

Н.Ю. Оганесян, Э.Н. Соловьева, Е.Г. Журавлева

НЕЙРОМОТОРНАЯ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Городская психиатрическая больница № 6 (Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И)

Актуальность. Методы нейромоторной и танцевально-двигательной терапии, направленные на психомоторную коррекцию эмоциональной, двигательной, когнитивной сфер психики человека сравнительно недавно применяются в реабилитации пациентов различных нозологических групп. Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50–60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2–5 %.

Клиника заболевания характеризуется незаметным началом и постепенным прогрессированием. Средний возраст начала заболевания – 54 года. Средняя продолжительность до наступления смерти – 6 лет.

Особенностью клиники в начале заболевания является постепенное нарушение эмоционально-волевой и поведенческой сферы, а также снижение критики к своему состоянию. Таким образом, коррекция психомоторного состояния пациентов с помощью танцевально-двигательной терапии как невербального психотерапевтического метода дает возможность улучшить качество жизни таких пациентов.

Цель – апробация нейромоторной и танцевально-двигательной терапии как метода невербальной психотерапии в реабилитации пациента с болезнью Пика.

Методология. В данной статье подробно изложены психологический, психомоторный анализ пациента с болезнью Пика, находящегося в психиатрическом стационаре. Подробно описывается и анализируется психотерапевтическая работа танцевально-двигательного терапевта, опирающаяся на предварительную психологическую и психомоторную диагностику.

Результаты и их анализ. Приводится описание моторно-эмоционального состояния пациента в процессе танцевально-терапевтической сессии в динамике, с опорой на психодиагностический инструментарий. Можно отметить, что преморбидно высокий интеллектуальный уровень удлинняет процесс снижения и избирательность поражения, что позволяет через сложный художественный образ танца мобилизовать компенсаторные возможности из резервов других полушарий мозга. При отключении локальных когний левого полушария включается компенсаторный процесс правого полушария головного мозга.

Заключение. Резюмируя, отмечаем, что нейромоторная и танцевально-двигательная терапии могут успешно применяться в реабилитации пациентов как с болезнью Пика, так и с болезнью Альцгеймера. При наличии когнитивного регресса левого полушария компенсаторная активация правого полушария головного мозга в танцевально-двигательной терапии может значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

Ключевые слова: нейромоторика, танцевально-двигательная терапия, болезнь Пика, психологическая и психомоторная диагностика.

✉ Оганесян Наталия Юрьевна – канд. психол. наук, клинич. психолог, танцевально-двигательный терапевт, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: anais_og@rambler.ru;

Соловьева Эмилия Николаевна – канд. мед. наук, врач-невролог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: alekseysolovyev@mail.ru;

Журавлева Евгения Геннадиевна – клинич. психолог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: xarda@mail.ru

Проблема взаимосвязи физического и умственного развития человека на протяжении длительного периода ее изучения не получила однозначного решения, однако на современном уровне знаний, с позиций теории функциональных систем и принципа единства сознания и деятельности, нельзя отрицать взаимную связь моторного и психического развития. Более того, имеются достаточные основания, чтобы утверждать наличие несомненной и действенной связи двигательной функции с психическим развитием человека, так как они – две стороны одного и того же явления [3]. Быстрота двигательной реакции определяется прежде всего свойствами анализаторов, динамикой центральных нервных процессов и нервно-мышечных отношений.

Методы нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции, такие как нейромоторная и танцевально-двигательная терапии, направлены на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурии), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма, операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию [1, 4, 7]. Анатомо-функциональная представленность нейромоторных упражнений, применяемых в этих методах, соответствует их влиянию на подкорково-стволовые образования, теменно-височно-затылочную кору больших полушарий и лобную кору головного мозга [11]. Данные методы прекрасно зарекомендовали себя при многих расстройствах детско-подросткового возраста, включающих проявления психического дизонтогенеза [5, 9]. Более того, данные психотерапевтические подходы успешно применяются в отношении взрослых пациентов с психическими нарушениями [8, 12, 13].

Мозг постоянно меняется, он всегда способен на создание новых нейронных связей и, соответственно, новых привычек. Эта его способность и получила название «нейропластичность» [2].

Нейронные связи – это своего рода автобаны мозга, значительно облегчающие для его нейронов передачу той или иной информации. При этом чем чаще информация проходит по нейронным цепям, тем крепче эта связь становится.

Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50–60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2–5 %.

Клиника заболевания характеризуется незаметным началом и постепенным прогрессированием. Средний возраст начала заболевания – 54 года. Средняя продолжительность до наступления смерти – 6 лет.

Особенностью клиники в начале заболевания является постепенное нарушение эмоционально-волевой и поведенческой сферы, а также снижение критики к своему состоянию.

Цель. Все вышеизложенное явилось стимулом к опробованию этих методов в лечении пациента с болезнью Пика на стадии реабилитации.

Методология

В ковидное и постковидное время нейромоторная и танцевально-двигательная терапии проводились индивидуально с каждым пациентом стационара по назначению лечащего врача, т.к. групповые занятия не проводились.

Танцевально-терапевтическая сессия, применяемая в реабилитации пациента с болезнью Пика состоит из 7 частей: 1) предварительная беседа с пациентом; 2) нейромоторные тестовые упражнения; 3) прослушивание музыки для танцевальной импровизации; 4) индивидуальная танцевальная импровизация; 5) парная танцевальная импровизация с танцевальным терапевтом; 6) индивидуальная танцевальная импровизация со сменой ритма; 7) нейромоторные тестовые упражнения и заключительная бе-

седа с пациентом для прояснения его эмоционального и физического состояния.

Представляем анамнез пациента С.

Пациенту 57 лет, доцент, кандидат наук. Преподаватель вуза, был научным руководителем нескольких диссертационных работ. Не женат. Детей нет. Жил с матерью. После ее смерти остался один в отдельной квартире.

Ухудшение состояния произошло около 5 лет назад. Стала снижаться память. Забывал нужные слова. Перестал пускать племянницу в квартиру, ссылаясь на захламленность, беспорядок. В сентябре 2021 года поступил сигнал от студентов о странностях в поведении. Был отстранен от работы со студентами. Впервые обратился в научно-клинический центр нейродегенеративных заболеваний ИМЧ РАН 22.09.2021 (в сопровождении коллеги) с жалобами на снижение памяти, изменение речи. Не мог читать длинные предложения, терял ориентацию на улице, не мог начать работу на компьютере. Стал апатичен, перестал следить за собой. После полного обследования выставлен диагноз «лобно-височная дегенерация с когнитивными, поведенческими нарушениями, моторной апраксией, речевыми нарушениями».

Находился на лечении в неврологическом отделении института мозга с 18.10.2021 по 01.11.2021. После выписки отмечалась положительная динамика. После выписки рекомендованную терапию принимал нерегулярно, забывал. Проживал один. Непостоянно получал помощь коллег.

С января 2022 г. в связи с прогрессированием нарушений интеллектуально-мнестической сферы, беспомощностью, проявлением поведенческих нарушений находился под опекой родственников: племянницы, жены брата. Далее в клинической картине стали нарастать нарушения памяти, неряшливость, нарушения поведения. Не разрешал выбрасывать вещи, перепрятывал предметы и мусор. Терял вещи. Мог положить ненужные предметы в сумку, брал тесак и нож на работу. Не мог объяснить своих действий. Отмечались нарушения письма и счета, трудности в подборе слов.

Со слов родственников, путает предметы, забывает, как ими пользоваться (например, как включить компьютер). Не может оплатить коммунальные услуги. Не понимает, как пользоваться деньгами и где их хранить. Часто включает газ, которым греется. Отвинчивает насадку от душа и заливает пол водой. Курит в квартире и нарушает нормы социального поведения.

При сборе анамнеза путает хронологию событий. Сам пациент анамнестические сведения подтверждает и добавляет, что стал менее активным, более апатичным. Меньше следит за собой. Изменились пищевые пристрастия. Уменьшилась потребность в курении. При беседе жалуется на трудности при подборе слов и нарушения памяти. Относится к своему состоянию с частичной критикой. Поступил в ГПБ № 6 по направлению ПНД в сопровождении родственника.

