

## **Прагматический подход в реабилитации пациентов с нарушениями произвольных движений.**

Емельянова М.А., Скворцов А.А., Зайкова А.В.

ЦПРиН, НИУ ВШЭ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МНИИ психиатрии Росздрава, г. Москва.

Апраксии, то есть нарушения произвольных целенаправленных движений при отсутствии двигательных, чувствительных, координаторных нарушений, встречаются приблизительно у 30 % пациентов, находящихся в острой стадии инсульта (Salter K. et al., 2009). По другим данным частота возникновения апраксий в результате поражения левой гемисферы головного мозга достигает 57% (Barbieri et. al., 1988). Широкая распространенность апраксических нарушений вносит значимый вклад в общую картину когнитивных нарушений, возникающих при поражениях головного мозга, а также значительно ухудшает качество жизни больных, повышает их зависимость от окружающих людей. Пациенты с апраксиями затрудняются в выполнении простейших бытовых навыков, таких как: прием пищи, одевание, гигиенические процедуры и др. (Goldstein L.H., 2004; Neugten, С.М., 1998 и др.). Поэтому реабилитация больных с нарушениями произвольных движений является неотъемлемой частью комплексной нейропсихологической реабилитации, позволяет улучшить качество жизни больного.

Согласно Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФИЗ) (2001), предложенной Всемирной Организацией Здравоохранения, апраксию стали рассматривать преимущественно на двух уровнях. Первый уровень – уровень нарушения функции, на котором выявляются механизмы нарушений, причины их возникновения. На втором уровне – уровне ограничения независимости (или уровне ограничения активности) определяется, как эти нарушения проявляются в повседневной жизнедеятельности больного. Опираясь на предложенную классификацию, можно рассмотреть процесс реабилитации пациентов с нарушениями произвольных движений с точки зрения двух подходов.

Первый подход, соответствующий уровню нарушения функций (по МКФИЗ ВОЗ), – патогенетический или традиционный, широко представлен как в нашей стране, так и за рубежом. Согласно этому подходу основной целью нейрореабилитации является преодоление апраксии с помощью работы над механизмами нарушенной функции. Отечественная школа нейропсихологии, основывающаяся на концепции системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии, относится к патогенетическому направлению в нейрореабилитации, базируется на положении о том, что восстановление нарушенного механизма произвольного движения при апраксии приводит к регрессу всей патологической симптоматики (Лурия А.Р., 1969). Вместе с тем из поля

зрения специалистов зачастую выпадает одна из важнейших областей существования больного – его повседневная жизнедеятельность. Тем не менее, опыт зарубежных коллег (Pilgrim E., Humphreys G.W., 1994; Goldstein L.H., 2004) показывает, что восстановление известных нам нарушенных механизмов произвольных движений при апраксиях не всегда приводит к восстановлению необходимых для жизни навыков. Поэтому в западной традиции возник второй подход к восстановлению произвольных движений – прагматический, соответствующий второму уровню МКФИЗ - уровню активности.

Основной целью нейрореабилитации в прагматическом подходе является уже не устранение апраксии как таковой, а приспособление пациента к окружающим его условиям, достижение им независимости от опекающих его людей. Поэтому работа здесь направлена не на перестройку нарушенных механизмов, а на формирование необходимого для данного пациента поведенческого репертуара (Hanna – Plady B. et. al., 2003; Neugten, C.M., 1998). Цели, устанавливаемые для каждого субъекта в рамках прагматического подхода, направлены на достижение максимальной независимости в быту, являются сугубо индивидуальными. Требование индивидуального подхода диктует конкретная среда, в которой находится больной - в зависимости от условий жизненной ситуации для каждого конкретного пациента требуются различные виды деятельности, различные необходимые бытовые навыки. Поэтому прагматический подход к реабилитации больных с апраксиями направлен на адаптацию к конкретным условиям, окружающим пациента, а не на восстановление механизма произвольного движения как такового.

Внутри самого прагматического подхода можно выделить две стратегии восстановления движений при апраксиях. Первая – приспособление больного к окружающей среде, базируется на допущении, что восстановление когнитивных функций до их прежнего уровня невозможно, и реабилитация должна сконцентрироваться на обучении больного новым компенсаторным стратегиям, которые призваны сделать возможным формирование индивидуальных бытовых навыков, необходимых данному конкретному пациенту для адаптации к повседневной жизни. Сторонники данного подхода (Григорьева В.Н. с соавт. 2006; Vixbaum L. et. al., 2008) ориентированы на формирование двигательных навыков с привлечением иных мышц или органов, новых двигательных стратегий, опирающихся на внутренние (самовербализация) и внешние (опора на картинку) компенсаторные средства, тренировку безошибочного выполнения движений. Иными словами, в рамках этого направления не устраняется апраксия, а достигается приспособление больного к окружающей среде с помощью новых средств или способов действия.

Вторым вариантом прагматического подхода является так называемая стратегия “совладания” с апраксией (management of apraxia). В отличие от первой стратегии, в данном

случае осуществляется, наоборот, приспособление окружающей среды к ограниченным возможностям пациента (Maher, L.M. et. al., 1997). В условиях отсутствия положительного эффекта от восстановления произвольных движений как в рамках патогенетического подхода, так и в рамках прагматической стратегии приспособления к окружающей среде, возможно облегчить выполнение повседневных действий с помощью модификации среды в сторону ее упрощения. Одним из средств такого упрощения является изменение среды, ведущее к изменению способа выполнения действия. Например, модификация окружающей среды приводит к замене задач, предполагающих использование орудия, на задачи, при реализации которых движение возможно выполнить без орудия. Другой способ – изменение среды, позволяющее ограничить общее количество используемых орудий или выполнять только хорошо знакомые действия в целях избегания опасных для жизни ситуаций.

Таким образом, особое значение в прагматическом подходе восстановления произвольных движений придается тому, как конкретный больной выполняет различные движения и действия, необходимые в его индивидуальной повседневной жизни (Neugten, С.М., 1998), т.е. ведется работа, нацеленная на повышение независимости пациента от окружающих. Вместе с тем, в прагматическом подходе проблема изучения механизмов апраксий, а, значит, их объяснения, остро не стоит, что, к сожалению, в большой мере снижает к этому подходу академический интерес.

На сегодняшний день нейропсихологическое сообщество активно обсуждает вопрос о месте и значении прагматического подхода в процессе нейрореабилитации. Изначально прагматический подход возник как оппозиция патогенетическому. Впоследствии же нейропсихологическое сообщество пришло к выводу, что эти подходы не стоит противопоставлять. Работу над восстановлением механизмов, с одной стороны, и навыков повседневной жизни, с другой, возможно вести последовательно или параллельно. Существует точка зрения, что в острой фазе заболевания приоритетным направлением является работа над механизмами, нарушающимися при апраксиях (т.е. работа должна вестись в рамках патогенетического подхода). Когда же реабилитационный потенциал в этом направлении будет исчерпан, то следует переходить к прагматическому подходу (Goldstein L.H., 2004). Другие авторы считают, что работа в патогенетическом и прагматическом направлениях может вестись параллельно (Vuxbaum L. et. al., 2008).

Таким образом, внедрение прагматического подхода в процесс комплексной реабилитации высших психических функций, в том числе и произвольных движений, является важной прикладной и практической задачей отечественной нейропсихологии. Развитие этого направления позволит значимо повысить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, улучшить качество жизни больного.