ лошадь является ассистентом терапевта и подчеркивает относительность его функции.

Каждая социальная композиция, например терапевт-лошадь, лошадь-пациент, пациент-терапевт образует специфическое взаимодействие и особую связь. Каждый не может подходить к каждому! Не каждая композиция годится для терапии. То же самое касается построения групповой терапии. С точки зрения терапии, очень важно соблюдать и учитывать индивидуальные процессы пациента в среде группы и в рамках ситуации.

3.5.5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТВЧЛ не является какой-то закрытой концепцией; в первую очередь это открытая модель, которая пытается учитывать самые важные вариации и принципы и таким образом внести свой вклад в продолжение развития теории и практики терапевтической работы с человеком и лошадью. Несмотря на разработанные принципы обеих моделей, я отдаю себе отчет в том, что многие из изобретенных в модели ТВЧЛ аспектов являются составными частями существующей практики.

«Узнать свободу – познать границы» – так звучит тема заседания. После свободы, которую Вы подарили мне, внимательно выслушав доклад о моей концепции, в заключительной беседе мы можем выявить границы, с которыми сталкиваемся в этом мыс-

ленном путешествии. Возможно, при этом удастся интегрировать часть полярностей, формирующих наши разные, иногда даже почти противоположные установки и знания.

Эти два определения движения охватывают измерения пространства, времени, силы тяжести, а также основную форму человеческой коммуникации – диалог движения. Психомоторные и психодинамические аспекты понятий «держать» и «нести»

будут перенесены на работу с лошадью, и уже исходя из этого будет выведено основание для лечебно-педагогического комплекса ранней стимуляции. На основании отдельно взятого случая, как это периодически встречается в лечебно-педагогической практике, на примере стимуляции развития ориентации в пространстве будет продемонстрировано, как можно работать с лошадью в области лечебной педагогики.

4 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПСИХОМОТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ДВИЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО РАЗВИТИЕ

М. Шульц (M. Schulz)

«В физическом смысле движение представляет собой ничто иное как математически вычисляемое изменение местоположения в измеряемое часами время в одной системе координат»

(Ф.Е. Бутендяк [F.J. Buytendijk]).

«Движение – это выражение жизни для человека и животного»

(Ф.Е. Бутендяк [F.J. Buytendijk]).

4.1. ПСИХОМОТОРНЫЙ ПРОЦЕСС И ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

Верховая езда, вольтижировка, иппотерапия, как и лечебно-педагогическая работа с группой пациентов с лошадью и на лошади – все это следует рассматривать как психомоторный процесс.

Следуя высказываниям Е.Дж. Кифарда [Kiphard E.J. Entwicklungen und Perspektiven der Psychomotorik. In: Huber H., Reider H., Neuhauser G. Psychomotorik und Padagogic; 1990], понятие психомоторики указывает на тесную связь между движением человека и его душевными переживаниями. С психологической точки зрения он более точно описывает «все формирующиеся в процессе движения

ментальные процессы, такие, как концентрация, антиципация (т.е. предугадывание событий), мотивация и реакция». В интерпретации «телесности и движения человека» [Holter G. Psychomotorik aus psychotherapeutischer Sicht. In: Huber H., Reider H., Neuhauser G. Psychomotorik und Padagogic; 1990] важным моментом является теория восприятия в качестве модели, объясняющей сенсорную и физическую переработку раздражений органов чувств и опыта. Поэтому упражнения, ориентированные на накопление физического, материального и социального опыта, являются важной составной частью психомоторной лечебной физкультуры. Сегодня, согласно новым понятиям, психомоторная лечебная физкультура относится к области мотопедагогики. Из скорее функционального понимания лечения она развилась в целостную лечебно-двигательную педагогику.

Если движение человека нарушено, то это влияет на психомоторику, т.е. на его двигательное поведение и переживание (восприятие) движения в целом, а также на его личность. Это негативное воздействие может быть особенно продолжительным у детей и подростков, которые находятся в периоде развития. При этом сохраняется шанс успешной компенсации имеющихся нарушений.

4.2. ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РАЗВИТИЕМ ДВИЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Далее будет проведен обзор психодинамического способа развития движения в раннем возрасте и показаны линии развития, имеющие значения для работы с лошадью.

Общее понятие развития включает в себя как процесс созревания,

так и иерархию изменяющихся дифференцирующих процессов регулирования. Развитие представляет собой также социализацию и социальное обучение. Освоение движения является вторичной автономией в противоположность врожденным автономным двигательным функциям. Например, «дети волков» (имеются в виду человеческие детеныши в волчьей стае) бегают на четвереньках, так как не имели возможности научиться прямохождению вследствие отсутствия социального человеческого отношения. Иначе говоря, процессы развития определяются влиянием социума и культуры.

Ориентирование во времени и пространстве, имеющее значения для накопления нашего опыта, уверенность в обращении с центром тяжести, а также формирование сознания собственного тела как подтверждения нашего индивидуального существования, в первые годы жизни находятся в особенно тесной взаимосвязи с развитием движения в социальной сфере.

4.2.1. ПЕРВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ: ОТ ДИАЛОГА ДВИЖЕНИЯ К КОММУНИКАЦИИ

Ритм в диалоге движения является опытом, закрепленным на ранней стадии. Он приобретает особую значимость для качества ощущений движений лошади. Говоря об этом, я хотела бы процитировать Б. Миттельмана: «Опыт ритмичного движения является предвестником опыта ритма в детстве, он будет сохранять «оттенки» состояния защиты и заботы окружающей среды при помощи вышестоящей, доброжелательной силы...» [Mittelmann B., цитируется по Seewald J. Leiblichkeit und symbolische Entwicklung; 1989].

Ребенок начинает ритмично двигаться, уже находясь в утробе матери. С момента рождения до трех лет с

уменьшающейся частотой комплексные рефлексы определяют поведение малыша – он требует, чтобы его держали на руках. Поисковые движения, хватательный рефлекс, крик, поворот головы в разные стороны, затылочный рефлекс – все эти возможности грудной ребенка использует для того, чтобы заставить окружающую среду обратить на себя внимание, заставить взять себя на руки. Достаточно хорошо оберегающее и носящее его на руках окружение, которое наряду с физическим «держанием» «охватывает» комплекс всех воздействий окружающей среды, который мать создает для ребенка на самой ранней стадии развития их общих отношений» [Winnicott D.W., цитируется по Romer G. Choreographie der haltenden Umwelt – Die fruhe Mutter-Kind-Beziehung in Bewegungsmustern; 1992], является обязательной предпосылкой для успешного развития ребенка. Самый ранний диалог – это тонический диалог. Ребенок и взрослый общаются друг с другом на языке тела, обмениваясь сигналами и звуками. Р. Шпиз [Spitz R. Vom Saugling zum Kleinkind; 1987] характеризует эту двустороннюю обработку информации кознететическими восприятиями и называет следующие: равновесие, напряжения (мышечные и др.), осанка, температура, вибрация, кожный и телесный контакты, ритм, темп, высота тона, продолжительность, резонанс, оттенок звучания, звук. Сегодня исходят из того, что эти восприятия интегрируются и организовываются в качестве имплицитных т.е. скрытых знаний (=обратное восприятие) и напрямую соединяются с кознететическими энграммами при помощи двигательной активности малыша (=прямое восприятие) [Romer G., Sossin M. Psychosozial 1991; 2:6:39-46]. В непосредственном переживании на лошади ребенок может соединиться с опытом ритма, полученным в раннем детстве. Кознететические восприятия также реактиви-

руются, например в опыте равновесия, в состоянии, когда его носили на руках или в опыте резонанса, когда он лежит на спине лошади.

Тонический диалог является сенсомоторным коррелятом (т.е. соотносительным понятием) для образования доверительных отношений. Приспособляемость сторон друг к другу – это активный процесс для обоих участников, в котором мать сначала играет роль руководителя. Находясь на руках матери, ребенок узнает связанные с движением восприятия раньше, чем это стало бы ему доступно в результате собственной моторной активности. Этот диалог, являющийся основой его веры в себя и доверительного отношения к миру, должен проходить на достаточно хорошем уровне. Хотя в некоторых случаях вследствие чрезмерной стимуляции со стороны матери или по причине предрасположенности ребенка к заболеваниям, а также из-за каких-либо внешних влияний он может «сойти с рельсов» [Romer G., Sossin M. Psychosozial 1991; 2:6:39-46].

4.2.2. ВТОРОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ: ОСОЗНАНИЯ ТЕЛА

В процессе развития и созревания органов чувств, а также восприятия кожа доминирует как первичный орган чувств и средство коммуника-



Рис. 4.1. Общась с лошадью, ребенок заново познает себя и мир.

ции. Чувствительность кожи обнаруживается уже на пренатальной стадии развития (начиная с носа, рта, головы), к моменту рождения она развита в достаточной степени. Стимуляции кожи, которые грудной ребенок испытывает до рождения, в течение и вскоре после рождения, А. Монтегю [Montagu A. Körperkontakt – Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen; 1982] определяет как основные стимуляции/раздражения систем, обеспечивающих жизненно важные процессы (дыхание, кровообращение, пищеварение, выделительная система, нервная система, система желез внутренней секреции).

Среда как средство самопознания и коммуникации является важной составной частью физической личности. Сначала она является как бы периферийно-чувствительной границей. С третьего месяца жизни ребенок контактирует с окружающей средой и с ее изменениями, начинает отличать внутреннее от внешнего. При этом «схема» тела развивается как «связь видимого внешнего вида (очертания) с ощущением собственного тела» [Seewald J. Leiblichkeit und Symbolische Entwicklung; 1989]. Только при помощи собственного тела мы можем одновременно трогать и воспринимать предметы. Его схема в виде внутреннего трехмерного представления внешних очертаний тела и его чувствование формируется до третьего года жизни.

Развитие органов чувств происходит изнутри наружу, т.е. относящиеся к телу органы чувств ребенка (проприоцепция, вестибулярный аппарат), находящегося в чреве матери, уже опережают в развитии внешних органов чувств (рецепторный орган, обоняние, слух, вкусовые органы). Что касается их функций, то нужно подчеркнуть, что в течение первых 3 мес жизни ребенок учится отличать социально значимые раздражители (например, запах пищи, лицо матери)

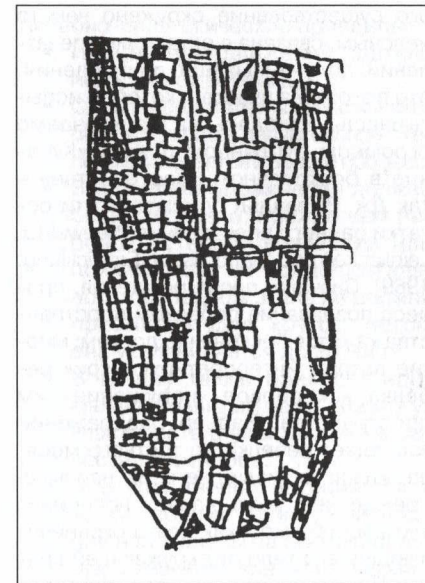


Рис. 4.2. Рисунок 16-летней девушки с аутизмом: дом со многими желаниями.

от раздражителей, не имеющих этого значения. После третьего месяца функции органов чувств снова дифференцируются вследствие увеличения двигательной активности ребенка (сенсомоторная фаза – 1,5-3 года) и наоборот.

Когда ребенок или взрослый сидит верхом на лошади, его кожа находится в прямом контакте с большим и теплым живым существом (рис. 4.1). Таким образом, открывается и сохраняется возможность осознанного подхода к самому себе.

4.2.3. ТРЕТЬЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ: ОЩУЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА

«Гнездо» из полотенец, мех, матрасики – все эти неотъемлемые атрибуты детской комнаты наверняка знакомы многим. Уверенность в том, что

его существование окружено чем-то неясным, связана с остатками впечатлений, полученных еще до рождения; это похоже на чувство, которое испытываешь, находясь на нескончаемом огромном пустынном пляже. «Купание в бесконечном пространстве» – так Дж. Зеевальд описывает эти остатки раннего впечатления [Seewald J. *Leiblichkeit und Symbolische Entwicklung*; 1989]. Сначала, после рождения, процесс познавания ребенком пространства кажется бесконечно долгим; многие авторы интерпретируют крик ребенка как первое «нарушение» им пространства. Барьер раздражений защищает ребенка до третьего месяца жизни от излишнего их наплыва, прежде чем кожа начнет восприниматься ребенком как нечто ограничивающее его тело от окружающей среды. При помощи своих движений ребенок осваивает пространство вне своего тела, которое прежде всего является топологическим пространством. Хелтер описывает феномен, когда люди в состоянии перегрузки склонны искать ориентиры в пространстве, при помощи которых они снова могли бы определить свое собственное местоположение (например, как близко допустить к себе объект, какое место в пространстве они занимают).

То, что вещи сохраняют свои места, все еще находится здесь, и, даже если удаляешься от них на какое-то время, они все равно никуда не исчезают – все эти выводы помогают ребенку ориентироваться в пространстве (перманентность). В действующем общении развиваются пространственные структуры и отношения, которые позднее становятся евклидовым пространством (трехмерность – конструктивная фаза). Позднее представление пространства, лиц и вещей больше не зависит от их непосредственного присутствия. (Нарушения восприятия пространства указывают на нарушения в отношении к миру) (рис. 4.2).

4.2.4. ЧЕТВЕРТОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ: ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ

Зеевальд описывает сердцебиение матери и ребенка в дородовом периоде синкопично как шумовые кулисы и видит связь с более поздним тактом в 3/4 (см. галоп).

Некоторые наблюдения относятся к определенному промежутку времени – с первого по третий месяц жизни – как по Пиагету, который определял такие моменты как поиск ребенком груди матери, ее нахождение и, наконец, сосание «подчеркнуто рефлексивной координацией во временном отрезке». Разумеется, говорить о восприятии времени на этом этапе еще рано. Направление, связанное с вращательным рефлексом головы, с ее фиксированным положением, с контролем взгляда (обратная связь) и фокусированием внимания, играет важную роль для скорости восприятия, точно так же, как и значение, которое имеет объект восприятия для наблюдающего.

Для объективизации временных последовательностей огромное значение имеет опыт временных соотношений «до» и «после». Первое ориентирование во времени происходит точно так же, как и в пространстве вследствие накопления опыта движения, такого, как ускорение и замедление, а также учета временных очередностей (например, показанных предметов, а позднее – событий). Структурирование чувства времени находится в разнице «заполненного» времени (например, от начала до конца какого-либо события) и «пустого» времени (например, между двумя предложениями). Пространственное отношение развивается раньше временного. Пик развития понятия времени приходится на период от 2,8 до 7 лет. В процессе моей работы с детьми с нетипичным (дословно: с бросающимся в глаза) поведением, большая часть ко-

торых была основательно «запущена», я отмечала дезориентацию во времени уже в возрасте от 8 до 10 лет. Распределение часов, дней недели, времен года – все находилось в полном беспорядке. С радостью предвкушая следующий урок вольтижировки, они проявляли инициативу и задавали вопрос: «Сколько раз мне нужно ложиться спать до следующего занятия?». Все, что превышает цифру «5» (т.е. все, что можно посчитать на пальцах одной руки), не поддается силе их воображения, вследствие чего многие из них приходили ко мне ежедневно и спрашивали: «Как часто еще теперь?». Ориентирование во времени означает также и уверенность, что что-то обязательно должно случиться в обозримом будущем. Однако дети с подобным восприятием жизни легко «теряются» во временном периоде одной недели.

4.3. К ВОПРОСУ О РАННЕЙ СТИМУЛЯЦИИ

Ранее стимулирование, которое мы сегодня проводим с восьмью детьми, возраст которых колеблется от 2 до 5 лет, происходит по аналогии с комплексом мер, уже опробованным в Америке. Лошадь ведут на раздельном поводе с двух сторон, причем инструктор по упражнениям идет слева, а один из родителей – справа (модификация Клювера). В руках инструктора должен быть бич. В качестве попоны мы используем сшитый наподобие ковбойской короткой попоны (westernpad) ковер с длинным ворсом, который не позволяет подпруге и ручке скользить. Лошадь ведут на раздельном поводе. Все дети были направлены на вольтижировку врачами, в зависимости от состояния здоровья все они один или два раза в неделю занимались лечебной гимнастикой.

Лечебно-педагогические принципы:

- Инициатива движения должна исходить от ребенка.
- Один из родителей в качестве второго коновода в значительной степени вовлекается в общий процесс.
- Выполнение упражнений должно быть закончено, прежде чем ребенок устанет (физически или психически); их продолжительность на первом этапе не должна превышать двух кругов, потом она увеличивается до 20 мин.
- В группу также приходят нормально развитые дети, они могут участвовать в упражнениях в качестве партнеров.
- Все упражнения выбираются с точки зрения психодинамики, они направлены на стимулирование развития; все эти упражнения являются для ребенка определенной нагрузкой.

Часто основным требованием раннего стимулирования является как можно большее стимулирование, чтобы не упустить драгоценного времени. Если общая ситуация в достаточной степени подходит для стимуляции развития (что для меня является необходимым условием для работы с лошадью), то лечебно-педагогическая значимость ориентирования для периодичности и интенсивности проводимых мероприятий зависит от индивидуальной активности и инициативы ребенка. Нормально развивающиеся дети достигают пика восприятия окружающего мира и моторной функции в возрастном периоде от полутора до шести лет. Дети с двигательными нарушениями испытывают такие же потребности, но по независящим от них причинам они подавлены и разочарованы. Если в общении с лошадью такие дети открывают для себя какие-то новые возможности, обращаются к ранее приобретенному опыту или в них просто просыпается любопытство, – все это мы можем оценить как признаки активности, что с точки зре-

ния лечебной педагогики является важным фактором для дальнейшего проведения мер воздействия (подумайте о детях, которые уже устали от традиционных терапевтических мер).

Обязательным условием работы с такими детьми является определенная гибкость. Например, утомление у ребенка наступает не регулярно в одно и то же время спустя 10 мин после начала занятия, а варьирует в зависимости от дня, настроения, продолжительности мер и т.д. Если регулярно перешагивать пороговую величину или воздействовать на ребенка уговорами, то в этом случае не стоит удивляться потере мотивации, ребенок просто смирится с происходящим, но все это не пойдет ему на пользу.

4.3.1. ОПИСАНИЕ ОДНОГО СЛУЧАЯ

Итак, случай из повседневной практики, который многие могут хорошо себе представить. На его примере я проясню аспекты лечебно-педагогического подхода, чтобы на примерах стимулирования ориентации в пространстве стало очевидным то, как с точки зрения лечебной педагогики можно работать с лошадью.

Представим себе ребенка в возрасте трех с половиной лет с замедленным развитием, причиной которого явилось повреждение головного мозга в раннем детстве. Из его истории мы узнаем, что лечение началось давно, так что он уже знаком с упражнениями, которые выполняет один или с другими лицами. Мы также узнаем, что мать в основном все время носила его на руках, так как он быстро уставал двигаться. Его младший брат намного опережает его в развитии.

4.3.2. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Как правило, дольше носят на руках тех детей, которые начинают бе-

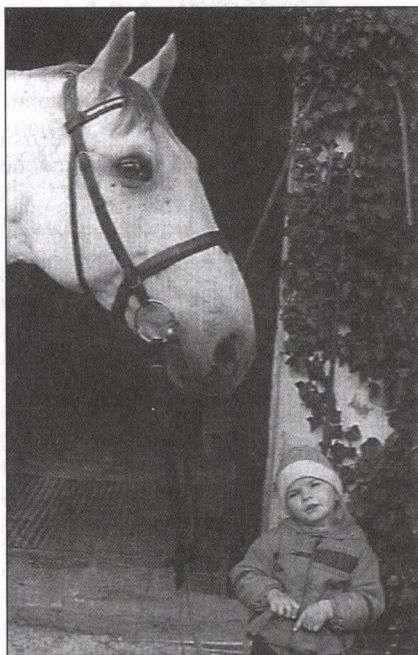


Рис. 4.3. Девочка в возрасте трех с половиной лет общается с лошадью.

гать с большим опозданием или не бегают вообще, а также тех, чьи родители хотят как можно дольше держать их при себе. Например, такое случается у детей с повреждениями головного мозга в раннем детстве; это продолжается до тех пор, пока мать больше не в состоянии продолжать носить его на руках. При нормальном развитии фаза, когда ребенка носят на руках, сменяется фазой упражнений, в которой ребенок с возрастающим увлечением испытывает свои двигательные возможности, наслаждается и учится ими управлять. Те дети, которых в этом двустороннем процессе мать постоянно держит на руках, крепко прижимая к себе, более длительно сохраняют интерес и внимание к игре, чем другие дети [Romer G., Sossin M. Psychosozial 1991; 2:6:39-46].

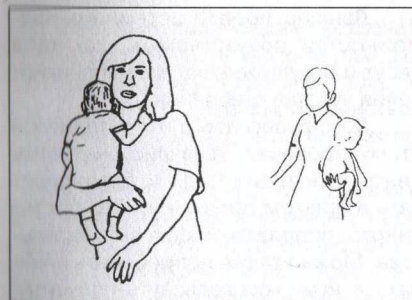


Рис. 4.4. Примеры поддерживания, вселяющего в ребенка уверенность [Romer G., Sossin M., 1991 по Кестенбергу; Finnie, 1976].

И тем не менее то, что мать долго держит и носит ребенка с двигательными нарушениями на руках, сначала является как бы разумной ее реакцией на его неполноценность. Тем самым она открывает ему путь для приобретения опыта, который иначе он не смог бы получить самостоятельно. Одновременно она защищает его от характерного для начинающегося развития страха «сломаться», потерять связь с собственным телом, а также потерять ориентацию в пространстве. Это может перейти в обра-

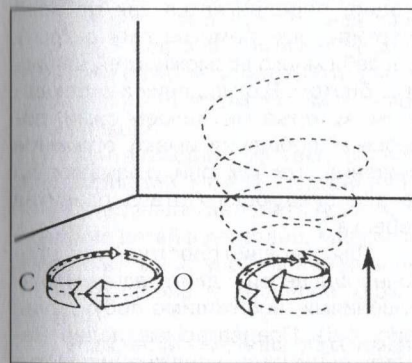


Рис. 4.5. Концепция диалога по Мулани-Компаретти (по Strassburg НМ, 1988).

