

**Восстановление произвольных движений у больных с апраксиями:
существующие проблемы и пути их преодоления.**

Емельянова М.А., Скворцов А.А., Власова (Зайкова) А.В.

ЦПРН, НИУ ВШЭ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МНИИ психиатрии

Росздрава, г. Москва.

В XX веке были описаны основные формы апраксий, предложены механизмы, лежащие в основе каждой формы нарушений произвольных движений (Liermann Н., Neilman К.М., Лурия А.Р.). Параллельно развивалась разработка методов восстановления произвольных движений. В сфере реабилитации больных с апраксией можно выделить два основных подхода: 1) патогенетический, 2) прагматический.

Целью патогенетического подхода является устранение причины апраксии, т.е. перестройка лежащего в ее основе механизма. Восстановительная работа при этом, как правило, ведется на материале движений, которые непосредственно не связаны с повседневными нуждами пациента. Такой выбор обусловлен стремлением воздействовать на универсальные механизмы произвольных движений, а не обучить больного выполнять пусть и необходимые в жизни, но, тем не менее, единичные движения.

Прагматический подход возник на базе накапливающихся сведений о том, что полное восстановление универсальных механизмов движений часто недостижимо. Кроме того даже в случае кажущегося восстановления механизма, у больных наблюдаются трудности использования этих механизмов в повседневной жизни. Поэтому целью прагматического подхода стало обучение отдельным двигательным навыкам непосредственно необходимым конкретному больному в его индивидуальной жизненной обстановке (Григорьева В.Н. и др., 2006; Neugten, С.М., 1998). Вместе с тем в литературе нередко можно встретить данные о том, что такого рода отработка отдельных навыков не приводит к улучшению выполнения других, неотработанных в процессе реабилитации движений.

Таким образом, общей, как для патогенетического, так и для прагматического подхода, является проблема переноса (трансфера, генерализации) отработанных способов выполнения движений на новые ситуации. Вторая не менее важная проблема, до конца нерешенная в рамках обоих подходов, заключается в малой стойкости реабилитационного эффекта.

Выделяют ряд предпосылок, способствующих повышению эффективности переноса(Chantaletal, 2007):

1. Больному следует знать, что такое перенос (трансфер).
2. Больному следует осознать ограничения и недостатки собственного функционирования, прежде чем он начнет усваивать необходимые стратегии, улучшающие его жизнедеятельность.
3. Больной должен уметь оценивать, когда и в каких ситуациях трансфер может применяться.
4. Пройденный материал должен быть отработан на максимальном количестве разнообразных ситуаций.
5. Трансфер должен направляться специалистом уже в течение самого обучения, так как автоматически он не произойдет.

Затрагивая проблему стойкости реабилитационного эффекта, стоит отметить, что результаты многих исследований указывают на то, что, к сожалению, эффект реабилитационных мероприятий, проводимых в рамках как патогенетического, так и прагматического подходов, может ограничиваться периодом от 2 недель до месяца. Совместное же применение обоих подходов продлевает эффект занятий до 6-30 месяцев (Vuxbaum L.,et al, 2008). Подобная ограниченная стойкость реабилитационного эффекта свидетельствует о том, что восстановительные процедуры не могут являться однократной мерой, а требуют регулярного и постоянного повторения.

Таким образом, на сегодняшний день актуальными проблемами в сфере восстановления произвольных движений являются: 1) выявление механизмов эффективного переноса отработанных способов реализации движения; 2)

увеличение стойкости достигнутого в ходе восстановленных процедур эффекта. Решение указанных вопросов восстановления произвольных движений у больных с апраксией, безусловно, повысит эффективность реабилитационных мероприятий, улучшит качество жизни пациентов.