Результаты психологической диагностики

Пациент послушно следует за психологом к месту беседы, покладистый, подчиняемый. Поведение по большей части упорядоченное, пациент способен подчиняться ситуационным требованиям, однако эпизодически проявляются отдельные элементы полевого поведения и откликаемости. Так, пациент иногда повторяет и комментирует услышанные из отделения слова; несколько раз без инструкции берет лист и карандаш, лежащие перед ним, рисует на листе отдельные значки; на уточняющие вопросы о том, что это и для чего он это делает, ответить не может. Эмоциональное реагирование пациента обеднено, недостаточно дифференцировано, речь несколько замедленная по темпу, интонационно бедная, однообразная. На вопросы пациент часто отвечает расплывчато, не по существу, нередко не может дать четкий ответ, проявляет выраженную склонность к компенсаторному рассуждательству. В беседе пациент затрудняется конкретизировать собственные эмоциональные переживания, дифференцированно описать свое настроение и состояние, не может конкретизиро-

вать жалобы. Считает, что нуждается в лечении, однако, что именно нужно вылечить, формулирует с трудом. К своему состоянию предъявляет частичную критику, однако происходящим явственно не тяготится, часто понимает неудачи в своей работе, но демонстрирует легковесное отношение к ним.

В работе над заданиями продуктивность отчетливо снижена, предъявленные инструкции пациент понимает, однако усваивает их и следует им не всегда, часто нуждается в напоминаниях, дополнительных пояснениях и во внешней регуляции и направлении своей деятельности в соответствии с необходимой программой действий.

Представляем психологическое заключение из истории болезни пациента:

Функции, связанные с речью: обращенную речь пациент понимает, однако испытывает трудности в удержании даже относительно небольшого объема информации вследствие выраженной недостаточности слухоречевой памяти. Произносительная сторона речи относительно сохранна, пациент не испытывает затруднений в повторении сложных в фонематическом отношении слов, отраженная речь не нарушена. Диалогическая речь относительно развернутая, однако нередко в речи называние конкретного объекта подменяется бессодержательным категориальным наименованием (словом-заменителем, таким как «предмет» или «объект»), имеются трудности в поиске нужных слов, иногда проявляются вербальные парафазии. При поиске слов помогают подсказки как литеральные (по первой букве), так и категориальные (мечель – стол). Повествовательная речь грубо нарушена, искажается смысл повествования, фразы незаконченные, оборванные, пересказ имеет крайне мало общего с оригиналом. В заданиях на вербальную беглость пациент непродуктивен: в частности, в течение минуты может назвать лишь 3 слова на заданную букву или 5 слов из заданной категории.

В письменной речи проявляется неспособность к самостоятельному письму: пациент не может написать самостоятельно составленное предложение в связи с неспособностью удержать сформированный замысел

вербальной конструкции в памяти. В письме под диктовку отмечаются литеральные парафазии как по типу персеверативных включений, так и связанные с недостаточностью процессов переработки и удержания слухоречевой информации; списывание пациенту доступно. Чтение и понимание смысла прочитанного также доступно пациенту, предъявленные письменно инструкции он понимает и способен их выполнить в том случае, если способен удержать объем прочитанного в рабочей памяти.

Счет: на фоне сохранного узнавания и чтения чисел грубо нарушена способность к совершению счетных операций, пациент демонстрирует полную утрату навыков счета, в том числе и автоматизированных (таблица умножения).

Предметный и лицевой гнозис: в настоящее время без грубых нарушений, пациент верно опознает как реальные предъявленные лица и объекты, так и их контурные изображения. Отмечаются вторичные нарушения называния предметов, обусловленные описанными нарушениями речи, в частности поиском нужного наименования для предмета. Пациент испытывает преходящие трудности в узнавании зашумленных и частичных изображений, однако в большинстве случаев также способен справиться с задачей с опорой на подсказку.

Пространственный гнозис и праксис: пациенту практически недоступно понимание пространственных и квазипространственных отношений как в предметных действиях, так и в рамках собственного тела. Формально сохранна ориентировка «право-лево», пациент способен выполнить простую инструкцию (взять ручку в правую или левую руку), однако при необходимости повторить более сложные действия определенной рукой делает это обеими руками, при этом располагает их неправильно как относительно друг друга, так и относительно других частей тела, не способен повторить позы пальцев. При этом большую часть описанных действий пациент способен выполнить спонтанно или по вербальной инструкции, описывающей их символический смысл. Так, не может повто-