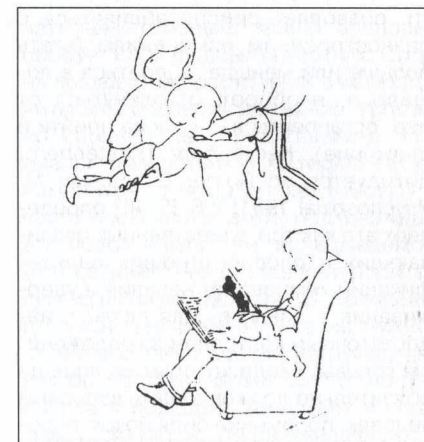


Рис. 4.6. Примеры обращения с неполноценным ребенком (Finnie, 1976).

зец отношений, в котором сначала мать представляет каждый результат приспособляемости, прежде чем она модифицировано передать его ребенку: активное прокладывание пути, пассивная покорность.

Мне кажется, что общение с лошадью для детей, уставших от разной терапии, полезно именно потому, что мы можем очень бережно и осторожно разорвать такие связи (рис. 4.3). По описанному образу раннего стимулирования мы вносим в эту ситуацию пространственную дистанцию. Однако она соответствует только дистанции, принятой в нашем культурном кругу, действующей для личных отношений, а именно в возрасте от 1,5 до 3,5 лет. Один из родителей идет рядом с лошадью, следовательно, ребенок может стать активнее, а родители могут продолжать опекать его. До сих пор обе стороны довольны, и родители быстро соглашались с указанием как можно меньше вмешиваться.

Лошадь поддерживает позвоночник ребенка в области крестца и обеспечивает ему увеличение подвижност-

ти, позволяет приспособливаться к разносторонним изменениям (стать больше или меньше, вцепиться в лошадь и, наоборот, оттолкнуться от нее, остановиться – и снова прийти в движение). Кестенберг [Kestenberг, цитируется по Romer G., Sossin M. Psychosozial 1991; 2:6:39-46] определяет это как три существенных развивающих и способствующих идентификации компонента несения и удерживания в диалоге. Для детей с недостаточным контролем за положением головы, сзади которых на лошади обязательно должен сидеть взрослый человек, положение сидя боком поперек позвоночника лошади и наклонив голову на плечо терапевта, удовлетворяет этим требованиям. Такая позиция на спине лошади соответствует тому положению, когда ребенок сидит на руке матери; для него это положение – гарантия безопасности и уверенности, одновременно ему предоставляется возможность активно действовать (рис. 4.4).

Итальянский педиатр А. Милани-Компаретти [Milani-Comparetti A., цитируется по Strassburg H.M. Der Kinderarzt 1988; 9: 1154] также настойчиво рекомендовал вовлекать родителей в работу с ребенком в каждом отдельном случае. Он был основателем большого амбулаторного центра, прежде всего для детей с церебральным параличом, который в основном оказывал консультативную помощь, чтобы избежать помещения ребенка в специальные учреждения. На первое место врач ставил сохранение и воспроизводство способности ребенка к диалогу с окружающим миром, а также пытался мобилизовать ресурсы родителей для общения с ребенком (рис. 4.5). А. Милани-Компаретти считал, что родители могут быть очень изобретательными, если они снова возьмут на себя ответственность за ребенка и за его развитие, вместо того, чтобы просто передать его в руки специалистов.

Лошадь предлагает много возможностей почувствовать, как тебя несут и поддерживают, без возникновения чувства стеснения.

До сих пор все дети в процессе стимулирования обучались находить центр в позиции сидя и балансировать в прямом положении без постоянного поправляющего вмешательства. Можно также попробовать поиграть в игру «соскользнуть-поймать». Развить и почувствовать внутренний баланс из состояния, когда лошадь несет тебя на себе, могут также люди старшего возраста, которые еще интересуются верховой ездой как благотворно влияющим на здоровье активным видом отдыха.

4.3.3. СТИМУЛИРОВАНИЕ ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ

Работа с лошадью – это всегда работа в пространстве. В огромном манеже лошадь является тем объектом, при помощи которого ребенок может начать покорение пространства. В качестве наблюдения в сравнимом случае спустя некоторое время после раннего стимулирования одна мама сообщила мне, что теперь ее ребенок садится «верхом» на все что угодно, передвигается так по всей квартире, что помогло ему открыть для себя много возможностей для игры с братом. В отношении к наблюдениям, которые мы делаем сами, подобные сообщения имеют огромное значение, так как они указывают на начало следующего этапа развития ребенка.

Для освоения пространства, особенно для детей с двигательными нарушениями, необходимо побуждение (рис. 4.6). Предлагаемые далее Вашему вниманию упражнения могут оказаться весьма полезными:

- «Лев Ганс сидит на лошади задом наперед», т.е. наблюдение пространства сидя наоборот, можно

кивать другим людям, встречать их впереди, посмотреть, как все это выглядит в зеркале и т.д., т.е. развивать связь с пространством и личностью после изменения положения тела;

- оставить следы, т.е. проехать верхом по разрыхленному песку и проверить, когда отпечаток копыта появляется на песке – это значит определить и быть в состоянии снова найти свое место и место лошади в пространстве;
- определить местонахождение препятствий, т.е. проезжать через жерди и отмечать голосом моменты их пересечения (с фиксацией взгляда или без таковой);
- искать пути – определять – изобретать, т.е. планирование в пространстве;
- преследовать, перегонять и оставлять позади другие объекты – все это означает наличие связей в пространстве (впереди/рядом/сзади) и восприятия пространства и времени (ускорение/замедление);
- бросать мяч, следя за ним глазами, и снова вернуться к нему через круг – перманентность объекта в пространстве;
- потрогать лошадь сколько хватит рук (лежа на ней, сидя, снизу) – все это помогает установить связь в пространстве между собственным телом и телом лошади.

Фантазировать на тему различных вариаций можно безгранично. Нужно проявлять инициативу, активно вовлекая детей в действие. Многие из названных мной упражнений возникли ситуационно в процессе игры с детьми.

Итак, если мы снова обратимся к вышеописанной ситуации, то становится очевидным, что, открывая для себя новые возможности движения, ребенок снова начинает верить в свою инициативу, начинает интересо-

вать чем-то новым, задает вопросы, пробует себя в новых качествах. Сидя на лошади, он просто не сможет уклониться от освоения движения. И можно справедливо предположить, что диалог между ним и матерью также изменится. «Посмотри, как я могу!» – часто восклицают дети, подтверждающая это новое ощущение, испытываемое ими самими, что доставляет родителям огромную радость. В большинстве случаев ребенку уже не нужно, чтобы его часто носили на руках, так как он пробует новые возможности. Работа с лошадью заключает в себе массу ситуаций, поддерживающих в ребенке интерес и желание экспериментировать. Можно использовать не только саму лошадь, но и все, что с ней связано (смотреть, как она катается в леваде, поднимать копыта, кормить ее).

Иногда в ходе такого развития значительно возрастает вероятность того, что ребенок начнет бегать самостоятельно. Ребенок, который вследствие применения лечебно-гимнастических мер достиг определенного уровня развития движений и смог открыть для себя новые возможности благодаря общению с лошадью, также будет делать это, если будет видеть в этом смысл – сначала держась за руку матери, потом идя рядом с лошадью по дороге в денник или подходя к ней, чтобы угостить морковкой. Может, он начнет что-либо делать и тут же прекратит, отойдет в сторону на пару шагов, чувствуя себя неуверенно или желая, чтобы мать подстраховала его. И даже если в этом случае у вас возникнет сомнение в успехе, поверьте, есть достаточно веские основания для того, чтобы переждать этот момент, продолжить наблюдение и идти дальше по выбранному пути.

А

Иппотерапия и лечебная верховая езда



5 ИППОТЕРАПИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

В. Куприан (W. Kuprian)

5.1. ИППОТЕРАПИЯ

«Hippos» по-гречески означает лошадь. Слово «терапия» указывает на то, что это лечение в медицинском смысле этого слова. Таким образом, «иппотерапия» есть «лечение с помощью лошади», лечение болезней и улучшение психического и физического состояния пациента. Как в этом может помочь лошадь? Даже если не рассматривать психологическое воздействие, которое тоже играет огромную роль, можно найти несколько соматических или физических факторов, благотворно влияющих на состояние пациента. В основном на него воздействуют движения лошади, т.е. ее аллюры. Влияние движений лошади на тело пациента (на его таз, позвоночник, суставы и мышцы, на внутренние органы, особенно желудочно-кишечный тракт или сердечно-сосудистую систему) – это самый важный терапевтический фактор. Движения спины лошади при любом аллюре передаются всаднику и способствуют его расслаблению, укрепляют мышцы и улучшают кровообращение.

Иппотерапией называют преимущественно пассивные формы лечебной верховой езды, при этом пациент сидит на лошади и вынужден приспосабливаться к ее ритмичным движениям. Лошадь идет шагом. Ее могут вести на чумбуре, либо ею управляют с

помощью лейц или корды. Лошадь должна прекрасно соответствовать своей роли, для чего она проходит специальную подготовку. Каждый ее шаг должен быть достаточно длинным, движения равномерными, на ее спине должно быть удобно сидеть; при этом спина покачивается, но не трясется. С точки зрения конного спорта можно сказать, что терапевтическая лошадь должна быть гибкой и ей нужно пройти подготовку по выездке, а потом постоянно поддерживать соответствующие навыки. Кроме того, важно чтобы у лошади были спокойный темперамент и добрый характер.

Когда пациент сидит верхом, колебания спины лошади передаются его тазу и туловищу. Пациент пассивно реагирует на ритм движений лошади, при этом его мышцы то напрягаются, то расслабляются (динамическое функционирование мышц) в соответствии с ритмом движений лошади. В то же время пациент вынужден поддерживать равновесие и координировать свои движения, при этом у него создаются новые рефлексy, т.е. пациент отработывает двигательные навыки. Такую совершенно пассивную форму терапии предпочитает использовать доктор Роммель (Dr. Rommel), хирург, возглавляющий клинику в Вильдбаде. Этот метод доктор Роммель применял в работе с более чем одной тысячей неврологических, ортопедических или

хирургических больных. Эффективность такого рода терапии доказана рентгенологическими и электромиографическими данными.

Передача телу пациента плавных движений спины лошади, колеблющейся во всех трех плоскостях, изучена с помощью специальной съемки. При этом таз пациента то наклоняется, то возвращается в прямое положение, туловище движется вверх-вниз, кроме того, тело немного поворачивается в обе стороны. Очень важно, чтобы эти движения были симметричными и происходили в ровном ритме. Такие движения снижают повышенный тонус мышц и делают позвоночник более гибким. Подобных результатов невозможно добиться с помощью применения какого-либо искусственного тренажера или лечебных упражнений. Для достижения максимального эффекта пациент должен оставаться, насколько это возможно, пассивным.

Лошадь способна передавать пациенту движения, которые соответствуют движениям ходьбы нормального человека. Сидя верхом на лошади, пациент с односторонним параличом может испытывать ощущение нормальной симметричной ходьбы, что очень важно для терапии его состояния, которое сопровождается ощущением асимметричности. Движения спины лошади улучшают самочувствие пациента и облегчают работу терапевта. Никогда не следует смешивать иппотерапию со спортивной верховой ездой, в том числе с верховой ездой для инвалидов. Иппотерапия, как и другие методы физиотерапии, является самостоятельной медицинской процедурой. Она по своей сути отличается от верховой езды, и применяя этот метод должен врач или физиотерапевт, которые прошли специализацию по лечебной верховой езде. При этих условиях лошадь становится живым инструментом физиотерапии.

5.1.1. ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТЕРАПИИ: ПРИМЕРЫ

Чтобы продемонстрировать возможности использования лошади для иппотерапии, ниже приводятся несколько примеров различных состояний, при которых показан этот метод лечения. Обратите также внимание на список показаний, который помещен в конце данного раздела.

5.1.1.1. Детский церебральный паралич

Иппотерапия заметно улучшает состояние пациентов с различными формами детского церебрального паралича (ДЦП). В сознании людей именно это заболевание чаще всего ассоциируется с лечебной верховой ездой, и эту связь подтверждает исследование работы 76 терапевтических центров, проведенное в Федеративной Республике Германия в 1975 г. По поручению DKThR (который руководил работой) эти исследования провел доктор Райсер (Dr. Reisser, M.D.). Большинство статей, написанных врачами и физиотерапевтами, которые применяли лечебную верховую езду, касаются поражений головного мозга у маленьких детей. ДЦП обусловлен повреждением головного мозга, которое произошло до, во время или после родов. Причиной повреждения может быть инфекция, перенесенная матерью во время беременности (грипп, краснуха, вирусный гепатит), или инфекционное заболевание ребенка (менингококковая инфекция, коклюш, корь). У детей, родившихся недоношенными, ДЦП встречается значительно чаще. Иногда причиной заболевания являются травмы и несчастные случаи. Если учитывать все легкие случаи ДЦП (с так называемыми минимальными нарушениями), то число таких людей в Федеративной Республике Германия превышает 500 000!



Рис. 5.1. Физиотерапевт и ассистент наблюдают за походкой больного с ДЦП; на лошади уздечка, развязки и вольтижировочный гурт.

Повреждение головного мозга ведет к нарушениям координации движений; в тяжелых случаях болезнь может поражать все тело, хотя чаще встречаются односторонние поражения (гемиплегия) или поражения только рук или ног (диплегия). Иногда из-за спастичности мышц большой ДЦП не может ходить или разговаривать. При спастическом параличе часто наблюдаются множественные нарушения.

Можно добиться лучших результатов лечения в том случае, если терапию назначают на первом году жизни. Эта терапия основана на принципах неврологии, например на принципах Бобата. Лечение направлено на нормализацию неправильных двигательных навыков, на развитие правильных схем движения и на снижение спастичности мышц.

Иппотерапия при ДЦП особенно показана детям с тяжелыми двигательными нарушениями и при сочетании двух нарушений и более. Как правило, такие дети не могут ходить или сидеть самостоятельно, т.е. прикованы к инвалидному креслу. Они не способны сохранять равновесие тела, у них резко нарушены координация и пространственная ориентация, они



Рис. 5.2. Пациент ложится на лошадь, чтобы расслабить мышцы и размять поясничный отдел позвоночника; это позволяет исправить сутулость и улучшает способность сохранять равновесие.

страдают от постоянных тонических мышечных спазмов.

В этих случаях иппотерапевт ставит перед собой задачу улучшить мышечный тонус и контроль над положением головы и туловища с помощью такой позиции на спине лошади, которая подавляет произвольные сокращения мышц и снижает спастичность приводящих мышц. Кроме того, иппотерапия способствует развитию статических и динамических рефлексов равновесия, улучшает координацию движений и проприоцепцию (пространственную ориентацию). В этих случаях иппотерапия прекрасно дополняет другие терапевтические процедуры, например методы Бобата, с помощью которых терапевт стремится преодолеть двигательные нарушения пациента и развить в нем способность нормально двигаться.

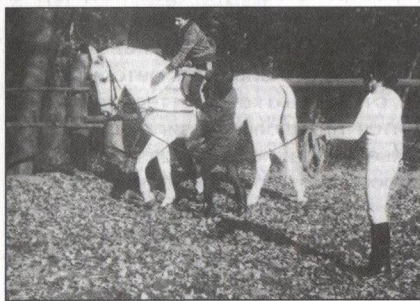
В самых тяжелых случаях ДЦП физиотерапевт сидит позади пациента на лошади, которую водят по манежу. На спине лошади находятся вальтрап и вольтижировочный гурт. Когда применяется корда или лейцы, пациента с тяжелыми нарушениями с обеих сторон лошади должны страховать ассистенты.

Иппотерапия должна проводиться не реже двух раз в неделю, продолжительность занятия не менее 10 мин.

5.1.1.2. Рассеянный склероз

При рассеянном склерозе (РС; заболевание нервной системы, которое до сих пор не научились лечить) иппотерапия может заметно улучшить состояние пациента. Иппотерапевтическое лечение больных РС проводится уже многие годы, в частности в Хохенклиник Монтана в Швейцарии и в неврологической клинике Базельского Университета. Доктор Хоэк и другие специалисты приводят впечатляющие результаты такой терапии.

Причины РС до сих пор точно неизвестны. В головном и спинном мозге пациента появляются очаги демиелинизации, что проявляется различными симптомами. Обычно течение болезни характеризуется периодами ремиссии, но некоторые формы протекают с постоянным ухудшением состояния. РС – одно из самых распространенных органических поражений нервной системы. В Федеративной Республике Германия этим заболеванием страдают 100 000 человек. РС является причиной длительной потери трудоспособности и инвалидности.



При проведении физиотерапии и, следовательно, иппотерапии при РС особое внимание уделяется спастическому параличу, произвольным движениям и общей слабости организма.

Работая с больным РС, иппотерапевт стремится снизить выраженность спастических явлений, развить у пациента, сидящего на лошади, способность поддерживать равновесие своего тела, расслабить мышцы спины и живота, улучшить кровообращение, и, наконец, улучшить качество его движений и общее самочувствие.

Терапевтические занятия можно проводить каждый день, по меньшей мере следует заниматься с пациен-



Рис. 5.3 и 5.4. Работа на корде. Пациент поглаживает лошадь, это заставляет его немного развернуться и вытянуть руку, а также развивает чувство уверенности в себе и учит заботиться о лошади; пациента страхуют с обеих сторон.

том 3 раза в неделю от 10 до 20 мин. При этом очень важно использовать подходящую лошадь с плавными движениями спины.

В случае РС применяют вольтижировочный гурт и вальтрап или мягкое учебное седло. Стремена, как правило, не применяются, поскольку они мешают расслабить спастичные мышцы ног. При работе с больными РС лошадь водят на манеже по прямой или же ею управляют с помощью корды. На рис. 5.1-5.4 показано иппотерапевтическое занятие.

5.1.1.3. Люмбаго

Острое люмбаго обычно не является опасным состоянием, хотя пациент чувствует сильную боль. Это болезненное состояние поражает нижние отделы позвоночника, т.е. поясничный отдел и окружающие его мышцы. Кроме боли в большей или меньшей степени наблюдается ограничение подвижности. Пациенту трудно встать со стула или подняться из положения лежа, его спина согнута вперед, а движения затруднены.

Если болезнь не связана с острым повреждением межпозвоночного диска (а это следует определить с помощью рентгенологического исследования), то причиной люмбаго является острый спазм мышц или изменение соединительных тканей. Причиной может быть также переохлаждение, неправильное положение тела, «вредные» или асимметричные движения часто в сочетании с дегенеративными изменениями суставных поверхностей позвонков и межпозвоночных дисков. Тогда позвоночник принимает неподвижное положение, движения, особенно наклоны вперед, ограничены. При этом мышцы спины, в частности мышцы, окружающие поясничный отдел позвоночника, спастичны и напряжены.

После временного ограничения движений, что обычно сочетают с назначением лекарственных средств,

расслабляющих мускулатуру, острое состояние проходит. На этом этапе показана физиотерапия. Ее начинают с разогревания поясницы и массажа, благодаря чему пораженные мышцы расслабляются. После этих подготовительных мер применяют собственную физиотерапию. Ее воздействие направлено на то, чтобы расслабить и размять поясницу и постепенно вернуть позвоночнику возможность двигаться. Далее в процессе физиотерапии добавляют упражнения, которые укрепляют мышцы поясницы и корректируют положение позвоночника. Таким образом успешно вылечиваются многие случаи люмбаго. Однако иногда симптомы заболевания сохраняются или возникают снова. И тогда можно добиться удивительных результатов с помощью иппотерапии.

Если после периода временного ограничения подвижности пациента, страдающего люмбаго, посадить на хорошую терапевтическую лошадь и работать с ним на корде, можно достичь тех же результатов, что и с помощью методов традиционной физиотерапии. Движения спины лошади, которые передаются пациенту, расслабляют мышцы, улучшают кровообращение и постепенно возвращают поясничному отделу позвоночника способность двигаться. Другим важным фактором является тепло лошади, которое передается пациенту. Один больной с люмбаго, которому невозможно было помочь обычными методами физиотерапии (на протяжении многих лет он работал сидя и никогда не занимался спортом), всего за восемь занятий (два занятия в неделю) иппотерапии освободился от своего недуга.

Работая с пациентом, страдающим люмбаго, можно применять лейцы или корду, при этом пациент сидит на вальтрапе из мягкой овечьей шкуры, фиксированной вольтижировочным гуртом. Согласно нашему опыту рекомендуется проводить занятия 2-3 раза в неделю по 10-15 мин.

5.1.1.4. Запор

Вот еще один достойный упоминания пример успешного применения иппотерапии. Пациентка 33 лет с детства страдала хроническим запором. Ни лекарственные препараты, ни традиционная физиотерапия, ни диета не облегчали ее состояния. Всего двенадцать иппотерапевтических занятий в сочетании с упражнениями для мышц живота, диафрагмальным дыханием и диетой оказались достаточными для того, чтобы избавить женщину от запора, который ранее не поддавался никаким видам лечения.

До начала курса иппотерапии пациентка никогда не сидела на лошади. Ритмичные движения спины животного передавались органам таза, в частности воздействовали на кишечник. Это стимулировало перистальтику (ритмичные волнообразные движения стенок кишечника), благодаря которой кишечное содержимое продвигается по пищеварительному тракту.

Иппотерапия в сочетании с другими лечебными мерами показана как при спастическом, так и при атоническом запоре. Чаще всего с такими пациентами работают на корде. При иппотерапии используется вальтрап из мягкой овечьей шкуры, фиксированный вольтижировочным гуртом, или учебное мягкое седло. Если больной страдает хроническим запором на протяжении длительного времени, рекомендуется провести как минимум 12-20 ежедневных занятий продолжительностью по 15-20 мин.

5.2. ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

Под лечебной верховой ездой в узком смысле слова мы понимаем выполнение индивидуально подобранных терапевтических упражнений на лошади. При этом пациент не

только пассивно воспринимает движения лошади, как в иппотерапии, но также активно выполняет упражнения на спине лошади. Руководит таким занятием специалист, который следит за тем, чтобы пациент выполнял программу упражнений, разработанную лечащим врачом вместе со специалистом по лечебной верховой езде. Положение тела пациента, сидящего верхом на лошади, также играет важную роль в терапии, поскольку согласно наблюдениям специалистов, правильное положение помогает сделать перенапряженные приводящие мышцы более эластичными. Последнее особенно важно при различных видах спастического паралича.

Программа упражнений, применяемая в лечебной верховой езде, основана на принципах физиотерапии. Это означает, что виды упражнений и их «дозировка» тщательно подбираются с учетом характера заболевания и состояния пациента. Следует избегать выполнения упражнений, которые противопоказаны пациенту. Терапевтические упражнения и упражнения классической спортивной вольтижировки не имеют между собой ничего общего. Более того, выполнение некоторых упражнений вольтижировки может принести вред пациенту.

Терапевтические упражнения, которые выполняются на спине лошади, можно разделить на следующие три группы: упражнения на расслабление, упражнения на растяжку и упражнения на укрепление мышц. Кроме того, существуют упражнения для развития способности поддерживать равновесие, образования новых рефлексов, тренировки координации и укрепления веры в свои силы. Вот самые простые упражнения: наклон вперед, откидывание тела назад, потягивание и вращательные движения позвоночника; существуют упражнения для расслабления, рас-

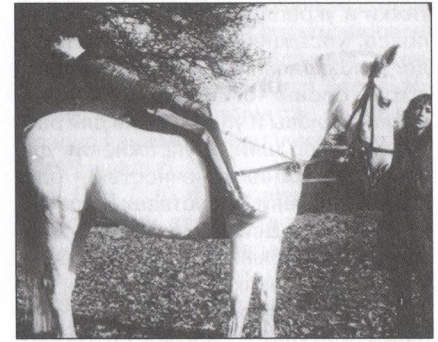
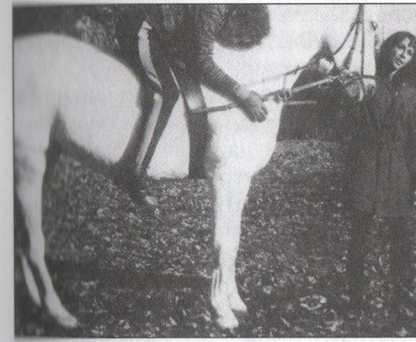


Рис. 5.5 и 5.6. Пациент начинает активно выполнять упражнения: наклоны и растяжка позвоночника.

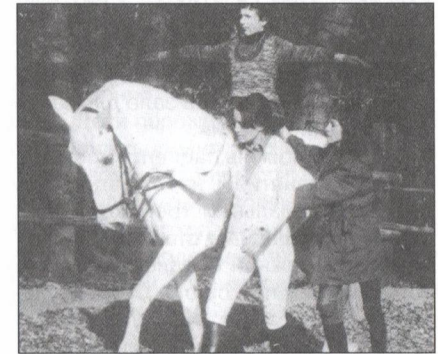


Рис. 5.7 и 5.8. Лошадь движется по прямой, ее ведут с помощью чумбура: тренировка равновесия, растяжка, работа над правильной посадкой и вращательные движения позвоночника.

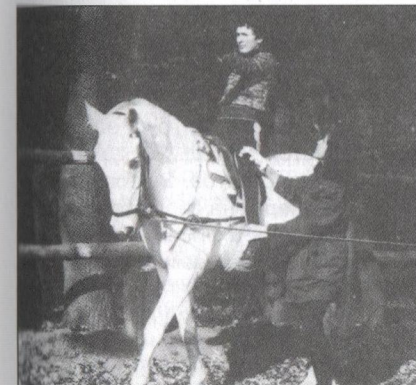


Рис. 5.9 и 5.10. Более сложные упражнения: лошадь идет по кругу на корде.

тяжки и укрепления мышц плечевого пояса; упражнения для шейного отдела позвоночника, например повороты головы, сгибание шеи вбок, наклон головы и упражнения для растяжки мышц шеи; и упражнения для суставов нижних конечностей – растяжка, движения в суставах и вращения ногами. Движения можно сочетать с дыхательными упражнениями. Иногда применяются предметы, которыми пользуются гимнасты: мяч, палка (или хлыст), ленты и т.д. Важно, чтобы лошадь привыкла ко всем этим предметам.

В большинстве случаев лечебная верховая езда сочетается с другими видами терапии. Желательно, чтобы сначала пациент разучил упражнения сидя на скамейке, лежа на мате или стоя перед зеркалом в зале для занятий по физиотерапии.

Чтобы помочь пациенту подготовиться к занятиям на лошади, был создан специальный тренажер – деревянная лошадь на стабильной опоре и с подвижной средней частью, к которой крепится седло. Сидя на деревянной лошади, пациент учится сохранять равновесие. По мнению педиатра Офтерингера, на таком тренажере можно также учиться управлять лошастью. После этой подготовки пациент начинает выполнять терапевтические упражнения на неподвижно стоящей лошади, затем – на лошади, идущей шагом. Инструктор по верховой езде управляет лошастью с помощью корды. Физиотерапевт идет рядом с пациентом и дает ему указания по выполнению упражнений. Для страховки пациента нужны ассистенты. В зависимости от тяжести нарушений пациента его сопровождает один такой ассистент или же двое, с обеих сторон лошади (рис. 5.5-5.10).

При работе используется вальтрап из мягкой овечьей шкуры под вольтижировочным гуртом со специальными ручками или же седло, обитое мягкой тканью. Мы предпочитаем

использовать седло, поскольку, по нашему мнению, оно помогает пациенту сохранять правильную посадку.

Мы не фиксируем ноги пациента кожаными петлями, так как опасаемся, что в случае падения с лошади ноги пациента могут запутаться в петлях. Можно страховать пациента с помощью страховочного пояса, фиксированного на груди, который через блок соединяется с системой веревок на потолке манежа. Подобная система страховки существует у некоторых гимнастов и при тренировках на батуте. В случае падения лошади пациент останется висеть в воздухе, что значительно снижает риск травмы. Как правило, пациенты садятся на лошадь с помощью помостов или других приспособлений (см. рис. 33.26, а и б).

После достаточного количества занятий на шаге пациенты с незначительными нарушениями могут перейти на облегченную или учебную рысь. Некоторые могут ездить даже галопом. Когда кроме терапевтических упражнений пациент учится пользоваться средствами управления, он приближается к новому уровню – к верховой езде для инвалидов или даже к конному спорту.

В большинстве случаев занятия проходят на манеже, инструктор по верховой езде управляет лошастью с помощью корды, иногда используются лейцы. В последнем случае лошадь может двигаться по прямой, и тогда пациенту легче удерживать правильную позу и хранить равновесие. Для того чтобы управлять группой лошадей, требуется помощь большого количества ассистентов. В этом случае инструктор берет на себя ответственность за лошадь, а физиотерапевт занимается упражнениями.

Ниже приводятся некоторые типичные примеры применения лечебной верховой езды. Это всего лишь примеры, но не полный список всех состояний, при которых показана такая форма терапии.

5.2.1. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА (ПРИМЕРЫ)

5.2.1.1. Детский церебральный паралич

При детском церебральном параличе (ДЦП) иппотерапия показана больным с более тяжелыми или множественными нарушениями, лечебная же верховая езда применяется в относительно легких случаях, в том числе при так называемых минимальных проявлениях ДЦП. У больных с минимальными проявлениями двигательные нарушения не столь заметны; они проявляются лишь тогда необходимо выполнить достаточно сложные движения. Эти больные, как и больные с нарушениями средней тяжести, могут сидеть и ходить самостоятельно, хотя и с некоторыми затруднениями. Тем не менее они страдают от тонических спазмов и нарушения равновесия. Часто у них встречаются нарушения тонкой моторики, контроля над положением туловища и головы, вращательных движений и пространственной ориентации.

С помощью лечебной верховой езды мы стремимся нормализовать тонус мышц, улучшить способность сохранять равновесие, развивать тонкую моторику и координацию, усилить контроль над положением головы и туловища, улучшить способность совершать вращательные движения и пространственную ориентацию (проприоцепцию). Кроме того, этот подход позволяет работать с нарушениями концентрации внимания, учить пациента сохранять правильное положение тела, обучать его навыкам верховой езды и управления лошастью с помощью повода.

В работе для управления лошастью можно применять корду, лейцы или чумбур; спина лошади покрыта

вальтрапом из мягкой овечьей шкуры, который фиксирован вольтижировочным гуртом. На более поздних стадиях терапии рекомендуется использование седла; разумеется, рано или поздно пациент начнет учиться управлять лошастью.

При ДЦП с нарушениями средней тяжести занятия должны проводиться 2-3 раза в неделю продолжительностью 20-30 мин. Следует постепенно увеличивать продолжительность занятия исходя из физического состояния пациента и его способности концентрировать внимание.

Лечебная верховая езда создает у детей с ДЦП сильную мотивацию. Нередко это помогает преодолеть «усталость от терапии», которая развивается у таких детей после долгих лет лечения.

Дети переживают чувство успеха и удовлетворения, что крайне важно для развития личности. Психологические факторы, которые несет в себе лечебная верховая езда, часто исправляют поведенческие нарушения у таких детей. Взаимодействие с лошастью дает им необходимые социальные навыки и позволяет преодолеть свою изолированность.

5.2.1.2. Деформация конечностей

Лечебная верховая езда показана детям с деформацией конечностей (нарушение развития конечностей в результате дисмелии или их деформация вследствие травмы). При этом следует учитывать многие обстоятельства.

Очень важную роль играют психологические и педагогические факторы, поскольку занятия дают пациенту ощущение самореализации и чувство удовлетворения. Кроме того, важно свести к минимуму риск повреждения позвоночника, что угрожает всем пациентам с деформацией конечностей. Поэтому при работе с та-

Обращение к читателю

Когда меня попросили написать предисловие к этому сборнику, моей первой реакцией было желание отказаться, так как иппотерапия, использование лошадей в реабилитации людей с особенностями развития были мне незнакомы, хотя я с детства, как и большинство нас, люблю лошадей. Может быть по этой причине и благодаря настойчивости директора Московского конноспортивного клуба инвалидов (МККИ) я прочел эту книгу; должен отметить, что составлена она из очень интересных профессионально написанных работ.

Медицина катастроф, в которой я работаю, становится все более важной областью медицины вследствие событий последних лет: техногенных аварий, террористических актов, локальных войн и многого другого. Но мы, врачи, занимающиеся спасением пострадавших в результате этих событий, знаем, что многие из выживших остаются инвалидами, и им всем после проведенного лечения необходима реабилитация (иногда пожизненная). Вот здесь иппотерапия и верховая езда оказываются уникальными реабилитационными средствами. Меня настолько заинтересовали некоторые из статей этого сборника, что со своим коллективом и руководством клуба мы рассматриваем возможность сотрудничества с МККИ для апробации реабилитационных занятий в клубе с участием группы наших пациентов.

Подобные инициативы необходимо развивать по всей Российской Федерации. Спасибо МККИ за самоотверженный труд по распространению и развитию в России реабилитационных занятий с инвалидами на лошадях, а также Департаменту международного развития Великобритании, поддержка которого в рамках программы Партнерств в некоммерческом секторе позволила подготовить и опубликовать этот сборник. Он будет востребован и там, где уже проводятся занятия иппотерапией, и там, где такие занятия только планируются. В таком ответственном деле, как работа с детьми-инвалидами, необходим профессиональный подход. Книга, которую вы держите в руках, будет очень полезна врачам, педагогам, тренерам, родителям инвалидов и студентам.

Профессор Л.М. Рошаль

Губашкин

Ваш

Л.М. Рошаль

кими пациентами мы стремимся укрепить мышцы, научить пациента сохранять правильное положение тела, улучшить координацию, кровообращение, рефлекторные реакции и пространственную ориентацию.

Доктор Дж. Бауманн (Dr. J. Baumann), ортопед из Базеля указывает на то, что при лечении сколиоза (бокового искривления позвоночника) важную роль играют симметричные движения туловища; этот принцип используется для терапии больных с деформацией конечностей. Профессор В. Хайперц (Dr. W. Heipertz), работающий во Франкфурте-на-Майне, подчеркивает, что деформация или утрата конечности отрицательно влияет на позвоночник. С помощью лечебной верховой езды можно приостановить развитие асимметрии.

Вслед за курсом лечебной верховой езды некоторые пациенты с деформацией конечностей могут заниматься верховой ездой как спортом для инвалидов.

Для больных с деформацией верхних конечностей были созданы специальные поводья: поводья-лестница или поводья с петлями (см. рис. 33.21). Следует особенно внимательно относиться к безопасности таких пациентов, поскольку при падении с лошади они в большей мере, чем другие пациенты, могут получить травму. Очень важно, чтобы они надевали защитный шлем. Иногда на начальных этапах терапии на лошади позади ребенка с дисмелией сидит терапевт.

5.2.1.3. Параплегия

В Федеративной Республике Германия параплегией страдают около 10 000 человек. Каждый год регистрируется примерно 800 новых случаев. Причиной тому служат переломы позвоночника в результате дорожных аварий, несчастных случаев на работе или в спорте. Симптомами параплегии являются паралич скелетной и ды-

хательной мускулатуры, отсутствие контроля над функционированием мочевого пузыря и кишечника, а также нарушение чувствительности тела, т.е. неспособность чувствовать жар, холод или прикосновение. Причина таких нарушений двигательной функции и чувствительности – повреждение нервных волокон, которые идут вдоль позвоночника к головному мозгу. Чем выше повреждение спинного мозга, тем тяжелее и опаснее для жизни параплегия. Когда поврежден шейный отдел позвоночника, возникает также паралич верхних конечностей. В большинстве случаев пациент, страдающий параплегией, обречен пользоваться инвалидным креслом всю оставшуюся жизнь.

Физиотерапию начинают через несколько дней после травмы. Применяют дыхательные упражнения, активные движения тех частей тела, у которых сохранена двигательная функция, а также пассивные движения парализованных конечностей, перемену положения тела пациента и упражнения для усиления кровообращения. Когда поврежденный позвонок становится стабильным, добавляют упражнения в положении сидя и упражнения на растяжку. На этой стадии пациент учится сидеть и пользоваться инвалидным креслом. Затем следуют групповые игры и спорт, например игра в мяч в инвалидном кресле. Физиотерапию, которой пациент занимается на мате или в кресле, дополняют занятия в бассейне. Пациент снова учится ходить, сначала в специальном аппарате, а затем с помощью ортопедических средств поддержки (лангеты, костыли, трости и т.д.) он получает возможность стоять – хотя бы в течение короткого времени, – и может пройти самостоятельно небольшое расстояние. Когда достигнута эта фаза, физиотерапевт переключает свое внимание на неповрежденные части тела. Их надо тренировать, чтобы они выполняли компенсатор-

ную функцию, что является неременным условием реабилитации, – медицинской реабилитации и восстановления трудоспособности.

В зависимости от состояния пациента и от распространенности паралича программа реабилитации может включать иппотерапию и позднее лечебную верховую езду. С помощью занятий на лошади можно улучшить кровообращение в парализованных частях тела (как правило, это ноги), укрепить здоровые мышцы так, чтобы они выполняли компенсаторные функции, улучшить дыхание, кровообращение (как периферическое кровообращение, так и работу сердца) и обмен веществ, научить пациента сохранять равновесие и координировать движения. Пациентам с парезом показана лечебная верховая езда. В случае полной параплегии стоит принимать во внимание риск возникновения потертостей на коже. Лечебная верховая езда в меньшей степени показана пациентам с параличом верхней части тела. Они поддерживают туловище в вертикальном положении с помощью рук и поэтому им трудно сохранять равновесие.

Терапия с помощью лошади оказывает благотворное психологическое воздействие. При работе с пациентами, страдающими параплегией, психологические факторы играют важную роль. Люди, прикованные к инвалидному креслу, с помощью лошади получают возможность перемещаться самостоятельно. Чувство удовлетворения, которое приносит успехи в верховой езде, сильнее, чем удовлетворение от других видов спорта, таких как баскетбол, стрельба из лука, толкание ядра или метание копья.

Упражнения, которые выполняются на неподвижно стоящей или движущейся лошади, стимулируют пациента; они улучшают способность сохранять равновесие в положении сидя, укрепляют мышцы, улучшают работу сердца, кровообращение и дыхание.

Как правило, на занятии лошадью управляют с помощью корды или чумбура. Удобное седло поддерживает пациента на спине лошади. Вначале стремяна не используются, их начинают применять позднее. В зависимости от состояния пациента терапию проводят 2-3 раза в неделю, продолжительность занятия 10-20 мин.

После успешного окончания курса лечебной верховой езды некоторые пациенты учатся управлять лошадью самостоятельно и могут продолжать заниматься спортивной верховой ездой для инвалидов.

5.2.1.4. Заболевания позвоночника

Многие специалисты считают, что ортопедические заболевания, поражающие позвоночник, следует лечить с помощью лечебной верховой езды. В зависимости от выраженности дегенеративных изменений позвоночника во многих случаях можно добиться значительных успехов с помощью лечебной верховой езды в сочетании с упражнениями, укрепляющими мускулатуру туловища. Это противоречит распространенному мнению о том, что при заболеваниях позвоночника заниматься верховой ездой опасно. Лечебная верховая езда не только укрепляет мышцы поясницы, но также снижает их тонус и делает поясницу более гибкой. Применяемые упражнения направлены на то, чтобы увеличить растяжимость позвоночника и научить пациента держать его прямо.

С другой стороны, встречаются заболевания позвоночника, при которых движения противопоказаны; к ним относятся, например, спондилолистез или воспалительные заболевания. При этих заболеваниях, а также при грыже межпозвоночного диска лечебная верховая езда противопоказана.

К занятиям лечебной верховой ездой можно приступить лишь после

того, как после тщательного осмотра врача и рентгенологического обследования установлен окончательный диагноз. Этот метод в сочетании с другими терапевтическими подходами или даже как единственный метод лечения дает удивительные результаты при различных заболеваниях позвоночника.

5.2.1.5. Нарушения осанки

У детей и молодых людей часто встречаются различные нарушения осанки. Школьные врачи, педиатры, преподаватели физкультуры и родители постоянно жалуются на то, что начиная с послевоенных лет правильная осанка встречается все реже. Причинами этого являются следующие факторы: малоподвижный образ жизни; работа, не связанная с движениями; привычное пользование автомашинами; необходимость проводить много времени в положении сидя в школе и привычка сидеть у телевизора; недостаток физической культуры, низкое качество спортивных занятий в школах или просто привычка сутулиться.

Атрофия неработающих мышц.

Такие состояния, как лордоз (вогнутая спина), сутулость, различные нарушения осанки, сколиоз (латеральное искривление позвоночника) за последние годы встречаются все чаще. Довольно часто можно наблюдать юношей и девушек с дегенеративными изменениями позвоночника, которые при статической нагрузке ограничивают движения и вызывает боль. Лечебная верховая езда – идеальное вспомогательное средство для традиционной физиотерапии, поскольку она укрепляет все длинные мышцы спины, которые расположены вдоль позвоночника (mm. erector trunci – мышцы, выпрямляющие туловище). Сидящий на лошади человек активно выпрямляет позвоночник от поясницы до шейного отдела. Когда всадник опирается на оба бугра седалищных костей (tuber osses ischii), таз и

позвоночник принимают оптимальное для развития правильной осанки положение.

Если у пациента вялая спина – распространенное нарушение осанки, – в процессе занятий лечебной верховой ездой такое состояние можно скорректировать, предложив сидящему верхом пациенту слегка согнуть бедра в тазобедренных суставах. Ритмические колебания спины лошади и изменения ее аллюра расслабляют напряженные мышцы спины и делают их более подвижными. Многие традиционные упражнения физиотерапии используют те же самые движения сгибания-разгибания таза.

При правильной посадке позвоночник распрямляется и растягивается также в грудном отделе. В результате исправляется сутулость – другое нарушение осанки, часто встречающееся у молодых людей. Это положение тела укрепляет длинные мышцы спины (mm. erector trunci) и лежащие между ними ромбовидные мышцы. В то же время мышца груди (m. pectoralis major – большая грудная мышца), которая часто находится в сокращенном состоянии, растягивается, и тогда весь плечевой пояс возвращается в правильное положение. При посадке верхом выпрямляются позвонки шеи и плечевой пояс, и человек учится держать голову свободно. Такая осанка является целью многих терапевтических программ, например при лечении дегенеративных изменений позвоночника, в частности в шейном отделе. Если в качестве профилактики начать заниматься лечебной верховой ездой достаточно рано, можно предотвратить развитие многих упомянутых выше нарушений осанки.

Упражнения, дающие симметричную нагрузку на мышцы, сухожилия, связки и суставы, и их тренировки также улучшают осанку. Такие упражнения обеспечивают симметричное развитие обеих сторон тела, что является непременным условием гар-

моничной осанки. Упражнения на растяжение и на укрепление мышц позвоночника в сочетании с дыхательными упражнениями в положении верхом на лошади усиливают эффект лечебной верховой езды.

Наш опыт показывает, что молодые люди с нарушениями осанки с энтузиазмом выполняют терапевтические упражнения, сидя верхом на бодрой терапевтической лошади; в других обстоятельствах они бы выполняли эти упражнения крайне неохотно.

В лечебной верховой езде можно использовать все аллюры (шаг, рысь и галоп) в зависимости от состояния пациента и от стадии терапии. Занятия могут происходить ежедневно; по меньшей мере следует заниматься дважды в неделю, продолжительность одного занятия до 30 мин. Лучше применять обитое мягкой тканью учебное седло со стремянами. Используется корда или лейцы. На более поздних стадиях рекомендуется самостоятельная верховая езда – индивидуальная или в группе всадников.

Противопоказаниями являются сколиоз III степени и болезнь Шейерманна-Мау (остеохондропатия позвоночника, или подростковый кифоз) в острой стадии.

Многие дети и молодые люди с нарушениями осанки, пройдя курс терапии, могут продолжать заниматься спортивной верховой ездой для инвалидов.

5.2.1.6. Заболевания сердца и системы кровообращения

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в нашем обществе являются наиболее частой причиной смерти. В Федеративной Республике Германия каждый третий взрослый страдает ССЗ.