рить после показа соединение указательного и большого пальцев в кольцо, однако после вопроса «Как бы вы показали знак “ОК”?» без затруднений складывает пальцы нужным образом. *Двигательный стереотип не формируется в связи с неспособностью повторить движения по наглядному показу. Грубо нарушен динамический праксис*, в пробе «кулак – ребро – ладонь» пациент использует обе руки вместо одной, при этом каждая рука совершает персеверации «своего» действия: одна бьет по столу кулаком, а вторая ставится на ребро, и лишь после неоднократных вербальных повторений одна из рук ложится ладонью на стол. Графический стереотип также очень быстро принимает форму персеверации. *По тем же причинам не формируются реакции выбора: при предъявлении пациенту ритма он почти сразу полностью копирует ритм экспериментатора.* Пациенту полностью недоступно как понимание пространственных отношений объектов, так и пространственное конструирование объекта даже при наличии наглядного образца. Не определяет время на «слепых» часах, не может изобразить часы самостоятельно. Не справляется ни с одной задачей субтеста «Кубики Кооса», почти недоступно как копирование объемных фигур (дом, стол), так и их самостоятельное рисование. Также отмечается грубое нарушение квазипространственных отношений: пациент не понимает отношений между предметами, обозначаемых предлогами: «за», «под», «над» и др.; не может как опознать подобные расположения предметов, так и поместить предметы таким образом самостоятельно. Отмечаются выраженные затруднения в понимании сложных логико-грамматических конструкций: так, считает, что «мамина дочка» и «дочкина мама» – это один и тот же человек, «отец брата» и «брат отца» – «наверно, разные, но я не знаю, кто они».

В аттентивно-мнестической сфере продуктивность отчетливо снижена в связи с затруднениями произвольной регуляции, а также со снижением всех видов и процессов памяти и внимания. Грубо нарушена способность к концентрации и переключаемо-

сти произвольного внимания как в слуховой, так и в зрительной модальности, выражено сужен объем слухоречевой и зрительной памяти, грубо нарушена способность к оперативному переструктурированию информации, процесс запоминания непродуктивен. Зрительное восприятие плохо дифференцировано, пациент не замечает нехватку важных деталей объектов. По карточкам субтеста «Недостающие детали» не справляется с задачей ни на одной карточке. Пациент не способен отыскивать числа в таблицах Шульте, хотя без затруднения узнает их и читает.

Мышление непродуктивное, замедленное по темпу, инертное, по большей части конкретное, с выраженными трудностями построения смысловых, временных и причинно-следственных связей. Нарушены операции анализа и синтеза. Измерить интеллектуальную продуктивность пациента методикой Векслера не представляется возможным.

В эмоционально-личностной сфере отмечается обеднение эмоционального реагирования при относительной сохранности ранее сформированных стереотипов поведения, недостаточная критичность и легковесность в оценке себя и жизненных ситуаций. Адаптационные возможности значительно снижены.

Таким образом, на основании описанного выше можно выделить следующие нейропсихологические факторы:

- фактор пространственной и квазипространственной деятельности, включающий в себя конструктивную апраксию, две формы афазии (семантическую и амнестическую – в данном случае как часть акустико-мнестической афазии) и акалькулию, а также характерные для этих нарушений проявления дисграфии. Также здесь можно отметить идеомоторную апраксию по Липману, которая предполагает неспособность выполнять действия по команде при сохранности спонтанного выполнения этих действий и сохранности символических действий. Поражение локализуется в нижней части левой теменной доли;

- кинетический фактор, отвечающий за обеспечение перехода от одного элемента

движения к другому при выполнении различных действий. Признаки кинетической апраксии (по А.Р. Лурии): нарушение плавности, дезавтоматизация привычных движений (в частности при письме), застревание на отдельных фрагментах движений (персеверации). Нарушение кинетической мелодии и динамики двигательного акта (вторичные поля двигательного анализатора, премоторные отделы, поля 6, 8, 44, 45 (по К. Бродману)). Фактор программирования и контроля, проявляющийся в нарушении высших форм регуляторных процессов – произвольной регуляции психической деятельности (префронтальные отделы, поля 9, 10, 45, 46, 47 (по К. Бродману)).

Результаты и их анализ

Мы так подробно остановились на проведенной нейропсихологической диагностике для того, чтобы было понятно, с какими проблемами столкнулся танцевально-двигательный (нейромоторный) терапевт, когда лечащий врач пациента предложил попробовать провести с ним индивидуальную нейромоторную терапию.

Выделенные курсивом отрывки психологической диагностики приведены специально, чтобы показать разницу психодиагностики и конкретной работы пациента в танцевально-двигательной сессии.