На развитие ССЗ влияют неадекватное питание, злоупотребление табаком и алкоголем и психосоциальные стрессы, но наиболее существен-

ным фактором является недостаток движения – то, что недавно стали называть гипокинезией. Для борьбы с этой проблемой созданы различные программы занятий – в помещениях и на улице. Дозированные занятия спортом под контролем врача – гимнастические упражнения, плавание, походы, ходьба, бег, катание на лыжах и верховая езда – рекомендуются и в качестве мер профилактики ССЗ и как средство реабилитации.

Результаты специальных научных исследований, которые определяли эффективность лечебной верховой езды при ССЗ, показали, что аэробная тренировка в процессе выполнения терапевтических упражнений на лошади дает необходимую нагрузку, которая улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы.

Среди выявленных в процессе исследования результатов занятий отмечались следующие: урежение пульса в покое; значительное снижение частоты сердечных сокращений при физической нагрузке даже у тех пациентов, которые еще не получили достаточной тренировки; увеличение жизненной емкости легких, улучшение работы дыхательной системы и сердечной мышцы.

Следует соблюдать осторожность и быть внимательным при работе с пациентами, перенесшими инфаркт миокарда или операции на сердце. Если коронарные артерии сужены, пульс и артериальное давление не должны существенно повышаться. Как правило, нагрузка не должна превышать 50-100 ватт; вот почему в этих случаях следует проводить телеметрический контроль. Кроме того, если пациент впервые в жизни садится на лошадь, не следует забывать и о психологической нагрузке. Рекомендуется избегать таких форм терапии, в которых преобладает динамическая работа мышц (например, облегченная рысь); предпочтительнее давать статическую нагрузку.

Можно проводить терапевтические занятия ежедневно; по меньшей мере следует работать с пациентом 2 раза в неделю, продолжительность одного занятия 10-20 мин.

Учебное седло со стременами создает у пациента ощущение безопасности. Для управления лошадью применяют корду, лейцы или чумбур. Когда пациент привыкнет к лошади, можно постепенно переходить к самостоятельной верховой езде с дозированной нагрузкой.

5.3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ИППОТЕРАПИИ ИЛИ ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЫ

У медиков существуют различные мнения насчет показаний и противопоказаний к применению иппотерапии и лечебной верховой езды. По этому поводу стоит заметить, что пока еще рано делать окончательные выводы. Во многих случаях научные исследования не проводились, и у нас нет необходимых данных, которые бы подтверждали ту или иную точку зрения. Тем не менее данные литературы по этому предмету свидетельствуют, что при отдельных разногласиях практически все специалисты придерживаются одинакового мнения по следующим вопросам.

5.3.1. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Показания. Нарушение формирования конечностей (амелия, перомелия, фокомелия, эктромелия), неправильная осанка и соответствующие нарушения (сколиоз I и II степени, кифоз, воронкообразная грудь, сутулость, уплощенная или вогнутая спина), заболевания позвоночника (остеохондрозы с повышенным тонусом

мышц, вялость мышц позвоночника, состояние после болезни Шейерманна-Мау, начинающийся деформирующий спондилез с тугоподвижностью отдельных позвонков, состояния после операции на межпозвоночных дисках в поясничном отделе – не раньше чем через год после хирургического вмешательства), ограничение подвижности в коленном или голеностопном суставах, ранние стадии артрозов суставов нижних конечностей.

Противопоказания. Остеопороз, болезнь Бехтерева (ревматоидный спондилит), остеохондроз с гипертостозом, деформирующий спондилез при сильной степени сращения измененных тканей, спондилолистез (смещение позвонков) с острой болью, болезнь Шейерманна-Мау в остром периоде, обострение воспалительных процессов в области спины, грыжа межпозвоночного диска, подвывих (смещение) бедра.

5.3.2. БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Показания. Детский церебральный паралич, состояние после перенесенного полиомиелита, односторонний паралич после перенесенного инсульта, рассеянный склероз, различные формы атрофии или дистрофии мышц, кривошея после операции, торсионная дистония, атетоз, хоррея, атаксия.

5.3.3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, А ТАКЖЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Показания. Нарушения поведения психотической и непсихотической природы, психические травмы, шизофрения, умственная отсталость, синд-



Рис. 5.11. Терапевтическая команда.

ром Дауна, расстройства личности, психосоматические заболевания, депрессия, неврозы, различные виды патологической зависимости.

5.3.4. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Показания. Болезни системы кровообращения: состояния после перенесенного инфаркта миокарда (по индивидуальным показаниям), артериальная гипотония, артериальная гипертония (до определенной стадии), нарушения периферического кровообращения; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение и другие эндокринные нарушения; запоры, «болезни цивилизации», хронические бронхиты.

Противопоказания. Воспалительные заболевания, склероз коронарных сосудов с тяжелой стенокардией, острый пиелонефрит, острый цистит, острый простатит.

5.4. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОМАНДА

В наши дни терапевт часто не может работать один, ему нужна команда специалистов и ассистентов. У

каждого члена команды есть своя роль, и все они взаимодействуют друг с другом. Успех работы команды зависит от сотрудничества. Невозможно представить себе ни иппотерапию, ни лечебную верховую езду без работы терапевтической команды. Один человек просто не в состоянии справиться со столь сложным делом.

Подобно тому, как в хирургии операцию проводит операционная бригада или команда, так и в иппотерапии или лечебной верховой езде работу осуществляет терапевтическая команда (рис. 5.11), состоящая из врача, физиотерапевта, инструктора по верховой езде и ассистентов. Только их слаженное взаимодействие позволяет достигать хороших результатов при минимальном риске для пациента. Врач, физиотерапевт и инструктор по верховой езде должны действовать как единое целое. Для этого специалистам следует уважать друг друга, знать, что могут и чего не могут сделать представители другой специальности, и иметь определенное представление о дисциплинах своих коллег. Все члены команды должны постоянно совершенствовать свои знания и обучаться новым практическим навыкам. Члены команды не должны слишком увлекаться теориями. Для работы в иппотерапии или лечебной верховой езде необхо-

димо уметь обращаться с лошадьми. Поэтому каждый член команды должен разбираться во всех вопросах, касающихся лошадей, и должен обладать соответствующими практическими навыками обращения с лошадьми и верховой езды.

5.4.1. РОЛЬ ВРАЧА В ИППОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

Врач, работающий в терапевтической команде, ставит диагноз, собирает медицинские данные и назначает терапевтические мероприятия. Он возглавляет команду. Иппотерапия или лечебная верховая езда эффективны в тех случаях, когда пациентов отбирают согласно медицинским показаниям. Вместе с физиотерапевтом врач создает индивидуальную программу терапии для каждого пациента, направленную на лечение его заболевания. Он также наблюдает за проведением терапии и при необходимости корректирует программу. Кроме того, именно врач документирует ход терапии. При этом очень важно, чтобы он тесно сотрудничал с физиотерапевтом и с инструктором по верховой езде. Иппотерапия или лечебная верховая езда без наблюдения врача (иногда такое встречается в довольно уважаемых школах верховой езды) – это шарлатанство. Специалисты должны бороться против этого. Если происходит несчастный случай, у администрации такой школы могут возникнуть серьезные юридические осложнения. Врач, который занимается иппотерапией или лечебной верховой ездой, должен не только хорошо знать соответствующие методики, но и обладать навыками верховой езды: лишь в этом случае он способен оценить физическую нагрузку или риск, с которыми сталкивается пациент. Врачи должны посещать курсы и семинары, на которых они могут совершенствовать свои умения.

5.4.2. РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТА В ИППОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ

Как правило, именно физиотерапевт проводит занятия по иппотерапии или лечебной верховой езде, особенно в тех случаях, когда этим не занимается непосредственно врач. Согласно правилам, установленным DKThR, физиотерапевт отвечает за практическое осуществление терапии. В контексте физиотерапии иппотерапия и лечебная верховая езда состоят из особых упражнений, которые выполняются на лошади или при которых лошадь используется в качестве «тренажера» для упражнений. Как и врачи, физиотерапевты публикуют свои наблюдения в профессиональных изданиях.

Обычно физиотерапевт руководствуется диагнозом и предписаниями врача. Физиотерапевт, работающий в иппотерапии или лечебной верховой езде, отвечает за выполнение предписанных врачом терапевтических мероприятий, поскольку он обучен этим методам. Особой должности «иппотерапевта» или «специалиста по лечебной верховой езде» не существует.

Именно физиотерапевт выбирает нужные упражнения, дает инструкции пациенту и определяет, какой аллюр (шаг, рысь, галоп) следует использовать в работе. Кроме того, физиотерапевт руководит ассистентами и определяет, каким образом они должны осуществлять страховку пациента, сидящего на лошади. Он, как и врач, отвечает за то, чтобы иппотерапия или лечебная верховая езда стали неотъемлемой частью всех лечебных мероприятий в жизни пациента и дополняли все остальные применяемые методы лечения.

Физиотерапевт, который сажает пациента на «живой аппарат для уп-

ражнений», т.е. на лошадь, сам должен обладать навыками верховой езды и уметь обращаться с лошадью. Он должен уметь седлать лошадь, пользоваться различными уздечками, поводьями и кордой, кроме того, он должен иметь теоретические знания о лошади по следующим темам: теория верховой езды, строение тела лошади и его функции, содержание, кормление лошади и уход за лошадьми. Кроме того, он должен иметь представления о вольтижировке и других видах гимнастики на лошади.

Риск возникновения несчастного случая сводится к минимуму лишь в том случае, когда специалист обладает необходимыми знаниями и практическим опытом. Если соблюдаются необходимые меры безопасности и создаются правильные условия профессиональной работы, риск минимален; это показало исследование причин несчастных случаев при лечебной верховой езде, проведенное в 1975 г.

Принципы терапевтического применения лечебной верховой езды, в частности показания и противопоказания к ее применению, а также ее методологию можно изучать и совершенствовать. Для повышения профессионального уровня специалистов проводятся курсы, на которых можно углубить понимание теории и усовершенствовать свои практические навыки использования лошади в терапии.

Еще в 1977 г. в Германии такие курсы состояли из двух этапов, каждый продолжительностью около недели. Вводный восьмидневный курс проходил в Колледже спорта в Кельне (Институт реабилитации и спорта для инвалидов) под руководством доктора Ригера. Заключительный восьмидневный курс проходил в Клинике Роммеля в Вильдбаде под руководством доктора Роммеля. Между двумя этими курсами слушатель должен был пройти как минимум шестимесячную практику в каком-либо центре лечеб-

ной верховой езды. По окончании заключительного курса терапевт сдавал экзамен, на котором проверялись его навыки верховой езды. Содержание курсов и экзамен определяется Немецкой федерацией верховой езды в сотрудничестве с Центральной ассоциацией физиотерапии и с DKThR. Приводим ниже соответствующие правила:

Программа курсов и экзамен для физиотерапевтов, проходящих специализацию по лечебной верховой езде

Немецкая федерация верховой езды (FN) устанавливает следующий порядок обучения физиотерапевтов, проходящих специализацию по терапевтическому использованию лечебной верховой езды.

Цель проведения экзаменов

Экзамен проводится для того, чтобы удостовериться, что кандидаты обладают знаниями и навыками верховой езды, необходимыми для работы в области лечебной верховой езды.

Прием кандидатов

Предварительные условия приема кандидатов следующие:

1. Наличие государственного сертификата физиотерапевта.
2. Наличие документа, подтверждающего, что кандидат проходил практику, т.е. не менее 6 мес работал в качестве ассистента в центре, применяющем лечебную верховую езд.
3. Участие в подготовительном курсе (продолжительностью не меньше недели), который предшествует экзамену.

Вопрос о приеме кандидата решается старшим инструктором и членом Комиссии по лечебной верховой езде, входящей в состав Немецкой федерации верховой езды (FN).

Экзаменационная комиссия

Экзамен проводит специальная комиссия, назначенная Департаментом спорта. В ее состав входят:

- а) экзаменатор, назначенный Департаментом спорта;
- б) специалист по лечебной верховой езде, назначенный Центральной ассоциацией физиотерапии;
- в) врач, занимающийся лечебной верховой ездой.

Прошедший экзамен кандидат получает сертификат Немецкой федерации верховой езды (FN).

Подготовительный курс

Подготовительный курс и сдача экзамена могут проводиться:

- а) в официально признанных школах верховой езды и управления экипажами;
- б) в других центрах обучения верховой езде и управлению экипажами при условии, что эти центры соответствуют необходимым требованиям и признаны Департаментом спорта.

Содержание экзамена

1. Верховая езда

Практические навыки:

Демонстрация практических навыков верховой езды, соответствующих требованиям FN («правила оценки практических навыков» LPO).

Теоретические знания:

Демонстрация знаний, необходимых для оценки пригодности лошади к терапевтической работе (в соответствии с требованиями, предъявляемыми к кандидатам).

2. Работа на корде и вольтижировка

Практические навыки:

Демонстрация практических навыков работы на корде в лечебной верховой езде и при выполнении гимнастических упражнений на лошади.

Теоретические знания:

Знание необходимых правил и условий работы на корде.

3. Обращение с лошадью, уход за лошадью

Практические навыки:

Уход за лошадью, забота о ее благополучии, кормление, умение седлать лошадь, подгонять уздечку, бинтовать ноги, умение вести лошадь.

Теоретические знания:

Основные знания о лошади, включая экстерьер и поведение.

5.4.3. ИНСТРУКТОР ПО ВЕРХОВОЙ ЕЗДЕ В СОСТАВЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОМАНДЫ

Инструктор по верховой езде, входящий в терапевтическую команду, отвечает за терапевтическую лошадь: за все вопросы, касающиеся обращения с ней и амуниции. Прежде всего он занимается отбором и подготовкой терапевтических лошадей, а также заботится об их благополучии. С терапевтическими лошадьми следует постоянно заниматься выездкой, проводить разминку и тренировки, обучать их правильно реагировать на команды. Всем этим занимается сам инструктор по верховой езде или кто-либо под его непосредственным наблюдением.

Было бы хорошо, если бы большее количество инструкторов по верховой езде или тренеров участвовали в работе терапевтических центров, особенно важна их роль в подготовке и обучении терапевтических лошадей.

К сожалению, многие обычные инструкторы по верховой езде плохо себе представляют, что такое лечебная верховая езда. Благодаря своей подготовке, инструкторы и тренеры ориентированы на достижение и успех, поэтому им неинтересно работать с инвалидами или больными людьми. Мы бы хотели, чтобы в процессе подготовки инструкторов по верховой езде этим аспектам уделялось большее

внимание, чтобы на своих учебных семинарах они могли лучше познакомиться с лечебной верховой ездой.

То же самое можно сказать и об учебных курсах для непрофессиональных инструкторов и тренеров; следует показать им, что подготовка терапевтической лошади или сотрудничество с терапевтической командой является интересной, хотя и трудной задачей. Мы стремимся к тому, чтобы в терапевтической команде участвовали только аккредитованные профессионалы – инструкторы по

верховой езде либо тренеры. В любом случае инструктор по верховой езде не должен выполнять эту работу самостоятельно, без участия врача и физиотерапевта.

Поэтому мы просим все организации, связанные с верховой ездой, ради благополучия пациентов и инвалидов оказывать поддержку профессионалам-медикам: мы просим направлять необходимых специалистов, давать возможность пользоваться подходящими лошадьми, а также мажеками и снаряжением для терапии.

6 ИППОТЕРАПИЯ ПРИ ДИСКИНЕТИЧЕСКИХ И ДИСТОНИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

**T. Роммель, Э. Петерсон, О. Роммель
(Th. Rommel, E. Peterson, O. Rommel)**

Иппотерапия используется в качестве дополнительной лечебно-гимнастической методики в рамках эмпирически развитых терапевтических концепций при пирамидных и экстрапирамидных моторных нарушениях. Хотя ссылка на экстрапирамидную природу следующих детально описанных двигательных нарушений является общепринятой, все же она не совсем верна в смысле патофизиологии, так как отклоняющиеся от нормы непроизвольные стереотипы движения в конечном итоге реализуются и через систему пирамидного пути.

При помощи иппотерапии врачам удастся по меньшей мере временно регулировать дистонические и неконтролируемые стереотипы движения и осанки, замедлять отклоняющиеся от нормы исполнительные реакции, тренировать координируемое взаимодействие мышц в смысле планирования движений, соответствующих условиям окружающей среды, а также развивать функциональное согласование с контролируемыми двигательными программами в контексте произвольной моторики относительно времени и пространства.

6.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Тому факту, что дистонические двигательные заболевания встречаются довольно часто, придается недостаточное значение. Дистониями страдают люди на всех континентах. Первое место занимают южные регионы Латвии, а также граничащие области Польши и Белоруссии, где проживают еврей-ашкенази (переселенцы из Израиля в регионы восточной Европы), среди которых это заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Оно довольно часто встречается в США и Израиле, относительно редко – среди чернокожего населения Африки. В США на 1 000 000 человек приходится 391 случай заболевания всеми формами дистонии. Результаты исследований, проведенных Марсденом в Великобритании, показали, что дистонией страдают примерно 2000 человек, причем у 50% из них имеется спастическое искривление шеи или генерализованная дистония. Согласно статистическим данным, дистония в Англии встречается гораздо чаще, чем, например, боковой амиотрофический склероз или миастения.

6.2. КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Первое описание дистонии было сделано Дестаракком (Destarac) в 1901 г. В 1908 г. Швальбе в рамках своей диссертации описал это заболевание на примере 3 из 7 пораженных этим недугом членов одной еврейской семьи. До этого двум из этих пациентов известный врач Бехтерев поставил диагноз истерии. Научный руководитель Швальбе, Теодор Циен (Theodor Zeichen), профессор психологии в Йене, Утрехте и Галле представлял это заболевание как тонический торсионный невроз.

В 1911 г. Оппенгейм высказал свое мнение в пользу органической природы этого недуга и назвал его дистонической деформацией мышц – *Dystonia musculorum deformans*. Вплоть до 70-х годов XX столетия между учеными разных стран проходила оживленная дискуссия о природе возникновения этого заболевания, а именно: является ли оно органическим или психогенным.

6.3. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

Дискинетическо-дистонические двигательные нарушения возникают в результате неадекватной мышечной активности, не обусловленной произвольной моторикой, которая отвечает за упорядоченность и целенаправленность движений человека. Центр двигательного нарушения находится в центральной нервной системе и в его основе лежит функциональное нарушение базальных ганглиев. Они ответственны за согласование работы 792 мышц тела человека, причем здесь координируется работа функционально взаимосвязанных групп мышц в рамках двигательного плана, направленного на цель движения, в отношении их пространственной и временной активизации. Таким образом, базальные ганглии являются важной интеграционной системой, обеспечивающей рациональное, подходящее для окружающей среды планирование движений и остановок в пространстве. В результате экспериментальных исследований удалось определить местонахождение основных повреждений определенных базальных ганглиев для некоторых двигательных нарушений. Например, дефицит глутаминергических нейронов в субталамическом ядре приводит к феномену расторможенности и возникновению гиперкинезов. Немного сложнее эти дефициты локализируются при дистонических двигательных нарушениях, причем здесь предполагается пов-

реждение в области выхода бледного шара. В общей сложности пораженным оказывается корково-паллидо-стриато-таламический регулирующий контур, в котором информация обрабатывается и направляется к специальным участкам коры головного мозга. Все это обеспечивает тесную связь с префронтальной корой и лимбической системой. Это обстоятельство объясняет и проявление двигательных нарушений, находящееся под влиянием эмоций.

6.4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСКИНЕТИЧЕСКИ-ДИСТОНИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

В соответствии с преобладающей картиной болезни одно из довольно простых делений дискинезий на хорею, дистонию, тик и мышечный клонус, которое было предложено Л.Д. Марсденом [Marsden C.D. *Human Neurobiology* 1984; 2: 245-250], вполне оправдало себя. Кроме того, различают первичные идиопатические, или эссенциальные, заболевания и вторичные заболевания, которые возникают симптоматически. Дальнейшее дифференцирование зависит от преобладающего патологического стереотипа движения, который может быть генерализованным, очаговым, сегментарным или многоочаговым.

Большая часть первичных дистоний, проявляющихся в детском и подростковом периодах, передается по наследству. Небольшая часть их наследуется по аутосомно-рецессивному типу. У большей части пациентов с торсионной дистонией очевидно доминирование аутосомной наследственности.

Наблюдения Купера (Cooper) за ходом болезни показали, что после девятилетней ее продолжительности у 85% пациентов была нарушена походка, у 40% – речь и 8% страдали дисфагией (нарушение глотания).

Структурные поражения в базальных ганглиях наблюдаются при вторичных дистониях, например при сосудистых заболеваниях. После тромбозов или эмболии в лентико-стриальных сосудах подтверждаются очаговые поражения в скорлупе с последовательной контралатеральной (т.е. расположенной на противоположной стороне) гемидистонией. Структурные поражения в области базальных ганглиев проявляются и после перинатального гипоксического повреждения головного мозга, а также при состоянии демиелинизации после обтурационной желтухи.

Вторичные дистонии также наблюдаются при демиелинизирующих заболеваниях, например кривошеи у больного с рассеянным склерозом с очагом демиелинизации в мезэнцефалоне. Вторичные дистонии наблюдаются в рамках инфекционных воспалительных заболеваний, а также опухолях в центральной нервной системе. С клинической точки зрения при дистонии появляется синдром длительных и затажных мышечных сокращений, которые влияют на ротацию, репетитивные движения и отклоняющиеся от нормы положения туловища. По большей части движения односторонние, несимметричные, характерным признаком является то, что болезнь не затрагивает пальцы рук и стоп.

Этим дистония отличается от атетоза, который характеризуются медленными и судорожными движениями, появляющимися дистально, особенно в области пальцев, а также от хореи, отличительными признаками которой являются неожиданные, произвольные, бесцельные, гротескные, подергивающиеся движения,

особенно мышц лица и рук. Дистонические синдромы демонстрируют большую амплитуду и развитие гиперкинезов, при которых могут проявляться хореатические, атетоидные, а также баллистические элементы. Симптомы осложняются попытками пациента двигаться нормально и психическими нагрузками. Несмотря на это, движения часто могут быть целенаправленными и успешно осуществленными, что, как было упомянуто ранее, часто приводит к диагнозу психогенной болезни.

К очаговым формам дистонии относят блефароспазм, мандибулярную (нижнечелюстную) дистонию, спазматическое искривление шеи (кривошею), а также графоспазм (писчий спазм). При генерализованных формах дистонии в начале заболевания проявляются такие же симптомы, как и у очаговой дистонии; часто они заметны только в движении, позднее они проявляются и в состоянии покоя, а на следующей стадии распространяются на все тело человека. В последнем случае сохраняется тенденция к сильному прогрессированию заболевания в течение первых 5 лет после начала лечения. На следующей стадии заболевания оно несколько снижается. Во сне исчезают дистонические движения и позы.

Согласно результатам проведенных Л.В. Марсденом и его сотрудниками исследований [Marsden C.D., Quinn N.P. Br Med J 1990; 300: 139-144], у детей младше 13 лет это заболевание часто начинается с ног, а именно с медленной ротацией стопы внутрь; затем у 60% оно прогрессирует и распространяется на верхнюю часть корпуса и вверх. Сначала это приводит к изменению положения таза, затем к спазмам паравертебральных мышц со сколиозом и кифосколиозом. Когда в конечном итоге плечи и руки или мышцы затылка охватываются кривошеей, речь идет о генерализованной дистонии. У подро-

стков в возрасте от 10 до 20 лет это заболевание редко начинается с ног. Генерализация наблюдается только у 35%. У взрослых на конечной стадии очаговое начало заболевания в ногах и его генерализация встречаются очень редко.

6.5. КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТОНИЧЕСКИХ И ДИСКИНЕТИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Лечение дистонических двигательных нарушений в основном зависит от симптомов заболевания. Спектр средств и методов лечения довольно обширен: от назначения психофармацевтических, антиспастических, местноанестезирующих, седативных, наркотических и противосудорожных препаратов до средств для лечения болезни Паркинсона (L-Dopa). В зависимости от тяжести и степени выраженности заболевания, по крайней мере, для лечения очаговых дистоний врачи применяют терапию ботулотоксином, благодаря которой возможно исключить участвующие в дистонии группы мышц, что позволяет использовать следующие потенциально успешные способы лечения. Если все консервативные методы лечения не достигают цели, последнее, что остается предпринять – это оперативная, избирательная, периферическая денервация по Берtrandу (Bertrand); при подобном вмешательстве экстраспинально и избирательно денервируются также и мышцы, участвующие в дистонии.

Что касается консервативной терапии, то здесь доминирует применение физиотерапии в комплексе с особыми нейрофизиологическими методами лечения. Часто применяе-

мые в прошлом в рамках консервативной терапии ортопедические способы лечения с массажем, вплоть до назначения ортопедических «галстук» на шею, подголовников и корсажей, являются устаревшими и во многих случаях могут только ухудшить течение болезни. Обширный опыт в области консервативных методов лечения очаговой дистонии, а именно кривошеи, был получен благодаря многолетним клиническим исследованиям, проведенным Э. Петерсоном [Peterson E. Krankengymnastik 1991; 43: 1252-1256]. Именно для лечения этого заболевания регулярные занятия иппотерапией были впервые включены в концепцию лечения в качестве дополнительной меры к лечебно-гимнастическим упражнениям.

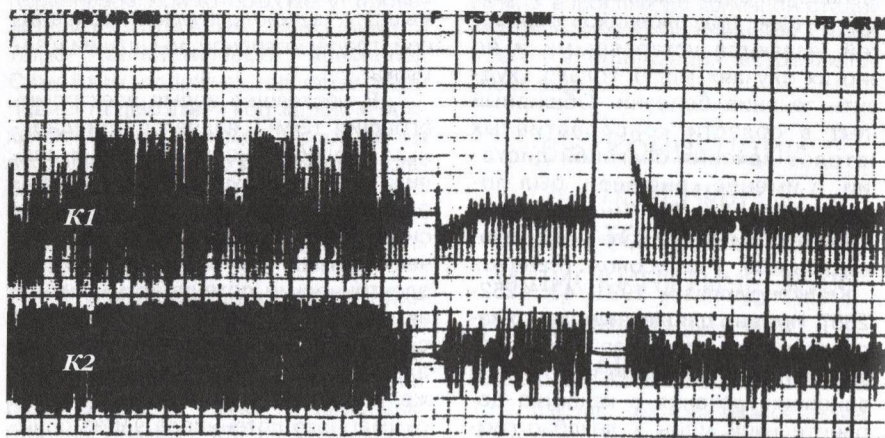
6.6. МЕТОДИКА

В период между 1974 г. и концом 1991 г. в клинике Роммеля проходили стационарное лечение 267 пациентов, страдающих спастическим искривлением шеи. Из этого числа 126 пациентов (40 неоперированных, 86 прооперированных) без исключения были обследованы повторно, спустя 2 года, в течение которых, меняя амбулаторный режим на стационарный и наоборот, они проходили дальнейшее перманентное специальное лечебно-гимнастическое лечение. При клиническом исследовании наши пациенты были обследованы в положениях сидя, стоя, лежа и при ходьбе. При этом с помощью гониометра мы определили произвольные повороты головы вправо и влево и ротацию головы (наклоны в стороны к плечам) путем измерения угла между щекой и плечом. Кроме того, обнаружили отклонения в отношении реклинации (выпрямления) или антероколлиса (anterocollis). Наряду с измерениями угла горизонтального поворота и наклона головы вбок регистрировались и контролиро-

вались исходное положение плеч, торсионно-дистонические компоненты и степень гипертрофии синергетическо-гиперкинетических действующих мышц (грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидной, мышц шеи и затылка).

В настоящее время электромиография (ЭМГ) является стандартным способом исследования и анализа моторных функций также в период реабилитации. В результате почти синхронной иннервации синергетических мышечных волокон возникает электрический потенциал мышечной активности, который регистрируется соответствующими поверхностными электродами, закрепленными на коже, после надлежащего усиления как суммарного потенциала через осциллограммы электронных лучей и посредством аналогового записывающего устройства. Так как потенциалы активности отдельных пучков мышечных волокон, особенно при гиперкинетической иннервации, временно совпадают и при этом образуют очень плотную картину интерференции (суммарный потенциал), наблюдение за активными потенциалами едва ли возможно. Из-за синхронного отведения синергетических, агонистических и антагонистических мышц можно проанализировать вид и интенсивность иннервации при отдельных моторных действиях, например при ходьбе, в положениях стоя и лежа и в течение лечебно-гимнастических упражнений. Такой анализ моторики, с одной стороны, дает возможность изучить иннервацию при определенных положениях тела и движениях (кинезиология), с другой стороны, позволяет также объективировать и патологические реакции в процессе физиотерапии. При сравнении телеметрически полученных ЭМГ-протоколов (рис. 6.1) в различных фазах движения (лежа, сидя и в процессе ходьбы) у пациентки с горизонтальной кривошеей влево показан-

Рис. 6.1. Телеметрическое отведение электромиограммы (образец интерференции). Грудино-ключично-сосцевидная мышца справа (K1) и слева (K2) у пациентки, страдающей кривошеей с поворотом вправо.



Лечебная верховая езда
(иппотератия)

Обычное
состояние

Упражнение с упором
лежа на спине

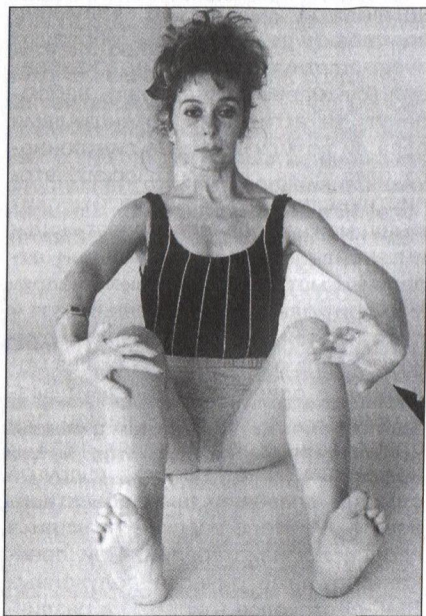


Рис. 6.2. Спастическое искривление мышц шеи с поворотом влево.

на разная общая активность мышцы и подчеркивается значимость и необходимость пригодного способа для качественной оценки зарегистрированных ЭМГ-сигналов (рис. 6.2). Для оценки миограммы был изготовлен прибор, который регистрирует и статистически оценивает исходящие и усиленные потенциалы активности двух мышц. Был разработан способ, с помощью которого возможна качественная оценка регистрируемых сигналов при помощи усилителя ЭМГ. Компьютер по порядку просчитывает отклонения поступающих сигналов от стандарта и изображает их графически через термоприбор.

Обратите внимание на компенсирующую гипертрофию трапециевидной мышцы слева. При проведении упражнений с упором пациентка демонстрирует хороший контроль за положением головы, с легкой трансляцией вправо, напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы с обеих сторон.

6.7. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Как правило, в первую очередь врачи применяют все консервативные методы лечения, во главе которых стоят физиотерапия, психотерапия, бальнеология и медикаментозное лечение. Согласно имеющемуся опыту, консервативные методы оказывают воздействие на состояние примерно половины пациентов, страдающих спастической кривошеей, причем следует назвать формирование обратной биологической связи и специальную лечебно-гимнастическую двигательную терапию на нейрофизиологической основе. В то время как из 23% пациентов Жане (Jayne) спонтанная ремиссия наблюдалась у 26 человек, частота ремиссий у 116 пациентов Фридмана (Friedman) и Фана (Fahn) составила лишь 12%. Спонтанные ремиссии спастической кривошеей мы регистрировали у 15% из 87 наших неоперированных пациентов.

6.8. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ ЛЕЧЕБНО-ГИМНАСТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Известные на сегодняшний день лечебно-гимнастические методы терапии на нейрофизиологической основе базируются на точном принципе, а именно: невредимые и находящиеся в спокойном состоянии синапсы могут компенсировать или брать на себя функцию выпавших аксонов и регулирующего контура при помощи приемлемого тренинга восприятия (перцепции). Наша концепция лечения кривошеи основана на методах лечения по Брункову [Brunkow R. Krankengymnastik 1977; 29 (3): 109-112], модифицированных техникой

лечения Б. Бобата [Bobath V. Die Gemiplegie. Stuttgart: Tieme Verlag 1980] в клинике Роммеля. При этом мы исходим из того, что при спастической кривошеей нам приходится иметь дело с аномальными рефлексивными механизмами и повышенным тонусом гиперкинетически иннервированных мышц. Это изменение тонуса в соответствии со спастичностью является синдромом расторможенности, чей патофизиологический субстрат находится на другом «этаже» центральной нервной системы. Тем самым специалист по лечебной гимнастике влияет на орган чувств при помощи таких специфических раздражений, как растягивание, массаж, вибрации, массаж щеткой, которые возбуждают орган чувств. Все эти способы в одинаковой мере пригодны для стимулирования гиперкинетически иннервированных или расторможенных мышц при спастической кривошеей. Концепция Б. Бобата базируется на том, что моторный вывод должен находиться под воздействием периферии и контролироваться ею сенситивно-сенсорным способом. Перенос все перечисленное на спастическую кривошею, нужно добиться нормальной координации головы, туловища и конечностей, что поможет затормозить патологические стереотипы движений и положений головы. Кривошея кажется в меньшей степени сенсорной и проприоцептивной проблемой, чем проблемой повреждения центральной интеграции и контроля (торможения) при нормальной сенсорном «вводе». Цель лечения заключается в том, чтобы передать пациенту такую технику, которая поможет ему самостоятельно тормозить гиперкинетический стереотип движения. Только при нормализации мышечного тонуса будут возможны активный контроль за положением головы и ее свободная подвижность.

Отправной точкой техники лечения, автором которой является Р.

6.9. ИППОТЕРАПИЯ И ЕЕ ПРОВЕДЕНИЕ

В рамках консервативной терапии дистонических двигательных нарушений иппотерапия идеальным образом дополняет и расширяет лечебно-гимнастические концепции лечения по Брункову и Бобату, описанные в предыдущих разделах. Показание к применению иппотерапии дается прежде всего при очаговых дистониях, например при спастической кривошеи, а также при генерализированных дистониях, если только речь не идет о баллистическом или хореатическом сопутствующем компоненте, который может ухудшить состояние пациента на лошади. При некоторых обстоятельствах большая продолжительность болезни пациентов с дистонией и дискинезией приводит также к значительным вторичным дегенеративным изменениям в двига-



Рис. 6.3. Занятие иппотерапией со знакомой вам пациенткой. В процессе работы на вожжах в общем и целом хороший контроль, еще можно заметить «позицию фехтовальщика» с небольшим подъемом и поворотом вперед левого плеча.

Брунков, является нормальное развитие грудного ребенка. При психологическом развитии он узнает, что при помощи движений головы можно постепенно научиться контролировать свое туловище. Цель лечебно-гимнастической терапии при спастической кривошее заключается в том, чтобы «ловить» и тормозить гиперкинезы, действующие при центральной растормаживании. Центральная нервная система находится под постоянным влиянием афферентных импульсов от специфических рецепторов кожи, мышц и суставов, а также под влиянием кортикальной информации и аффективных импульсов, которые нужно интегрировать и координировать полисегментарно, чтобы осуществить эфферентную картину положений и движений. Согласно Р. Брункову, важным принципом лечебной гимнастики является координирование конечностей как проприоцептивный импульс работы разгибающих мышц (экстензоров) для выпрямления, осанки и последующих движений.

У Р. Брункова диссоциация означает расслабление. Стереотип движения и осанки можно расслабить при помощи вращения в суставах. При таких диссоциативных упражнениях происходит ротация в проксимальных суставах. Сгибание и распрямление модифицируются в средних суставах. Дистальные суставы конечностей фиксируются в рамках упора посредством максимальной изометрической статической работы коротких мышц-экстензоров в определенном положении. Целью такого лечения является расслабление патологического образца осанки при определенных церебральных двигательных нарушениях. Проведение торможения по Брункову превосходно подходит также и как способ для подавления собственными силами патологически дистонического стереотипа движения (см. рис. 6.2).

тельном аппарате, вследствие чего в некоторых случаях могут возникнуть относительные противопоказания к применению иппотерапии.

Показание к иппотерапии может дать только врач, причем необходимо провести неврологическое, а в данном случае и ортопедическое предварительное обследование на профессиональном уровне.

Как описано во введении, при помощи иппотерапии удается затормозить отклоняющиеся от нормы стереотипы движения и осанки, а также тренировать координацию мышц в отношении планирования движений, обусловленного ситуацией. Целью является детонизирование спастических и гиперкинетических мышечных групп и исправление обусловленных этим вынужденных ошибочных положений, а также улучшение повседневных функций. Колеблющиеся импульсы, исходящие от спины лошади на аллюре «шаг», переносятся в трехмерной плоскости через таз пациента на все его тело и влияют (что документально подтверждено при помощи телеметрических и электромиографических исследований) на регулирование тонуса в области гиперкинетически иннервированных мышечных групп, а также на расслабление аномальных стереотипов движения.

Эффективность иппотерапии можно гарантировать только в случае строгого соблюдения мер по обеспечению качества ее проведения так, как они разработаны DKThR. Лечение должно проводиться особенно, только при наличии специального снаряжения и по предписанию опытного в нейрофизиологических концепциях специалиста по лечебной гимнастике с дополнительной квалификацией по иппотерапии. Кроме того, в распоряжении занимающегося должна быть лошадь, специально обученная для занятий иппотерапией, которая приучена ходить на вожжах. Информацию о том, как правильно выб-

рвать лошадь для терапии и как проводить занятие, можно найти в многочисленных книгах в разделе соответствующей специальной литературы. Уже одно перемещение пациента на лошадь предопределяет успех или неудачу лечения. Именно в работе с пациентами, страдающими неврологическими заболеваниями, нужно категорически избегать возникновения стрессовых ситуаций в любой фазе проведения иппотерапии. Эмоциональные напряжения могут привести к усилению неврологической симптоматики. Работа на длинных вожжах дает возможность развить и выработать согласованную и дозированную программу лечения; это особенно касается пациентов с дистоническими и дискинетическими двигательными нарушениями. Во время фазы привыкания, в которой лошадь сначала двигается по стенке вдоль бортика манежа, на пациента прежде всего воздействуют равномерные импульсы-колебания спины лошади, двигающейся в шаговом ритме.

Физиотерапевт контролирует положение и осанку пациента в седле, идя не только рядом с лошадью, но позади нее. При дополнительных перемещениях направления, езде по изогнутым линиям или боковых движениях пациенту предлагаются дополнительные проприоцептивные стимулы, предъявляющие особые требования к реакциям осанки и положениям корпуса, способствующих тренировке координированного взаимодействия мышц и улучшению нахождения равновесия (рис. 6.3).

Например, исходя из полученного нами опыта, выполнение боковых движений в сторону, противоположную вращательному направлению фокального или генерализированного дистонического двигательного нарушения, во многих случаях приводит к плавному торможению патологического двигательного стереотипа и к значительному улучшению контроля

за положением головы и туловища. Эффект лечения может сохраниться только в том случае, если перемещение пациента после лечения (имеется в виду с лошади на землю), например через рампу, происходит без стресса. Для документирования результатов

лечения, как весьма впечатляюще демонстрирует Э. Петерсон, рекомендуется наряду с клиническим исследованием проводить также телеметрические и электромиографические исследования; в последнее время к этому добавляются и видеоматериалы.

7 ИППОТЕРАПИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

А. Вебер (A. Weber)

В начале этой статьи будут представлены характеристика иппотерапии, которая является составной частью терапевтической верховой езды, а также картина рассеянного склероза (РС). Несмотря на различные научные основания для объективизации иппотерапии при неврологических заболеваниях, во многих областях, в частности для лиц или организаций, оплачивающих лечение, она считается неприемлемой. Сравнительное исследование пациентов с РС и группы здоровых испытуемых с помощью электромиографии (ЭМГ) и измерения ускорения центра тяжести представляет попытку проверить воздействие иппотерапии на ограниченную способность пациентов ходить. С учетом общей картины ходьбы и симптомов аддукторной спастичности и атаксии количественное и качественное подведение итогов свидетельствовало о наличии психологического и терапевтического эффектов у 6 из 9 больных РС.

7.1. ВВЕДЕНИЕ

В качестве лечебного метода при различных картинах болезни иппотерапию (часто ее ошибочно называют терапией верховой езды) начали применять несколько лет назад. И если успех лечения в других областях, нап-

ример в ортопедии, очевиден, то эта методика еще борется за свое признание, прежде всего в случае такого заболевания, как рассеянный склероз. Это не в последнюю очередь зависит от того, что причина возникновения соответствующих патологических процессов еще в недостаточной

степени изучена. Объективизация иппотерапии является условием для получения научного признания, и прежде всего оно необходимо для защиты лиц или организаций, оплачивающих лечение. «Таким образом, здесь также возникает необходимость в проведении научных исследований, к тому же, к сожалению, следует считаться с несомненно частичным развитием. Только научные факты и данные могут обеспечить лечебной методике необходимое признание, а не многолетний опыт и знание о ее успешном применении лишь тех, кто ее проводит». Предлагаемая здесь работа представляет собой попытку наглядно показать развитие и концепцию иппотерапии, и на основе проблематики конкретной картины болезни развить методику, результаты применения которой могут способствовать признанию иппотерапии как метода лечения. Исследования проводились в рамках научно-исследовательского проекта университета Виттен-Хердеке, руководителем которой является проф. д-р Е. Дэвид (Rr. E. David), под техническим руководством д-ра М. Пфотенхауера (Dr. M. Pfothenauer). Применение иппотерапии на практике проходило при содействии иппотерапевтов Доротеи Коптон (Dorothea Kopton) и Силки Малиц (Silke Malitz), а также лошадей, принадлежащих Союзу терапевтической и спортивной верховой езды при общественной больнице Виттен-Хердеке.

7.2. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

7.2.1. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

7.2.1.1. Медицина и верховая езда: исторический обзор

Знание о целебном действии езды на лошади было распространено

еще в дохристианское время, хотя в качестве терапевтической меры верховая езда в Европе развилась лишь в 50-60-е годы; одновременно с этим были сделаны научные выводы о лошади как о «терапевтическом инструменте». Так, имеются свидетельства того, что Гиппократ (460-370 гг. до н.э.) оценивал верховую езду как физическое упражнение, формирующее тело человека. Известно, что того же мнения придерживался и Гален (130-190 гг.), который определял верховую езду как область гимнастики. В своей дефиниции он даже продвинулся дальше, рассматривая верховую езду как вид целебного искусства. В начале XVI века Иеронимус Корданус (Hieronimus Cordanus) рекомендовал занятие верховой ездой в качестве одного из самых разносторонних двигательных упражнений, стимулирующих все тело человека, а Меркуриалис (Mercurialis) в 1566 г. в своем трактате об искусстве гимнастики писал, что верховая езда в особенности обладает всеми данными для восстановления общего состояния здоровья. В XVIII веке Фюллер (Fuller), Жан (Jahn) и Тиссот (Tissot) положили начало дозированной верховой езде, которая, хотя и оказывает влияние на тело человека, но при этом не лишает его сил и не подвергает утомлению. Процесс развития целенаправленного применения верховой езды как лечебного средства начался в 1955 г. в Скандинавии с привлечения к езде неполноценных людей, в 1957 г. – в Англии и Канаде, и, наконец, в 60-е годы нашел свое отображение в Германии. Первая обширная работа о терапевтической верховой езде, опубликованная Душкисом (Duschky) в 1961 г., положила начало научным дискуссиям. В 1970 г. был основан DKThR, который из-за неясности понятия в 1978 г. упорядочил терминологию, согласно которой терапевтическая верховая езда рассматривается как основополагающее понятие для трех

Предисловие издателя

Перед вами сборник статей и выдержек из книг, которые были опубликованы в Германии с 1978 по 2000 г. В переводе сохранены упоминания о различных правилах и организациях, которые не имеют прямого отношения к нашей стране, в надежде на то, что читателю они, тем не менее, могут быть полезными для понимания.