Нейромоторная терапия состоит из серии упражнений, направленных на диагностику и коррекцию мелкой моторики, координации мелких и крупных движений, пространственной ориентации, выявление органических поражений головного мозга (по Лурии) и оптико-моторной координации (по Н.И. Озерецкому – И.Н. Толчинскому) [10], а также на коррекцию концентрации внимания на визуально-моторных стимулах поведения человека. Основной принцип нейромоторики – это одновременная синхронная работа обеих рук, при этом каждая из которых выполняет свое задание. Именно при таких упражнениях тренируется согласованная работа двух полушарий мозга. Выделим пять координационных способностей:

способность к реагированию; ритмическая способность; способность к равновесию; способность к пространственному ориентированию; способность к кинестетическому дифференцированию. Как правило, при болезни Альцгеймера эти способности нарушаются [12]. Но необходимо отметить, что те пациенты, которые в детстве занимались какими-либо видами спорта, долго сохраняют координационные способности, независимо от тяжести заболевания. При регулярном выполнении перекрестных движений образуются новые волокна, связывающие полушария головного мозга, что способствует развитию высших психических функций, в особенности процессов мышления и речи. Однако разные участки мозга тесно связаны с различными частями тела. И отсюда следует, что, тренируя разные части тела, мы активизируем и тренируем новые участки мозга.

В процессе психомоторной диагностики танцевальный терапевт практически подтвердил все, что определил психолог. Но при диагностическом упражнении на ритм движений стало понятно, что пациент чувствует смену музыкального ритма. Это и явилось главной мишенью танцевальной терапии во время последующих сессий. Танцевальный терапевт стала предлагать пациенту разные музыкальные произведения для прослушивания – таким образом определились музыкальные предпочтения пациента, и на вопрос: «Не хотите ли вы немного потанцевать под музыку? Как получится – это не важно» – был ответ: «С удовольствием». То, что произошло дальше, было диаметрально противоположно психологической и психомоторной диагностике в статике.

1. В танце пациент гармонично и координированно двигал как ногами, так и руками, и даже корпусом.

2. Он занимал достаточное пространство для танца, двигаясь в разных направлениях.

3. Периодически закрывал глаза, погружаясь в плавную, мелодичную музыку.

4. Он танцевал, не обращая внимания на то, что многие пациенты смотрели на его танец и даже аплодировали в конце.

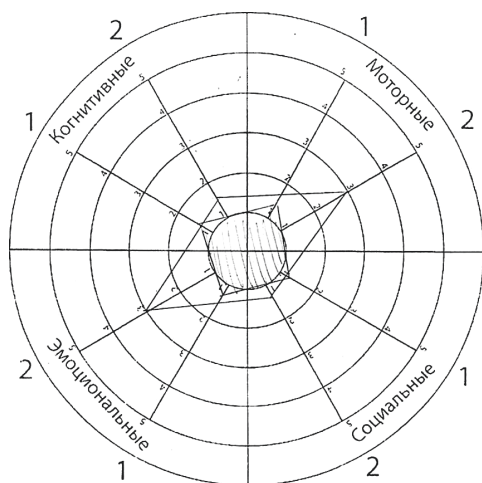
На следующей танцевально-терапевтической сессии мы танцевали в паре вальс. Пациент уверенно вел партнершу (танцевального терапевта), меняя пространство и направление движений, подстраивался под движения партнерши. По окончании сессии пациент поблагодарил танцевального терапевта, сказав: «Я давно не получал такого удовольствия. Спасибо большое». На вопрос: «Танцевали ли Вы раньше?» – ответил: «Ну только иногда, на вечеринках в институте».

На последующих танцевально-терапевтических сессиях мы работали индивидуально, уходя с отделения в актовый зал. Танцевали под разные стили музыки, и каждый раз пациент подстраивался под музыкальное произведение. Некоторые трудности в повторении движений за танцевальным терапевтом были, но пациент раз за разом их успешно преодолевал. При этом речь его становилась более ясной и распространенной, ему было легче подбирать слова для ответов.

Представляем психодиагностическую методику, примененную на первой и на последней сессии.

Методика КМСЕ Рамос Валерио Л.Э. [14]

Эта методика оценивает когнитивное, моторное, социальное и эмоциональное состояние пациентов на первой сессии (цифра «1») и на последней (цифра «2»). Длину диагональных линий можно высчитать в миллиметрах; таким образом, имеется возможность математически обработать результаты методики.