Мы приводим здесь западногерманскую статистику, предполагая, что эти показатели в экономически развитых странах примерно одинаковы. Следует помнить, что часть из вошедших в сборник статей написаны 30 лет назад в Западной Германии, но наш взгляд полезен и практически применимы в России и сегодня.

Специальная терминология всегда составляет проблему для перевода; в наибольшей степени это касается новых областей знаний, где общепринятая терминология еще отсутствует. Данная проблема в полной мере относится к лечебной верховой езде. Пытаясь передать точное значение слова, переводчик старался держаться как можно ближе к выражениям немецкого оригинала.

Сборник, предлагаемый вниманию читателя, скорее демонстрирует сегодняшний научный уровень, но ни в коем случае не претендует на полноту суждений. В данном издании собраны статьи, которые отражают междисциплинарную широту взглядов на использование лошадей в реабилитации лиц с особыми потребностями. Разные точки зрения поставлены рядом, чтобы облегчить поиск общностей и дифференцируемых различий.

Предисловие

Разве конник может ответить отказом, когда его просят о содействии такому делу как лечебная верховая езда? Когда-то, много лет назад доктор А. Крюгер спросил меня, нельзя ли ему в утренние часы использовать манеж Ассоциации верховой езды в Мюнстере, где он хотел бы заниматься вольтижировкой с трудными детьми. Я без колебаний ответил согласием. Вскоре я об этом забыл, поскольку утром никогда не бывал в нашем манеже. Позже о работе доктора А. Крюгера с детьми я услышал от моей жены, которая с энтузиазмом относилась к их занятиям, и захотел узнать об этом побольше. Когда позволяли обстоятельства, я отпрашивался на обеденный перерыв как можно раньше, чтобы хотя бы в течение нескольких минут посмотреть, как он работает.

Стороннему наблюдателю занятия могли показаться очень простыми: учитель излучает спокойствие, от него не услышишь резкого слова; дети проникнуты глубоким уважением к лошади. Все выглядит, как самое обычное занятие вольтижировкой. «Вам стоило бы посмотреть на этих детей в школе, тогда бы вы поняли, в чем тут дело», – сказал мне доктор А. Крюгер. Я не мог с ним спорить, так как в этом не разбираюсь, но все же решил посетить хотя бы часть семинара, который проводил Немецкий кураториум по терапевтической верховой езде (Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten – DKThR) в Мюнстере в апреле 1977 года. То, что я там увидел, меня убедило.

В настоящем сборнике подробно рассказывается о теории и практическом применении лечебной верховой езды. Я призываю всех, для кого важны лошади, поддерживать подобную работу. Партнер конников, лошадь, выполняет тут особую и важную задачу. Я надеюсь, что лошадь и этому новому делу будет служить с той же ревностью, с какой она служила людям в течение столетий.

**Мюнстер, 1978 г.
Райнер Климке**

областей – конный спорт для неполноценных людей, лечебно-педагогическая верховая езда и вольтижировка и иппотерапия. Целями и задачами DKThR являются совместная работа в национальном и международном масштабах, обучение специалистов, распространение информации, проведение совещаний и консультаций, а также содействие созданию научных работ в этой области. Кроме того, совет выполняет консультативную функцию (или имеет право совещательно-го голоса) при урегулировании затрат с подсудными инстанциями. Урегулированием затрат ведаёт ZVK (предположительно это Центральный Союзный Комитет).

7.2.1.2. Три области применения терапевтической верховой езды

Конный спорт для неполноценных людей – это не какая-то особая форма, а лишь некая модификация спортивной верховой езды. Он доступен как для физически, так и для психически неполноценных людей. При использовании соответствующих вспомогательных средств в него могут быть вовлечены люди с тяжелыми видами неполноценности (например, с идиотией). Верховая езда для неполноценных людей предоставляет человеку возможность не только самому компенсировать свою неполноценность или противодействовать разрушительным последствиям. Она благоприятно влияет на психику занимающихся именно потому, что эта форма занятия спортом дает им шанс быть активными вместе со здоровыми людьми.

На переднем плане лечебно-педагогической верховой езды и вольтижировки находится индивидуальное стимулирование неполноценных или имеющих какие-либо нарушения взрослых и детей благодаря «выбору реабилитационных и социоинтегративных предложений при помощи ло-

шади». Верховая езда и вольтижировка, которая проводится не в виде спортивного обучения, должна позитивно влиять на развитие, состояние здоровья и поведение занимающихся. Это особенно касается пациентов, подверженных аномалиям в поведении, имеющих трудности с обучением, душевнобольных и психически неполноценных. С одной стороны, ее цели направлены на стимуляцию в индивидуальной области (например, подавление чувства страха, тревоги и создание чувства собственной значимости), а с другой – на стимуляцию в социальной области (например, уменьшение агрессии, способствовать формированию поведения для сотрудничества).

Единственно общим для иппотерапии, спортивной верховой езды и езды для неполноценных людей является лошадь, которая выступает в качестве посредника. Иппотерапия представляет собой метод лечения при помощи гимнастических упражнений, в которых роль партнера играет лошадь. Выполнение этих упражнений происходит исключительно на аллюре «шаг». Иппотерапия является лечением для всего тела человека и содержит элементы лечения по Боббату. В основном ее следует рассматривать как дополнение к традиционным лечебно-гимнастическим методам лечения.

7.2.2. ИППОТЕРАПИЯ В РАМКЕ ПСИХО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕР

Иппотерапия означает проведение лечебной гимнастики с лошадью и сидя на ней верхом. В основе каждой психотерапевтической меры воздействия лежит знание того, что между имеющимися церебральными двигательными стереотипами и периферическими органами-эффекторами существует круг функций. На эту структуру можно повлиять при помощи лечебной гимнастики, т.е. при по-

мощи целенаправленного движения. Если из-за центрального выпадения функций пропадают определенные стереотипы движений, то вследствие раздражений в центре создаются и остаются заменяющие их стереотипы движения. Эту схему реагирования на раздражения называют проприоцептивной нейромышечной релаксацией (ПМР). В иппотерапии «подобного рода стимуляция вызывается лошадью».

Различные традиционные методики лечения базируются на выше названном круге функций, они признаны комплексным лечением на нейрофизиологической основе. Так, методики по Боббату (Bobath), Кабату (Kabat), Брункову (Brunkow) и Фельденкрайсу (Feldenkrais), нельзя рассматривать в отдельности. Принцип действия всех этих методик основывается на накопленном опыте того, что, с одной стороны, вследствие нормализации тонуса мышц улучшаются или даже нормализуются нарушения осанки. С другой стороны, кажется возможным при помощи раздражения стимулировать движения, вызывающие обратные реакции, которые, в свою очередь, снова служат импульсами для новых возможностей движения. Иппотерапия по Штраусу способствует стимуляции движения [Strauss I. Hippotherapie: Neurophysiologische Krankengymnastik auf dem Pferd. Stuttgart 1991]. Благодаря обучению чувству собственного тела и его осознанию (познанию), пациенты активно вовлекаются в процесс лечения. «Хотя иппотерапию определяют как пассивный метод лечения, она приводит к появлению активных реакций у пациента». При иппотерапии осуществляется активно-пассивное участие всего тела пациента в происходящем движении так, что «в своем роде ее нельзя заменить какой-либо другой физиотерапевтической методикой». На шаговом аллюре лошадь переносит ритмичные трехмерные колебательные импульсы, кото-

рые вызывают ответные движения пациента в форме диагонально-спиральных движений всего его корпуса. Анализ движений в процессе иппотерапии по Куприану показал, что, в частности, речь здесь идет об опрокидывающем движении таза вперед в чередовании с его выпрямлением, о начальном и конечном движениях всего корпуса и о легком вспомогательном движении вокруг продольной оси [Kuprian W. Therapeutisches Reiten bei Zerebralpareesen. In: Franz I.-W. u. a. Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt. Berlin, Heidelberg 1985; 835-839]. Д. Райд исследовал воздействующие на всадника значимые ускорения и колебания по трем осям посредством трех пьезоэлектрических приемников ускорения [Reide D. Krankengymnastik 1983; 3: 165-174]. В результате своих исследований он смог документально подтвердить трехмерное движение спины лошади. Кроме того, он опроверг столь часто выражаемое опасение о неблагоприятном воздействии этих колебаний на позвоночник пациента. Возникающее в тазе движение очень сходно с тем, которое возникает при ходьбе здорового человека. Эта «родственность» движений особенно важна для пациентов с нарушением реакций сохранения равновесия. Эти реакции действуют способности корпуса удерживать грудной отдел позвоночника в стабильном положении, не блокируя при этом движение конечностей. У пациентов со спастичностью в случае гипертонуса мышц это приводит к блокированию тазобедренного сустава. Пациенты с атаксией часто активно фиксируют тазовый пояс, чтобы предотвратить изменения в положении равновесия. В обоих случаях это делает невозможными дифференцированные движения туловища. Вызываемые в процессе иппотерапии рефлекторные реакции установления и сохранения рав-

новесия ведут к улучшению контроля за положением головы и туловища с активизацией тазового пояса и выпрямляющих групп мышц. Пациент должен балансировать на лошади и при этом пассивно чувствовать, как лошадь пытается удержать его в его позиции. К. Клувер называет этот процесс обратной связью [Kluwer C. *Therapeutisches Reiten* 1988; 3: 4-12]. При этом особенно ясно наблюдается укрепление мускулатуры спины, которая часто атрофирована из-за дефицита движений. При результативном обучении чувству и осознанию собственного тела пациенты активно вовлекаются в процесс лечения. И. Штраус обобщает принципы действия иппотерапии следующим образом: «При иппотерапии все корректирующие движения без исключения происходят в динамичном ритме, что в противоположность механическому преимуществу ритма означает правильные ответные движения тела на физиологические ритмичные раскачивания. Благодаря тому, что пациент «двигаем» лошадью, достигается оптимальное регулирование тонуса. Перенос типичного для ходьбы стереотипа движения в поступательном продвижении вперед стимулирует недоступную в обычных условиях тренировку ходьбы». Необходимо также указать и на психическое и мотивационно-стимулирующее воздействие иппотерапии на «уставших лечиться» пациентов и детей, так как общение с живым партнером в упражнениях вызывает взаимодействие. М. Маккей-Лайонс применительно к терапии называет лошадь «накопителем жизненного опыта», который также не сможет заменить и занятия лечебной гимнастикой [Maskay-Lyons M. u.a. *Physiotherapie Canada* 1988; 2: 104-109]. И. Штраус характеризует лошадь как партнера по упражнениям, с которым пациент может создать настоящее «отношение по трем параметрам тело-душа-дух». Далее она гово-

рит о том, что стимулируемые лошадью-партнером психические и социальные способности являются существенной составной частью терапии. «Нельзя не упомянуть, что, используя помощь лошади, мы всегда должны работать в самом широком смысле – осознанно или неосознанно».

7.2.2.1. Общие условия и методика проведения иппотерапии

Команда терапевтов. Как и любое другое лечение при помощи лечебной гимнастики, занятие иппотерапией назначает врач, который определяет показания к лечению. Он должен контролировать ход занятий и наблюдать за его эффективностью. Причем его непосредственное участие совсем необязательно, а обязательным условием является тесная совместная работа и договоренность с иппотерапевтом. Специалист по лечебной гимнастике должен закончить дополнительное обучение согласно учебным программам DKThR для получения лицензии иппотерапевта. Наряду с этим обязательным является освоение основных методик лечения. Иппотерапевт должен иметь опыт в обращении с лошадью и соблюдать необходимые меры предосторожности. Кроме того, в его обязанность входит введение в курс дела и инструктаж помощников, без которых занятия иппотерапией просто невозможны. Он несет ответственность за проведение занятий по иппотерапии согласно директивам попечительского совета. Из соображений финансового ограждения необходима специальная страховая защита. Лошадь для занятий иппотерапией должна быть обучена согласно терапевтическим требованиям. Она должна быть терпеливой, не должна быть робкой и должна уметь варьировать свой ход в зависимости от возникающей потребности. Если в распоряжении нет обученной

лошадь для иппотерапии, то можно прибегнуть к использованию соответственно обученной лошади для вольтижировки. Для достижения оптимальной передачи импульсов пациенту необходимо обратить внимание на то, чтобы шаг лошади был как можно более длинным и мягко колеблющимся. Экипировка должна включать в себя подпругу с рукояткой для пациентов. Пациента необходимо поддерживать за бедро, что дает иппотерапевту возможность активно и быстро действовать, а также исправлять осанку. Далее, необходимо иметь в наличии трензель, повод, лейцу или корду. Вопрос об использовании седла или попоны принципиально единодушно критикуется: существует опасность, что седло слишком скользкое, а стремя невольно может вызвать спазм ноги. В противоположность этому, прямой контакт с корпусом лошади позитивно воздействует на глубокую и поверхностную чувствительность, чему способствуют непосредственная передача тепла и движения.

Конечно, И. Штраус видит определенные преимущества в использовании седла при целенаправленной работе с теми пациентами, чья «выносливость движения должна быть повышена», так как увеличение расстояния до центра тяжести лошади ведет к усилению колебательных импульсов. Применять стремя она рекомендует в случае атаксии, при наличии симптомов поперечного среза и сильной асимметрии ног, чтобы разгрузить тазобедренные суставы и достичь оптимального исходного положения. При помощи электромиографических исследований Р. Смит не смог доказать различную эффективность терапии без седла или с ним [Schmitt R. *Therapeutisches Reiten* 1986; 3: 4-10]. Исходя из этого он рекомендует гибко подходить к этому вопросу «учитывая объективное восприятие и исходную психологическую ситуацию пациента».

Терапия на практике. В основном процесс посадки на лошадь не требует никаких специальных средств. Облегчить эту задачу все же может вид рампы, при помощи которой можно облегчить пересаживание пациента с инвалидного кресла на лошадь. При сильной спастичности аддукторов пациента сначала можно положить на лошадь так, чтобы его спина находилась на крупе лошади, а ноги – слева и справа от ее шеи. При медленном выпрямлении холка действует наподобие клина и заставляет ноги прижиматься к бокам лошади. Исходящее от лошади тепло и ее движения обеспечивают необходимое для полного выпрямления ног расслабление. Согласно интернационально принятой концепции, лечение происходит на шаговом аллюре. Ведение лошади на лейце представляет собой лучшую методику. Движение лошади на корде по кругу имеет тот недостаток, что пациент вследствие сгибания лошади на внутреннюю сторону распределяет вес своего тела на одну сторону. Это может отрицательно повлиять на пациентов, страдающих нарушениями равновесия. Общая продолжительность терапии не должна превышать 20 мин. Необходимо принципиально принять во внимание способность пациента переносить нагрузку и знать пределы его утомления. В общем, пациенты с неврологическими заболеваниями утомляются быстрее, чем нормальные люди. Как сам пациент, так и иппотерапевт должны научиться определять эти границы, чтобы избежать переутомления, которое может не только снизить терапевтический эффект, но и оказать противоположное действие. При иппотерапии не показаны гимнастические упражнения на лошади, «так как обработка передаваемых лошадью импульсов в исправленной позиции уже представляет собой высокие требования и из-за других действий она может быть вообще сведена на нет». Тем не менее выполне-

ние различных фигур во время верховой езды, таких как, например, вольты или серпантин, способствует возникновению различных импульсов, что поможет выработать адекватное реагирование на ситуацию.

7.2.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Лечение иппотерапией показано в тех случаях, когда она рационально дополняет или усиливает другие лечебно-гимнастические методы лечения. Основными показаниями считаются ортопедические ошибки функций, изменения в двигательном аппарате неврологические расстройства движения. При нарушениях движения, обусловленных церебральными расстройствами, иппотерапию следует рассматривать как важнейшее дополнение к существующим до сих пор лечебно-гимнастическим методам лечения. По И. Штраус, классическим показанием к применению иппотерапии являются связанные с неврологическими расстройствами нарушения движения, которые образуются из-за изменения тонуса мышц.

Ниже приведены заболевания, при которых занятия иппотерапией показаны прежде всего:

- повреждения мозга в раннем детстве;
- черепно-мозговые травмы;
- неврологические заболевания, обусловленные нарушением развития;
- посттравматические и послевопалительные заболевания нервной системы;
- дегенеративные заболевания нервной системы;
- рассеянный склероз (РС).

«В случае РС иппотерапию рекомендуется применять, так как она дает возможность благотворно повлиять на неврологические симптомы, которые являются причиной неправильных функций процесса движения и коорди-

нации, а также заново тренировать их при помощи физически и психически обусловленного бездействия с минимальными силовыми затратами, подвижностью и ловкостью». Противопоказаниями к применению иппотерапии в первую очередь считают все остро протекающие процессы: сердечная недостаточность и недостаточность кровоснабжения, высокая гипертония, а также опасность эмболии. Кроме того, занятия иппотерапией не рекомендуются проводить в том случае, если лошадь или окружающая обстановка вызывают у пациента приступы аллергии, чувство непреодолимого страха а также ухудшение состояния сопутствующими болезнями или осложнениями. К специфическим противопоказаниям к занятиям иппотерапией по Хоеку относятся следующие [Ноеск Е. Therapeutisches Reiten 1981; 1: 12-18]:

- острый приступ;
- абсолютное отсутствие равновесия в положении сидя;
- нарушение мочеиспускания (например, неконтролируемое мочеотделение);
- терапевтические, хирургические, гинекологические сопутствующие заболевания и осложнения (с оговоркой);
- артроз бедренного сустава с ограничением подвижности;
- длительное применение кортикостероидов (опасность развития остеопороза).

7.3. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

7.3.1. ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

На сегодняшний день РС (encephalomyelitis disseminata, лат.), распространенность которого составляет от 30 до 80 случаев на 100 000 человек, причисляют к наиболее часто встреча-

ющимся в наших широтах неврологическим заболеваниям. Первые описания РС появились уже в середине XIX века. Чаще всего РС проявлялся в возрасте от 20 до 40 лет, реже – в возрасте до 15 лет. Исходя из исследуемого количества заболеваний, Позер установил средний возраст заболевания – 31,1 года. Заболевание чаще отмечалось у женщин, чем у мужчин в отношении 1,2-2 : 1. Ссылаясь на этиологию и дискутируя о других генетических факторах, исследователь показал, что риск развития РС у членов семьи больного гораздо выше, чем у остального населения. Эпидемиологические исследования РС, проведенные севернее и южнее экватора, выявили противоположные случаи с низким уровнем заболеваемости вблизи экватора. Изучения миграции показали, что иммигранты, которые ко времени переселения не достигли 15-летнего возраста, так же часто подвержены заболеванию РС, как и население области иммиграции. При иммиграции лиц в возрасте старше 15 лет частота развития заболевания была такой же, как и в стране их происхождения. Эти данные позволили предположить существование специфического вируса РС. Согласно теории медленной вирусной инфекции, РС так или иначе относится к области вирусных заболеваний. Наряду с этим во внимание принимается и предположение о дефекте обмена веществ, хотя в настоящее время чаще всего придерживаются мнения, что относительно РС речь идет об аутоиммунном заболевании. Однако в силу отсутствия окончательного научного доказательства РС рассматривается как тип реакций на многофакторную структуру, в котором отражены все вышеупомянутые теории. Значение отдельных факторов для пациента рассматривается исключительно по-разному.

7.3.2. ДИАГНОСТИКА И ФОРМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Тот факт, что причина возникновения РС до сегодняшнего времени еще недостаточно ясна, сильно осложняет диагностирование этого заболевания. Основной составной частью диагностики является анализ клинической симптоматики. Позитивным признаком считается так называемая триада Шарко, включающая нистагм, замедленную речь и интенционный тремор. Так как это все же не исключает картину другой болезни, необходимо провести дальнейшие исследования (например, компьютерная томография, магнитно-ядерная томография¹, исследование цереброспинальной жидкости). По Хаасу (Haas), у 92% всех пациентов с клинически определенным РС результаты магнитно-ядерной томографии и исследования цереброспинальной жидкости являются положительными. Важно, чтобы при этом были приняты во внимание тщательно собранный анамнез, и прежде всего ранняя симптоматика, которую клиницисты оставляли без внимания. К. Позер и соавт. в 1983 г. разработали модифицированный каталог диагностических критериев по так называемым критериям Шумахера; С. Позер и соавт. в зависимости от классификации диагноза распределяют пациентов с РС по трем степеням: клинически однозначно, вероятно и возможно [Poser S. Multiple Sclerosis. Darmstadt 1986]. Различные исследования показали, что почти всегда в центральной нервной системе находится больше очагов демиелизации, чем можно было бы ожидать по симптоматике. Точно так же существует доказательство того, что при РС речь идет о непрерывном процессе болезни, даже если с клини-

¹ В настоящее время это исследование называется магнитно-резонансной томографией. – Примеч. ред.

ческой точки зрения фаза определяется как стабильная. Эти знания объясняют различные формы протекания этой неврологической болезни. Различают доброкачественную форму обострения, прогрессирующую форму обострения и хронически прогрессирующую форму РС. В случае доброкачественного течения болезни, которое сегодня встречается в 20% случаев, после обострений наблюдается почти полное обратное развитие симптомов, так что у пациентов даже после продолжительного периода болезни практически отсутствуют заметные нарушения. Разумеется, при оценке формы болезни как доброкачественной нужно быть очень осторожным, так как в результате долголетнего ремиттирующего течения РС начинается так называемое вторичное прогрессирование. Прогрессирующая форма обострения болезни является типичной для большинства пациентов. Причем вначале еще происходит ремиссия ограничений функций, которые впоследствии из-за возрастающего числа обострений становятся постоянными. В большинстве случаев такая форма с увеличением продолжительности болезни и возраста больного переходит в хронически прогрессирующую форму. Только у немногих пациентов удается сразу диагностировать хронически прогрессирующую форму заболевания. Часто речь идет о случаях, при которых прежние приступы оставались бессимптомными или в случае позднего начала болезни (в возрасте 50 лет и старше).