Заключение

Пациент посетил 10 реабилитационных сессий: из них 6 сессий индивидуальной нейромоторной терапии; 2 сессии индивидуальной танцевально-двигательной терапии и 2 сессии комплексной моторной и статической релаксации под выбранную им самим музыку. Последние 4 сессии проводились в конференц-зале, куда надо было найти дорогу из отделения. На последней сессии пациент сам отыскал дорогу, поднялся на отделение, нашел звонок и позвонил, чтобы открыли дверь, чего раньше сделать не мог. На диаграмме выше можно отметить, что при первичной психомоторной диагностике (цифра «1») пациент продемонстрировал низкий уровень по всем шкалам методики. При заключительной диагностике (цифра «2») он совершил высокий «скачок» по шкалам «эмоциональные функции» и «моторные функции». Когнитивные функции улучшились, но не так значительно, как эмоциональные и моторные, а вот социальные практически не изменились.

Во время статической релаксации пациент быстро расслабляется и грамотно описывает свое состояние. Во время моторной релаксации строит свои движения, которые отражают музыкальный ряд. При смене музыки движения и эмоции также изменяются.

Таким образом, прослушивание музыки включает у пациента центры мозга, отвечающие за воображение (теменно-височный отдел) и слуховые анализаторы (височные области). Затем, если предъявляется видеоматериал танца какого-то человека, он может запомнить движения и самостоятельно их повторить под ту же музыку. То есть невербальное зрительное внимание включает только тогда, когда звучит музыка. После танца под музыку речь пациента значительно улучшается – с ним возможно говорить на разные темы (обсуждать литературные произведения, живопись, его работу преподавателем в университете). При этом некоторые сложности в подборе слов сохраняются, но он успешно их преодолевает, заменяя соответствующие слова похожими по смыслу.

Можно отметить, что преморбидно высокий интеллектуальный уровень удлинняет

процесс снижения и избирательность поражения, что позволяет через сложный художественный образ танца мобилизовать компенсаторные возможности из резервов других полушарий мозга. При отключении локальных когний левого полушария включается компенсаторный процесс правого полушария головного мозга.

Относительно психомоторной диагностики констатируем: нарушения кинетической мелодии и двигательного акта не прослеживаются. Согласно методике «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю. [6], можно видеть, что: 1) пациент строит свои движения; 2) пациент исполняет движения как фронтально-латеральные, так и сагиттальные; 3) география танца развернута; 4) представлены уровни движений: верхний, право-лево, круговые; 5) пациент креативен в выборе музыки. Он уверенно ведет партнершу, что говорит о довольно высокой самооценке (считает, что партнерша должна ему подчиняться). Музыкальный ритм движений удерживает. При нейромоторных упражнениях в статическом положении (сидя на стуле) наблюдается ограниченная зона воздействия: пациент понимает, что его тестируют и очень расстраивается, если упражнения не получаются. Предложенные движения в танце он обогащает собственной фантазией и дополнительно структурированными образами. Эмоциональная окраска (степень удовольствия) нарастает в танце, что влияет на общее эмоциональное состояние.

Но, несмотря на все вышеперечисленное, во время психодиагностики по методике А.Р. Лурии, направленной на выявление органических поражений головного мозга, пациент с задачами не справляется. Повторить упражнения на координацию движений по предъявленному образцу не может. С рисуночной методикой Н.И. Озерецкого – И.Н. Толчинского на оптико-моторную координацию не справляется. С проективной рисуночной методикой Урсулы Аве-Лаллемант «Звезды и Волны» также не справляется. С проективной методикой «Какого Я цвета» Н.Ю. Оганесян [6], где нужно заштриховать

небольшой квадрат любым цветом, не удерживается в границах теста.

Таким образом, можно предположить, что эмоционально насыщенный с положительной мотивацией танец снижает уровень зоны функциональных нарушений (зоны парабиоза), которая формируется вокруг зон структурных (дегенеративно-дистрофических) изменений.

Демонстрация танцевальным терапевтом разнообразных движений оказалась пациенту более понятна, чем вербальные инструкции в процессе диагностики. В глубине его запертой болезнью памяти сохраняется целый «сундук интеллекта», который он по заданию танцевального терапевта с трудом приоткрывает и достает фрагменты оттуда своих забытых художественных навыков.

Можно выдвинуть такую гипотезу: в связи с уходом матери и его тесной связью с ней, возможно, произошел слом жизненных стереотипов.

Нейропсихологическое обследование показало наличие моторной апраксии, пространственно-конструктивной апраксии, кинестетической апраксии. Выявлены плавность и дезавтоматизация, персеверация движений, две формы афазии и акалькулии. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Структурные поражения («отложение амилоида») носят многоочаговый характер, поэтому и характер нарушенных (когнитивных) функций (афазия, апраксия, алексия и т.д.) носит локализованный характер. А переклечения с танца на музыку и моторные упражнения, по-видимому, больше зависят от нейронных связей.

Когнитивные нарушения, связанные с локальными структурными поражениями в виде отложений амилоида (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера), носят многоочаговый, чаще корковый характер. Вокруг очагов формируются функциональные зоны парабиоза. По-видимому, танец как сложный музыкально-художественный образ, обогащенный разными ритмами, движениями, импровизацией, обладающий положительной эмоциональной окраской, фор-

мирующей синтонностью танцевального терапевта и пациента, мобилизует старые («устойчивые», «жесткие», по Н.П. Бехтеревой) нейронные связи и в процессе активно формирует новые («гибкие», по Н. П. Бехтеревой) нейронные связи (может быть, временные) [2]. Одновременно танец, музыка, эмоции как бы пробуждают функциональные зоны парабриза, мобилизуя тем самым компенсаторные резервы.

Резюмируя отмечаем, что нейромоторная и танцевально-двигательная терапии могут успешно применяться в реабилитации пациентов как с болезнью Пика, так и с болезнью Альцгеймера. При наличии когнитивного регресса левого полушария компенсаторная активация правого полушария головного мозга в танцевально-двигательной терапии может значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

Литература

1. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / под ред. О.Г. Газенко; изд. подгот. И.М. Фейгенберг. М.: Наука, 1990. 494 с.
2. Бехтерева Н.П. О мозге человека. СПб: Изд-во «Нотабене», 1994. 244с.
3. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. СПб: Питер, 2003. 384 с.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб: Питер, 2018. 768 с.
5. Логвина Е.Н. Нейромоторика. 74 упражнения для развития межполушарного взаимодействия, мелкой моторики и высших психических функций. Изд-во АСПИ, 2021. 220 с. URL: <https://ridero.ru/books/neiromotorika/freeText> (дата обращения: 10.03.2023).
6. Оганесян Н.Ю. Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 12. Вып. 2. Ч. I. С. 206–214.
7. Оганесян Н.Ю. Динамика психомоторных процессов больных шизофренией в танцевальной психотерапии с позиции нейропсихологии // Мат. Всерос. юбилейной науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы военной психиатрии». СПб.: ВМЕДА, 2011. 178 с.
8. Оганесян Н.Ю. Специфические особенности «отзеркаливания» движений в танцевальной терапии шизофрении // Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность? Мат. Всерос. науч.-практ. конф. с междунауч. совм. с XVII Всемир. конгр. Всемирной ассоциации динамической психиатрии — 17th World Congress of the WADP. 14–17 мая 2014 г. [под ред. Н.Г. Незнанова]. СПб: Альта-Астра, 2014. С. 312–315.
9. Оганесян Н.Ю. Танцевально-двигательная психотерапия // Детская психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера, М.Ю. Городновой, А.Э. Тарабанова. СПб.: Питер, 2022. С. 583–594.
10. Озерский Н.И., Гуревич М.О. Психомоторика. М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1930. Ч. 1. 169 с.; Ч. 2. 174 с.
11. Adamkova M., Hatlova B. Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia. University of J.E. Purkyne in Usti nad Labem, Czech republic, 2012. 272 p.
12. Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F., Wolf R.C. Motor Dysfunction within the Schizophrenia-spectrum: A Dimensional Step Towards an Underappreciated Domain // Schizophrenia Research. 2015. Vol. 169 (1–3). P. 217–233.
13. Oganessian N.Yu. Dance Therapy as Form of Communication Activating Psychotherapy for Schizophrenic Patients // Body, Movement and Dance in Psychotherapy. 2008. Vol. 3, N. 2. P. 97–107.
14. Ramos Valerio L.E. Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019. 93 p.