7.3.3. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И МОТОРИКИ

Нервная ткань состоит из отдельных нейронов. Эти нейроны, в свою очередь, состоят из тела клетки, коротких отростков, дендритов (древ-

видных отростков), которые служат для передачи информации другим нервным и мышечным клеткам. Аксон окружен миелиновой оболочкой. Она отличается большой электрической сопротивляемостью и имеет решающее значение для высокой скорости проведения в состоянии возбуждения. Кроме того, в ее функции входит защита от изменений непосредственного окружения, своего рода изоляция. Если вследствие множественных очагов демиелинизации происходят изменения или даже погибает миелиновая оболочка, то (в зависимости от степени выраженности) нарушается проведение импульса. При тотальной демиелинизации возбуждение не будет проводиться нормально. В этом случае появляются острые симптомы, такие, как парезы или нарушения чувствительности. При частичной демиелинизации возбуждение проводится с значительным замедлением; как в начале, так и позднее это может происходить без выраженной симптоматики. Особенно подвержены действию температурных и электролитных колебаний поврежденные осевые цилиндры (аксоны). Это часто является причиной заметного ухудшения состояния больного РС при повышении температуры окружающей среды или тела. Если в процессе демиелинизации олигодендроциты остаются интактными (т.е. ненарушенными), то они в состоянии по меньшей мере ограниченно обновлять миелиновый слой. После повторных процессов демиелинизации и ремиелинизации олигодендроциты теряют свою способность расти, а следовательно, и образовывать новый миелин. Такое положение особенно типично в случае хронических очагов, где их число сокращено и ограничено согласно ремиелинизации. В настоящее время повлиять на демиелинизацию с помощью лекарственных средств невозможно. Локализация демиелинизации определяет явления выпадения при РС. В случае пораже-

ния спинного мозга появляются спинальные (т.е. позвоночные) симптомы, такие, как поперечный паралич (паралич при поперечном поражении мозга), нарушение двигательных функций, функций мочевого пузыря и прямой кишки. Если затронуты передние рога спинного мозга – место выхода двигательных нейронов, то выпадение функций проявляется в форме вялого паралича и нейрогенной мышечной атрофии при сохраненной чувствительности. Такое нарушение также называют синдромом передних рогов. В зависимости от локализации повреждения в области ствола мозга и мозжечка могут вести к нарушению чувствительности, атаксии, чрезмерному нистагму и замедлению речи. При демиелинизации в области пирамидного пути известны такие симптомы, как спастический паралич и гиперфлексия, также называемый «пирамидный знак» (симптом поражения пирамидного пути). В последнее время отмечают патологические содружественные движения, появляющиеся при повреждении первого мотонейрона.

7.3.4. СИМПТОМАТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Установление диагноза РС осложняет тот факт, что эта болезнь может вызвать любой классический клинический синдром поражения центральной нервной системы – «рассеянный склероз считается большим имитатором неврологических заболеваний». Несмотря на это, обнаруживаются типичные локализации очагов демиелинизации, а следовательно, и характерные симптомы. Моторными симптомами, которые появляются у больных РС чаще всего, являются спастические парезы и нарушения координации (атаксия). Они особенно ограничивают самостоятельность пациента и поэтому имеют большое значение в симптоматической терапии.

Киссиг в своем исследовании укрепил возникшее предположение, что «рабоспособность или инвалидность не всегда зависят от объективной тяжести заболевания». Способность работать в первую очередь лимитируется спастическим нарушением походки и координации. Итак, в двух нижеследующих разделах необходимо ближе подойти к теме спастичности и атаксии. Под атаксией понимают «нарушения координации процессами движения», которые чаще всего выражаются в нарушениях походки, раскачивании корпуса или интенционном треморе. Различают две формы атаксии: церебральную (при поражении мозжечка) и спинальную (при поражении спинного мозга). Нарушение функций мозжечка проявляется в дальнейших нарушениях работоспособности, причиной которых являются тремор, изменения тонуса или гипертония. Спинальная или же периферическая атаксия отличается нарушенной чувствительностью. Так как вместе с проприоцептивной чувствительностью выпадает важная информационная система для изменения и корректирования движений, при спинальной атаксии повреждается общий поток движения. При этом часто совершаются избыточные неуклюжие движения рук, которые сильно ограничивают самостоятельность пациента. Атаксия является главным фактором, определяющим дефицит движения при РС. Именно она «ответственна» за то, что больной нуждается в уходе. До сих пор не существует возможности удовлетворительного лечения нарушений координации при помощи каких-либо лекарственных средств. Физиотерапия также может влиять на этот симптом лишь в ограниченной степени. Спастичность является общим признаком для синдромов моторных нейронов пирамидной и/или экстрапирамидной системы. Она характеризуется увеличением тонуса мышц и асимметричным взаимо-

действием мышц-агонистов и антагонистов; это является возможным результатом увеличения активности рефлексов растяжения. Долгое время теории возникновения спастичности базировались на предположении, что повреждения нисходящих моторных систем приводят к неравномерному соотношению тормозных и прокладывающих путь активностей. И все же из-за единственного объяснения эта теория нарушения баланса не является больше устойчивой [Benecke R., Noth J. Nervenheilkunde 1986; 5: 106-114]. Тот факт, что клинические и нейрофизиологические данные осмотра в острой стадии заболевания отличаются от данных в хронической стадии, а также то обстоятельство, что в случае спастического пареза возникает постепенное возвращение паралича с увеличением спастичности, свидетельствует в пользу развитой Лью (Liu) и Чамберсом (Chambers) в 1958 г. на основе опытов с животными теории «ростка», согласно которой оставшиеся невредимыми восприятия с периферии образуют «всходы», которые занимают контактные места со вставочными нейронами и моторными клетками переднего рога дегенерированных нервных волокон. Что касается симптомов спастичности, то они различаются на так называемые ПЛЮС- (усиление рефлексов сгибания и разгибания) и МИНУС-симптомы (потеря ловкости, уменьшение силы). Вопреки общему мнению, что терапевтически можно повлиять только на ПЛЮС-симптомы, Б. Конрад считает, что МИНУС-симптомы часто могут быть обусловлены ПЛЮС-симптомами [Conrad B., Benecke R., Meinck H.-M. Qualitative und quantitative Aspekte der spastischen Bewegungsstörung der unteren Extremitäten. In: Conrad B., Benecke R., Bauer H.J. Die klinische Wertung der Spastizität. Stuttgart, New York 1984; 73-85]. Снижение активности рефлексов, достигаемое терапевтическим путем, соответственно

приводит к улучшению процессов координации движения с экономным применением сил. Для медикаментозного лечения спастичности назначают вещества, тормозящие освобождение возбуждающих медиаторов на спинальном уровне. Целью этого является достижение лучшей подвижности; при этом не стремятся добиться полного исчезновения спастичности, так как потеря поддерживающего эффекта последней привела бы к вялому парезу с абсолютной неспособностью ходить. В физиотерапии для снятия спастичности применяют нейрофизиологические методы лечения. В общем лечение спастичности при помощи психотерапевтических мер не вызывает разногласий.

7.3.5. ИППОТЕРАПИЯ В НАУЧНОЙ ДИСКУССИИ

При рассмотрении того факта, что в настоящее время лечение больных РС не может осуществляться каузально, возникает вопрос об эффективности терапевтических мер. С некоторых пор физиотерапия в качестве немедикаментозной меры воздействия все больше выдвигается на передний план. Ее целями прежде всего являются предотвращение сложностей (например, контрактур), усиление и функциональное улучшение частично парализованных мышц, тренировка еще способных функционировать частей двигательной системы, координации, равновесия и интеграционных движений, развитие компенсирующих функций при сильных выпадениях, предотвращение и лечение вторичных функциональных нарушений (например, возникших вследствие спастичности) и благоприятные воздействия физиотерапевтические лечения. На тему положительного влияния на специфические симптомы РС при помощи иппотерапии до сих пор проводятся спорные дискуссии. Тем временем благоприятное физическое

воздействие иппотерапии на неврологические заболевания является неоспоримым. Предлагаемые иппотерапией возможности в области физиологической симптоматики пациентов с РС до сих пор оцениваются по-разному. Если сторонники говорят о преимуществе этого метода лечения перед традиционной лечебной гимнастикой, то ее противники изобличают ее в так называемом несоответствии между затратами средств и эффективностью лечения. Поэтому в течение нескольких лет предпринимаются попытки объективизировать иппотерапию.

7.3.6. ОБЗОР СУЩЕСТВОВАВШИХ ДО СИХ ПОР МЕТОДОВ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ

В 1976 г. А. Реех опубликовал результаты электромиографических исследований у детей с центральным парезом. Темой исследования было воздействие различных спортивно-терапевтических мероприятий на типичную для детского центрального пареза спастическую симптоматику. Здесь находится первая зацепка для возможности объективизировать терапевтическую верховую езду при помощи электромиографических исследований ходьбы. В 1981 г. П. Хаузер также исследовал с помощью ЭМГ эффективность иппотерапии при детском центральном парезе [Hayser P. Die Effizienz der Hippotherapie bei infantiler Zerebralparese, elektromyographisch gemessen an der Harmonisierung der lumbalen Rückenmuskulatur beim Gehen. Dissertation Erlangen-Nürnberg 1981]. При этом он провел измерения в области поясницы при ходьбе до иппотерапии и спустя 20 мин после нее. Хаузер смог установить достижение улучшения координации мышц спины у 6 из 8 обследованных детей. В 1982 г. на четвертом Международном конгрессе терапевтической верховой ез-

ды И. Баузенвейн сообщил об электромиографическо-телеметрическом исследовании с целью оценки эффективности иппотерапии у больных с центральным парезом [Bausenwein I. Reeh A., Reeh P., Stadler D. Sport als Therapie bei Cerebralpareesen. Stuttgart 1977]. Тематами исследования были часто встречающиеся при центральном парезах симптомы спазма аддукторов, сниженного контроля туловища и нарушенной реципрокной иннервации разных групп мышц. Были произведены измерения мускулатуры туловища во время ходьбы как до, так и после иппотерапии, а также измерения рефлекторного тонуса при рефлексе надколенной чашечки и сухожилия как признака возможного снижения спазма аддукторов. На основе статистически обработанных данных исследования И. Баузенвейн смог доказать нормализацию тонуса мышц с одной стороны и улучшение координации с другой. Сравнительные исследования с традиционной лечебной гимнастикой к тому же показали преимущество иппотерапии относительно воздействия на рефлекторную возбудимость. Кроме того, в результате проведенного опроса стало ясно, что мотивация больных принимать участие в занятиях иппотерапией чрезвычайно высока. В 1985 г. Р. Шмит также предпринял попытку электромиографических исследований с целью оценки эффективности иппотерапии, причем клинический материал состоял из пациентов с РС. Его измерения ограничились (относительно встречающейся при РС основной симптоматики спастического пареза) исключительно ногами. Измерения проводились за 30 мин до и после иппотерапии на велоэргометре. Он также смог доказать выраженный эффект понижения тонуса мышц нижних конечностей пациента. Относительно лечебной гимнастики он установил, что в комбинированной форме обе формы лечения быстрее достигнут цели, чем

только традиционная лечебная гимнастика. Это подтверждается и сторонниками иппотерапии, которые рассматривают данный метод лечения не как альтернативную или конкурирующую форму, а как дополнение к существующим методам лечения. В 1988 г. М. МакКей Лайонс и соавт. сообщили об анализах ходьбы пациентов с РС до и после проведения 9-недельной иппотерапевтической программы [MacKay-Lyons M. u.a. Physiotherapy Canada 1988; 2: 104-109]. С помощью микропроцессора был произведен контроль ходьбы по относительной скорости, средней протяженности и длины шага. И все же положительные изменения по всем трем категориям они оценили с осторожностью, так как речь шла о предварительном исследовании с соответственно небольшим числом обследуемых больных. В 1991 г. У. Лайрер, М. Пфотенхауер и соавт. опубликовали результаты анализа движения и понимания воздействия иппотерапии на больных РС [Leyere U., Pfothenhauer M. u.a. Krankengymnastik 1991; 11: 1244-1248]. С помощью прикрепленного к телу приемника ускорения было записано трехмерное ускорение до иппотерапии, во время занятия и после него. При обследовании большого числа пациентов авторы выявили изменение картины движений по сравнению с таковыми у здоровых испытуемых; при этом значения измерений после иппотерапии выявили сдвиг от патологического к почти нормальному стереотипу движения.

7.3.7. КРИТИЧЕСКОЕ РАССМОТРЕНИЕ МЕТОДОВ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ

Применяемые до сих пор методы объективизации иппотерапии с различными чрезмерными затратами на оборудование стремились укрепить два основных аргумента для применения иппотерапии. В первом случае

имеется ввиду эффект понижения тонуса пораженных спастичностью нижних конечностей, а во втором – улучшение координации при ходьбе. Определенная при помощи ЭМГ мышечная активность направляется на оценку признаков спастичности мышцы и их изменений. Зафиксированные электромиографически стереотипы действия мышц спины дают информацию о координации во время ходьбы. Если запись ЭМГ осуществляется телеметрически, то это дает преимущество, заключающееся в том, что испытываемый не зависит от аппаратуры. Недостатком этого метода является то, что из-за высокой частоты сигналов прежде чем послать ЭМГ, ее нужно сначала обработать (интегрировать). Таким образом, оценка данных оригинала становится невозможной. С другой стороны, работа с приемником представляет собой дополнительный риск из-за возможного появления электрических помех. При оценке рефлекторной активности можно сделать вывод о патопсихологических процессах пораженной спастичностью мышцы. Известно, что рефлекторная активность в спокойной расслабленной мышце протекает не параллельно с фактическим нарушением движения, повышенный мышечный тонус которого обусловлен спастичностью. Доказанное как терапевтический эффект понижение рефлекторного тонуса нижних конечностей не дает права сделать выводы об улучшении координации при ходьбе. Электромиографические исследования ритмичной поступи в движении на велоэргометре представляют собой хорошо стандартизированный и поэтому подходящий метод для внутренних и внешних сравнений. Он позволяет регистрировать координированное движение, при котором регуляция опорной моторики приходится на сохранение равновесия корпуса. Однако так как движение, а значит, и движение во время ходьбы по С. Клейн-у

Фогельбаху изображается в виде последовательных реакций равновесия, остается неясным, в какой мере полученные при помощи велоэргометра данные можно использовать для выводов о таком естественном двигательном поведении, каким является ходьба [Klein-Fogelbach S. Funktionelle Bewegungslehre. Rehabilitation und Pravention; 1.3 Aufl. Berlin, Heidelberg 1984]. Именно улучшение походки следует рассматривать в качестве главной цели иппотерапии.

7.3.8. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАССУЖДЕНИЯ О МЕТОДИКЕ

Основная симптоматика больных РС в форме спастичности нижних конечностей и атаксии прежде всего имеет своим следствием ограниченную способность ходить и являющуюся результатом этого понижение самостоятельности пациента. Ясной целью иппотерапии является тренировка типичного для ходьбы стереотипа движения. Поэтому направляется вывод, что вместо анализа движения во время иппотерапии и ходьбы нужно доказывать наличие возможного терапевтического успеха. В основе принятия решения о методике исследования лежат разные мышления, с которыми я вас сейчас ознакомлю. Как известно, масштаб повреждения двигательных процессов вследствие выпадений в центральной нервной системе определяется не только объективным состоянием. В отличие от здоровых людей, больные РС в большинстве случаев обладают большей чувствительностью и восприимчивостью по отношению к окружающим событиям, таким, как погодные условия и время суток. Кроме того, такие физические факторы, как возбуждение, стресс или непривычные события в повседневной ситуации могут существенно повлиять на состояние больного, а, следовательно,

но, и на его двигательное поведение. Решаясь на применение метода измерений, необходимо учитывать, что у больного снижена способность переносить нагрузки не только физические, но и психические. Поэтому нужно выбрать такой метод исследования, при опытным построении и проведении которого не были бы повреждены ни физическое состояние, ни процесс восприятия пациента. Только в этом случае можно надеяться на естественное двигательное поведение. ЭМГ прошла проверку в качестве метода изучения спортивных и патологических процессов движения. Поэтому для проведения собственного исследования рекомендуется обратиться к этой методике, главным образом принимая во внимание изолированный интерес к спастическим признакам и действию поврежденных конечностей. Однако ЭМГ всегда является лишь выражением одного или нескольких строительных элементов движения. Например, более комплексные способы проведения анализа применялись МакКонейлом (MacConaill), Басмайном (Basmajian; 1969) и Либерсоном (Liberson; 1973). При этом наряду с ЭМГ разных мышц ног и туловища они также использовали фотографическую диагностику разных ускорений движения суставов. М. Фельдкамп, напротив, исследовал походку детей с центральным парезом при помощи киносъемки в двух плоскостях так, что двигательное поведение было можно анализировать в пространстве [Feldkamp M. Fortschritte der Medizin 1978; 6: 281-289]. Эта методика предполагает условие, при котором исследуемый пациент должен двигаться под определенным и постоянно остающимся одинаковым углом к камере. Осуществить это на практике в иппотерапии не представляется возможным, так как камера на специальной подставке должна перемещаться рядом с лошадью. Такой метод не только является спорным в

смысле чрезмерных затрат на оборудование; в случае его применения манеж превратится в некое подобие лаборатории, что может крайне негативно повлиять на процесс восприятия пациента. Поэтому для анализа движений во время занятий иппотерапией следует выбрать простой с точки зрения техники способ, который как можно меньше смог бы повлиять на пациента физически и психически. Для оценки осанки корпуса используют метод постурографии (постуральный – относящийся к положению тела), которая охватывает изменения центра тяжести пациента в положении стоя. Очень похожим, но все же нацеленным на восприятие движения корпуса методом, является метод Лайрера-Фотенхауера. Способ измерения ускорения в области центра тяжести кажется нам очень рациональным дополнением к ЭМГ. Комбинация этих двух методов исследования, с одной стороны, охватывает ходьбу как комплексное движение, а с другой стороны, оба способа относительно просты в применении к иппотерапии. Возникает предположение, что по действию поясничной мускулатуры спины или приводящих мышц бедра (аддукторов) и центра тяжести тела можно выработать как критерии координации, так и критерии некоординируемой ходьбы, которые впоследствии должны считаться индикатором ожидаемого терапевтического эффекта. Для человека ходьба представляет собой естественную возможность перемещения в пространстве. Для здорового человека она кажется более простым полностью автоматизированным процессом. И все же на этот счет можно ошибаться, так как речь здесь идет о действительно сложном двигательном событии. Задача мускулатуры во многих двигательных процессах заключается в противодействии перераспределению веса и центра тяжести, чтобы избежать падения корпуса на площадь

опоры. Движение человека при ходьбе характеризуется антагонистическим и синергетическим действием мускулатуры туловища и конечностей, чему способствует реципрокная иннервация. В процессе движения главная роль принадлежит тазу. Он переносит тяжесть туловища на ноги и одновременно служит платформой для позвоночника. Помимо прочего, положение таза контролируется поясничными частями мускулатуры спины, а также приводящими мышцами бедра. Тогда как в положении стоя стабильность центра тяжести обеспечивается опорной моторикой, при ходьбе происходит постоянное перемещение центра тяжести, что вызывает новые и новые реакции равновесия и определяет поток движений. Выпрямляющая туловище мышца как представитель автохтонных мышц спины обеспечивает выпрямление корпуса и выполняет также разгибательную и вращательную функции. При ходьбе выпрямляющая туловище мышца *pars lumbalis* со стороны делающей взмах ноги предотвращает опускание таза; в фазе контакта с полом обеих ног она активизирует позвоночник с двух сторон. Движению приводящих мышц бедра содействует множество мышц, которые с функциональной точки зрения объединены в группу аддукторов. К ним причисляют и мышцу верхней части бедра (*m. gracilis* – нежная мышца), которая медиально располагается дальше всего и ясно приподнимается под кожей. Наряду со своей функцией приведения в движение бедра она действует в качестве двухсуставной мышцы при наклонах в тазобедренном и коленном суставах. При ходьбе аддукторы опорной ноги обеспечивают легкое положение аддукции; мышца верхней части бедра (нежная мышца) и проксимальная часть мышцы-аддуктора принимают участие в сгибании в бедре со стороны несущей (т.е. находящейся впереди) меньшую нагрузку ноги. Центром

тяжести корпуса, также называемым центром массы, является место, где обусловленные силой тяжести всех точек массы вращательные моменты сводятся к нулю. Это означает, что движения ригидного корпуса, определяемого как система многих точек массы, будут адекватно выражены движением его центра тяжести. Конечно, тело человека не является чем-то застывшим, в гораздо большей степени его можно представить себе как союз многих сегментов, чье положение по отношению друг к другу изменяется в движении. Определение центра тяжести корпуса происходит путем вычисления центра тяжести отдельных сегментов. Так как согласно К. Виману, отношение масс отдельных сегментов к общей массе является почти постоянным, то центр тяжести корпуса однозначно определяет осанку путем вычисления [Wiemann K. Arbeitsmaterial zur Vorlesung: Grundlagen der Bewegungstherapie und Biomechanik. 3. Aufl. Bochum 1987/88]. Получается, что для центра тяжести в положении стоя необходима позиция центрально на высоте тазобедренных суставов, причем его линия отвеса проецируется примерно на 1 см спереди от ладьевидной кости. В таком положении корпус стабилен. Ходьба представляет собой циклический процесс движения. В процессе ходьбы постоянно возникает ситуация, когда корпус вследствие его маленькой площади подъема становится лабильным на одну ногу. Сохранение стабильного положения корпуса обеспечивают мышечные реакции равновесия. Это связано с перемещениями центра тяжести. Так как в процессе ходьбы также сохраняется прямая осанка, центр тяжести периодически описывает траекторию вокруг определенной точки, как это было описано выше для человека в положении стоя. Двигательное поведение центра тяжести корпуса при ходьбе отображает, тем самым, поведение всего корпуса в це-

лом. Так как произвести самостоятельные измерения в центре тяжести на практике не представляется возможным, для упрощения исследования следует выбрать точку измерения вблизи от него. Это утверждение кажется справедливо обоснованным тем аспектом, что преследуемая цель заключается не в количественных показателях ускорения центра тяжести, а лишь в необходимости осознать процесс ходьбы как комплексное движение.

7.3.9. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эта работа представляет собой попытку измерить и тем самым объективировать наблюдаемое положительное влияние иппотерапии при спастичности или атаксии у больных РС. В качестве методов исследования предлагаются ЭМГ и измерения ускорения вблизи центра тяжести корпуса. Для оценки терапевтического эффекта при участии здоровых испытуемых сначала будут разработаны критерии, которые являются характерными для нормальной координируемой походки. В сравнении с этим будут выделены характеристики одного движения ходьбы, зависящего от влияния соответствующей симптоматики. Вследствие запланированных исследований до и после проведения иппотерапии станут ясны как возможности сравнения у разных индивидуумов, так и возможность сравнения здоровых испытуемых и пациентов.

7.4. МЕТОДИКА

7.4.1. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ

ЭМГ регистрирует электрическое действие мышцы. Основой этого действия согласно теории «маленького тока» является проведение раздражения внутри моторных элементов (единиц). Перенос нервного возбуждения на мышечное волокно происходит электрохимическим путем при по-

мощи переноса вещества (медиатора) – ацетилхолина. Он обеспечивает деполяризацию постсинаптических мембран. Только когда амплитуда поднимется выше определенного порога, по закону «все или ничего» возникает действующий потенциал, и посредством электромеханической связи происходит активирование сокращаемых элементов. Электрическая активность мышцы одновременно пассивно проводится через окружающую ткань (объемная проводимость); таким образом, она может быть измерена при меньшей амплитуде с помощью внеклеточной ЭМГ в виде суммированных потенциалов. Внеклеточную регистрацию мышечной активности можно осуществлять как подкожно при использовании игольчатых электродов, так и на коже при помощи поверхностных электродов. Вследствие своего близкого размещения к мышечным волокнам игольчатые электроды охватывают один или несколько моторных элементов. Регистрируемая таким образом ЭМГ позволяет оценить количество фаз, длительность и амплитуду потенциалов. Проводимая через игольчатые электроды ЭМГ имеет особенное значение для диагностики спинальных и моторных заболеваний. Недостаток этого метода состоит в том, что обязательным условием проведения ЭМГ является строгая стерильность, что ограничивает работу, делает медицинское вмешательство постоянным; к тому же сам по себе метод довольно болезненный. Поэтому игольчатые электроды лишь относительно пригодны для измерений во время движения. ЭМГ, получаемая поверхностно, охватывает большое количество моторных элементов и часто репрезентативный участок мышцы. Возникающая на ЭМГ вследствие наложения многих активных потенциалов картина называется «интерференционная активность». Не следует оценивать электрическую активность от-

дельных мышечных волокон. Если по причине большой контрактной силы происходит усиление частоты сокращений и активация мышечных волокон, это видно на образце интерференции по увеличению частоты, амплитуды и длительности суммированных потенциалов. Частота колеблется в промежутке от 200 до 400 Гц, амплитуда в промежутке нескольких сотен микровольт. Метод измерения отдельных параметров зависит от размера электродов, их положения и удаления относительно активной мышцы, от ее температуры и кровоснабжения, а также от электропроводности кожи. По Зиппу, температура кожи сама по себе имеет лишь ограниченное влияние на перенос сигналов. И все же эндогенно или экзогенно обусловленное повышение мышечной температуры может привести к изменениям электрической активности, которые располагаются в таком же порядке величин, как и изменения активности, обусловленные усталостью. Поверхностная ЭМГ позволяет (это является преимуществом в противоположность игольчатой ЭМГ) лучше охватить функцию всей мышцы. Изучение глубоких мышц с ее помощью вряд ли возможно, но все же ЭМГ успешно применяется для определения активности поверхностной мускулатуры. Конечно, в зависимости от точки регистрации ЭМГ необходимо учитывать, что на результаты измерения может повлиять активность соседних мышц. Поверхностные электроды в отличие от игольчатых обладают тем преимуществом, что они обязательно должны быть стерильными и не вызывают болезненности и связанное с ней торможение сокращения мышц. Так как оценка ЭМГ при нарушениях центральной нервной системы основывается на анализе отдельных параметров активных потенциалов, а активности стереотипа, поверхностные электроды можно считать пригодными для проведения

собственных исследований. Однако у поверхностной ЭМГ имеются некоторые недостатки, которые нужно учитывать как при планировании эксперимента, так и при его проведении. Важнейшими из них являются двигательные артефакты, наложение биологических потенциалов и возникновение 50-герцевых электромагнитных полей. Двигательных артефактов можно избежать, зафиксировав выводной кабель на теле пациента, используя защищенный постоянным экраном выводной кабель; кроме того, необходимо избегать контакта с электродами и обратить внимание на выбор материала. Наиболее подходящим материалом для выводного кабеля оказался серебро/хлорид серебра и содержащий большое количество ионов хлора контактный передатчик. Наложения биологических потенциалов могут быть вызваны влиянием активности соседних мышц, а также наложением частей электрокардиограммы при ее проведении. Двигательные артефакты совсем обязательно устранять, их возможное наличие нужно лишь учитывать при оценке ЭМГ. Нарушения электрокардиограммы можно устранить с помощью аналогового, а именно цифрового фильтрации верхних частот с частотой на границе от 20 Гц. Влияние 50-герцевых электромагнитных полей (переменного тока), которые могут возникнуть в электрическом поле, можно подавить фильтрованием сигналов ЭМГ при помощи аналогового полосового фильтра с частотой от 50 Гц или путем цифровой обработки частот с помощью вычислителя.

При выборе поверхностных электродов следует принять во внимание как критерии сведения артефактов к минимуму, так и критерии удобства для пациента. Так как измерения должны проводиться не только во время ходьбы, но и в процессе проведения иппотерапии, электроды должны быть максимально плоскими легкими, при

этом качество регистрации не должно быть нарушено. Опыты в Институте нормальной и патологической физиологии университета Виттен-Хердеке выявили хорошую проводимость и устойчивость к скольжению детских электродов (ARBO «H83P-Neutral»). Речь идет об односторонних серебряных электродах, поверхность которых составляет 0,8 см². При помощи клеящейся проводимой поверхности (электролит) контактная поверхность увеличивается примерно до 7 см². Другим преимуществом этих очень плоских электродов является их малый вес, так что при движении и посадке на лошадь они не влияют на чувствительность пациента. Они будут крепче держаться, если сверху наклеить клейкую марлю. Электроды могут находиться под одеждой пациента.

7.4.2. ОПИСАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПРИБОРОВ

В качестве датчика использовался трехосный пьезоэлектрический прибор фирмы KISTLER. Несмотря на его небольшой размер и вес (14,5 г), его отличает стабильное и не зависящее от температуры качество приема. Наряду с 1000 мВ/г он обладает высокой чувствительностью. Кварцевый измерительный прибор выдает электрический заряд, пропорциональный энергии, а следовательно, и ускорению, который преобразовывается в напряжение при помощи встроенного в приемник и одинаково направленного переключателя полного сопротивления (цепи переменного тока). Имеющий форму кубика с гранями длиной примерно 1,5 см датчик при помощи двусторонней клейкой ленты можно прикрепить непосредственно на место измерения. Биполярный электромиографический сигнал сначала усиливается в 100 раз вблизи электродов в предварительном усили-

теле, расположенном вблизи электрода. Затем этот сигнал должен пройти через фильтр нижних частот для частот более 400 Гц. Возможное появление компонентов постоянного тока в усилителе немедленно устраняется. На этом месте очищенный сигнал ЭМГ можно оценить акустически при помощи головных наушников, что позволяет опознать вызываемые полями рассеивания артефакты. Затем он, так же как и возникающие сигналы измерения при измерении ускорения, усиливается в 10 раз во втором предварительном усилителе и подводится к портативному регистрирующему прибору (ТЕАС). В зависимости от потребности общее усиление может быть изменено в 5, 2, 0,5, 0,2 или 0,1 раза. Приемник имеет 9 каналов, три из которых используются для измерения данных ускорения по трем осям x, y, z, а два – для электромиографического выведения. К шестому каналу присоединен электронный сигнальный датчик, который используется для выделения основных фаз шага в областях напряжения от +2 до -2 вольт (кодирован в степенях напряжения). Следующий канал служит подключением для микрофона. Дальнейшая обработка накопленной информации происходит на компьютере при помощи специально разработанной М. Пфотенхауером в 1992 г. программы «emgdaw 3».

7.4.3. ПАЦИЕНТЫ И ЗДОРОВЫЕ ИСПЫТУЕМЫЕ

В исследовании принимали участие 9 пациентов с различными стадиями заболевания из общественной больницы Хердеке, при этом 7 пациентов с установленным диагнозом РС и два пациента с подозрением на РС. В качестве моторных симптомов рассматривались либо двигательные расстройства в виде атаксии, либо спастичность приводящих мышц бедра. Пациенты были способны ходить,

т.е. могли преодолеть установленный для измерений отрезок в выбранном для себя темпе. Все они были ознакомлены с назначенной иппотерапией как составной частью общего терапевтического воздействия. В период исследований ни у одного из пациентов не было острого приступа или обострения состояния. В качестве сравнительной группы в исследованиях приняли участие 10 здоровых испытуемых. Из групп пациентов и здоровых испытуемых ни один человек не обладал предварительным опытом в области верховой езды.

7.4.5. ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иппотерапия проводилась в манеже союза терапевтической и спортивной верховой езды при общественной больнице Хердеке, который расположен в ее непосредственной близости. В торце помещения находится приспособление для посадки на лошадь, на которое, благодаря пандусу, легко могут взобраться люди, передвигающиеся с помощью кресла-коляски. Спина «припаркованной» к устройству лошади находится примерно на высоте кресла. Для иппотерапии использовались 3 обученные лошади спокойного нрава. Процесс терапии осуществлялся двумя специалистами по лечебной гимнастике с дополнительной квалификационной лицензией по иппотерапии и проводился согласно установленной программе. Сначала были произведены измерения 10 здоровых испытуемых. Для снятия ЭМГ мы выбрали приводящие мышцы бедра, а также хорошо прощупываемые слева и справа части поясничных мышц спины. Электромиографические измерения и измерения ускорения происходили параллельно и в одно и то же время, во время ходьбы по ведущей к манежу улице и в процессе стимулирующей иппотерапии. Перед началом

опыта пациенты были информированы о планируемых измерениях и целях проведения исследования. Решение о принятии участия в опыте не форсировалось врачами, а было принято пациентами самостоятельно. Затем был собран и записан анамнез. Перед первым измерением в зависимости от соответствующей симптоматики были прикреплены электроды и датчик. Для пациентов с атаксией точкой регистрации ЭМГ я выбрала поясничные мышцы спины на пальпаторно выбранной самой большой выпуклости мышцы, выпрямляющей туловище, слева и справа от позвоночника. Для регистрации активности аддукторов у пациентов с признаками спастичности также при помощи пальпации был выбран самый выпуклый участок нежной мышцы (мышца верхней части бедра). Два детских электрода были наклеены сверху на наиболее выпуклые участки мышц на расстоянии 6 см по направлению волокон. Чтобы избежать раздражения кожи, было решено отказаться от насечек (шероховатостей) на коже. Третий нейтральный электрод был закреплен в соответствии с углами равностороннего треугольника. И электроды, и место прикрепления выводного кабеля были заклеены сверху широкой клейкой марлей, чтобы предупредить двигательные артефакты. Первый предварительный усилитель был защищен клейкой марлей и укреплен на теле пациента таким образом, чтобы его нельзя было дергать. Датчик размещается между III и VI поясничными позвонками вблизи от центра тяжести тела пациента в положении стоя и закрепляется двусторонней липкой лентой. Первое измерения проводилось во время ходьбы на ровном прямом отрезке (30 м), который нужно пройти 4 раза. Темп ходьбы пациенты и здоровые испытуемые выбирали сами. Второе измерение проводилось в рамках нормального занятия иппотерапией спустя 20 мин. Через час пос-

ле окончания занятия проводилось последнее измерение во время ходьбы пациента. Этот момент времени был выбран по следующим причинам: во-первых, учитывая те опытные данные пациентов и иппотерапевтов, что в большинстве случаев влияние иппотерапии начинается только спустя полчаса или час. Для того чтобы доказать наличие продолжительного или по крайней мере более длительного терапевтического эффекта, было бы, конечно, лучше провести сравнительные измерения спустя большие промежутки времени, например через 2, 4, 6 ч после лечения. Однако для большинства пациентов с РС это было бы невозможно. В течение часа перед последним измерением пациенты лежали, что гарантировало их спокойное состояние. Это соответствует общей терапевтической концепции, и, кроме того, обладает тем преимуществом, что исходные условия для заключительного измерения были едиными для всех. Против более раннего во времени повторного (контрольного) измерения говорит тот факт, что активное поведение мышц зависит от температуры. Температура тела лошади примерно на 1 градус выше температуры тела человека. Это означает, что в посадке верхом, главным образом при помощи аддукторов, происходит нагрев кожного покрова. И если уже одно только это, по П. Зиппу, не влияет на характер ЭМГ самым решительным образом [Zipp P. Leitrageln für die Oberflächen-Myographie. ausgewählte Beispiele. In: Daugs R., Leist K.-H., Ulmer H.-V. (Red.) Motorikforschung aktuell. dvs-protokolle; 35. Clausthal-Zellerfeld 1989], то нельзя пренебрегать тем, что близлежащие к коже участки нежной мышцы (мышцы верхней части бедра) испытывают экстремно обусловленное повышение температуры. В процессе всей терапии из-за постоянно меняющегося положения равновесия от мышц спины снова требуется их выпрямляющая

функция. И так, здесь нужно принять в расчет возникающее вследствие мышечной работы эндогенное повышение температуры. Спортивно-научные исследования показали, что достигаемое в спортивных областях при активном разогреве повышение температуры мышц, которое, конечно, более высокое, чем в процессе иппотерапии, нельзя обнаружить спустя 45 мин после окончания занятия; обусловленное температурой изменение электрической активности может быть исключено для измерения через час после окончания иппотерапии. В течение всех измерений записывающее устройство носили рядом со здоровыми испытуемыми и пациентами. Запись данных измерений происходила со скоростью движения ленты 48 см/с и могла быть прокомментирована через микрофон и запротоколирована идентично со временем. Подключенные перед записывающим устройством и сжатые в легкой коробке элементы электронной предварительной обработки на время проведения иппотерапии закрепляются между ручками на подпруге таким образом, чтобы не мешать в работе пациентам и иппотерапевтам. Сразу после проведения третьего измерения пациенты были опрошены по поводу их субъективной оценки движения «до-после»; их также попросили как можно точнее описать все изменения, которые с ними произошли.

7.4.6. СТАТИСТИЧЕСКИЕ РАСЧЕТЫ

Обработка полученных при измерениях данных проводилась при помощи статистического пакета SPSS. Статистический анализ был основан на результатах, полученных в обеих исследуемых группах. При этом были исследованы признаки трех случайных выборок, сделанных в контрольной группе и группе пациентов до и после иппотерапии. В качестве ис-

следуемых признаков я выбрала «продолжительность шага» (LGES) в миллионных долях секунды, «процентную часть фазы стоя и фазы взмаха» (LST%/LSW%) и «отношение фазы стоя и фазы взмаха» (STQSW). Процентные части и отношение обеих фаз шага были введены для того, чтобы получить переменные величины шага, которые не зависят от индивидуальных антропометрических данных (например, от роста или длины ног) и которые, следовательно, можно сравнить у отдельных индивидуумов. Для интерпретации данных ЭМГ оказалось нерациональным использовать измеренную активность во время шаговых фаз в качестве материала наблюдения, так как уровень измеренных на поверхности кожи потенциалов зависит не только от самой мышцы, но и в значительной степени от толщины подкожного жирового слоя, от колебаний сопротивляемости кожи у отдельных индивидуумов и от индивидуальной скорости шага. Чтобы исключить влияние этих величин, значения электрической активности фаз были поделены на продолжительность фаз и образовано «отношение стандартизованной фазовой активности в положении стоя и при взмахе ногой справа и слева» (E1QN/E2QN). Средние значения полученных данных, их разброс и отклонения от нормы для всех испытуемых и признаков были просчитаны и протестированы статистическими методами на их разницу, гомогенность (однородность) и распределение.

7.5. РЕЗУЛЬТАТЫ

Записи измерений составили материал, продолжительность записи которого на пленке составила в общей сложности почти 10 ч. После отбора записей посредством ЭЭГ-переписчика были выбраны наиболее репрезентативные отрезки измерений, чтобы удобнее составить обзор всех

полученных данных. Наряду с разными графическими изображениями ускорения и ЭМГ в статистический анализ были включены 1550 шаговых фаз (из них 1066 пациентов с РС) и соответственно 3100 повторений ЭМГ (из них 2132 у пациентов с РС). Говоря о шаговых фазах, следует различать фазу опорной ноги (наступление пяткой до подушечки пальца ноги) и фазу взмаха ноги (отпечаток подушечки пальца до наступания пяткой). Когда далее речь пойдет об ускорении центра тяжести тела, следует еще раз обратить внимание на то, что имеется в виду ускорение, измеренное вблизи от центра тяжести. Результаты измерений будут продемонстрированы графически выборочными примерами. Вот список сокращений, необходимых для расшифровки рисунков:

- E1 – левосторонний вывод ЭМГ;
- E2 – правосторонний вывод ЭМГ;
- F R/L – наступание пяткой справа/слева;
- g /TC – единство (вертикальных осей) кривых ускорения;
- ms /Tic – единство всех горизонтальных осей;
- m V/Tic – единство вертикальных осей электромиограмм;
- Z R/L – отпечаток подушечки пальцевого пальца справа/слева.

Несмотря на различия у отдельных индивидуумов, ход кривых ускорения здоровых испытуемых отличался непрерывностью и одинаковостью по форме, а, следовательно, и высокой периодичностью. На рис. 7.1, а показан фрагмент движения здоровой испытуемой в процессе ходьбы.

Наступание пяткой (F) отражено крутым пиком по оси Z и одновременным положительным пиком по оси Y. В этот момент центр тяжести тела испытывает отрицательное ускорение по сагитальной оси и ускорение по направлению вверх по продольной оси. Наряду с этим на основании оси X

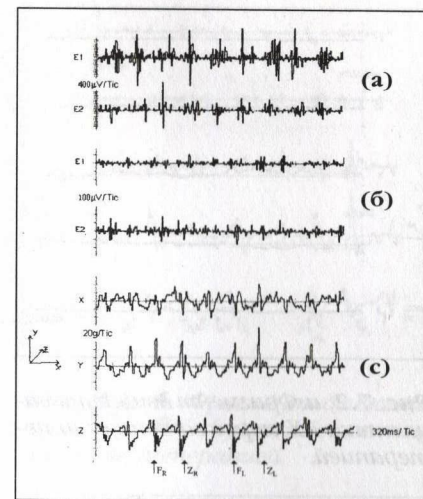


Рис. 7.1. Фрагмент движения здоровой испытуемой во время ходьбы (а – электромиограмма аддукторов бедра; б – электромиограмма поясничных мышц спины; в – кривые ускорения центра тяжести тела).

можно обнаружить ускорение к соответственно противоположной стороне. В фазе контакта с полом одной ноги или, соответственно, в фазе взмаха вперед маховой ноги после отпечатка подушечки пальца (Z) центр тяжести тела испытывает постоянное ускорение вперед. Связанное с этим перемещение центра тяжести тела через опорную ногу проявляется в появлении ускорения в соответствующую сторону. При отведении ЭМГ от аддукторов регистрируются два основных центра активности веретенообразной формы (см. рис. 7.1, а).

Веретенообразная форма объясняется увеличением набора отдельных моторных элементов, наложение активности которых проявляется в качестве интерференционного узора. После увеличения амплитуды общей активности до максимума число набранных моторных элемен-

Штраус Ингрид**(Strauss Ingrid, Dr. med.)**

родилась в 1929 г.; начала изучать музыку и историю искусства, потом получила медицинское образование в Мюнхене, защитила диплом, получила докторскую степень в 1957 г. Более 30 лет была сотрудником больницы в Кройте (под руководством д-ра Гейнца Мая). На ее счету многочисленные публикации, доклады на конгрессах и статьи в книгах о туберкулезе, неврологии и иммунологии. С 1975 г. разрабатывала методику терапии лечебной гимнастикой с помощью лошади и участвовала в создании Лечебного центра Штраусенгоф Ваакирхен; непрерывно проводила занятия иппотерапией. Регулярно делала доклады, публиковала статьи для повышения квалификации кадров; в 1995 г. выпустила новое расширенное и дополненное издание книги «Иппотерапия». Работала в правлении DKThR с 1976 по 1992 г., затем была председателем этой организации.

Шульц Мариетта (Schulz Marietta)

родилась в 1957 г.; дипломированный педагог, тренер-любитель верховой езды, инструктор по вольтижировке; имеет дополнительную квалификацию в лечебно-педагогической верховой езде и воль-

тижировке; 10 лет проработала в отделении стационарной помощи подросткам; с 1992 г. является референтом по международным контактам в правлении, а с 1994 г. руководила рабочим кружком лечебно-педагогической вольтижировки и верховой езды в DKThR; преподавала в Дортмундском Университете, Институте двигательного развития и терапии движения; в настоящее время самостоятельно работает педагогом в разных областях лечебной верховой езды.

Эльтце Катрин (Eltze Katrin)

родилась в 1964 г.; изучала специальную педагогику для людей с нарушением речи и умственно отсталых лиц; стажер специальной педагогики; инструктор по верховой езде. Получила дополнительную квалификацию в лечебно-педагогической верховой езде (ЛПВЕ), работает тренером по верховой езде как спорта для инвалидов; является руководителем обучающих курсов «Верховая езда как спорт для инвалидов»; на протяжении многих лет работает и руководит рабочим кружком ЛПВЕ в центре конной терапии «Белый лук»; в течение более 6 лет работала конным педагогом в центре помощи подросткам и инвалидам в Михаэльсхофене, Кёльн.

НАД СБОРНИКОМ РАБОТАЛИ:

Д-р мед. наук, профессор Л.М. Рошаль – предисловие

П.Т. Гурвич – составитель

М.И. Завалов – переводчик

Н.А. Зоркая – переводчик

В.В. Попова – переводчик

Д-р мед. наук, профессор Н.М. Иовчук, – научный редактор

Канд. пед. наук, профессор А.М. Щербакова – научный редактор

Канд. мед. наук, профессор Б.А. Архипов – научный редактор

М.Н. Солопова – корректор

Н.К. Вдовина – макет и верстка

Отпечатано в ООО «Фабрика печати»