Поступила 09.03.2023 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Вклад авторов: Н.Ю. Оганесян – разработка дизайна исследования (танцевально-терапевтических сессий), анализ и обработка полученных результатов, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи; Э.Н. Соловьева – ко-терапия танцевально-терапевтических сессий, оценка и описание неврологического статуса пациента, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи; Е.Г. Журавлева – написание психологического заключения, подготовка заключительного варианта статьи.

Для цитирования: Оганесян Н.Ю., Соловьева Э.Н., Журавлева Е.Г. Нейромоторная и танцевально-двигательная терапии в реабилитации пациента с болезнью Пика (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43

N.Y. Oganessian, E.N. Solovyeva, E.G. Zhuraveva

Neuromotorial and dance-movements therapeutics as a rehabilitation programm for patient with “Pica Disease” (Clinical case)

State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, Russia)

✉ Natalia Yurievna Oganessian – PhD Psychol. Sci, dance movement therapist, State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: anais_og@rambler.ru

Emilya Nikolaevna. Solovyeva – PhD Med. Sci, neurologist, State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: alekseysolovyev@mail.ru

Evgeniya Gennadiyevna Zhuravleva – clinical psychologist, State Psychiatric Hospital 6, (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia) e-mail: xarda@mail.ru

Abstract

Relevance. Methods of neuromotor and dance-movement therapy, aimed at psychomotor correction of emotional, motor, and cognitive spheres of the human psyche, are relatively recently used in rehabilitation of patients of different nosological groups. Pick's disease is a chronic and progressive disease of the central nervous system, usually occurring at the age of 50–60 years and characterized by destruction and atrophy of the cerebral cortex mainly in the frontal and temporal lobes. The prevalence in the structure of dementias is 2–5 percent.

The clinical picture of the disease is characterized by imperceptible onset and gradual progression. The average age of onset is 54 years. The average duration to death is 6 years.

At the beginning of the disease, a gradual disturbance of the emotional-volitional and behavioral sphere, as well as a decrease in criticism of his condition is characteristic of the clinic. Thus, correction of psychomotor state of patients with the help of dance-movement therapy as a non-verbal psychotherapeutic method provides an opportunity to improve the quality of life of such patients.

The purpose of this work is to test neuromotor and dance-movement therapy as a method of nonverbal psychotherapy in the rehabilitation of a patient with Pick's disease.

Methodology. This paper describes in detail the psychological, psychomotor analysis of a patient with Pick's disease who is in a psychiatric hospital. The psychotherapeutic work of the dance and movement therapist, based on psychological and psychomotor pre-diagnosis, is described and analyzed in detail.

The results and their analysis. Description of the motor-emotional state of the patient during dance therapy sessions is presented dynamically, relying on psychodiagnostic tools. It can be noted that the pre-morbidly high level of intelligence prolongs the process of reduction and selectivity of impairment, allowing mobilization of compensatory capacities from reserves of other brain hemispheres through a complex artistic dance expression. When local cognitive functions of the left hemisphere are disabled, compensatory processes of the right hemisphere of the brain are activated.

Conclusion. To summarize, we note that neuromotor and dance-movement therapy can be successfully used in the rehabilitation of patients with both Pick's disease and Alzheimer's disease. In the presence of cognitive regression of the left hemisphere, compensatory activation of the right hemisphere of the brain in dance-movement therapy can significantly improve the quality of life of such patients.

Keywords: neuromotor skills, dance-movement therapy, Pick's disease, psychological and psychomotor assessment.

References

1. Bernshteyn N.A. Fiziologiya dvizheniy i aktivnost' [Physiology of movement and activity]. Ed. O.G. Gazenko. Moscow, 1990. 494 p. (In Russ.)
2. Bekhtereva N.P. O mozge cheloveka [About the human brain]. St. Petersburg, 1994. 244 p. (In Russ.)
3. Il'in Ye.P. Psikhomotornaya organizatsiya cheloveka [Psychomotor organization of a person]. Sankt-Petersburg, 2003. 384 p. (In Russ.)

4. Luriya A.R. Vysshie korykovyye funktsii cheloveka [Higher cortical functions of a person]. Sankt-Petersburg, 2018. 768 p. (In Russ.)
5. Logvina Ye.N. Neyromotorika. 74 uprazhneniya dlya razvitiya mezhpolusharnogo vzaimodeystviya. Melkoy motoriki i vysshikh psikhicheskikh funktsiy [Neuromotor. 74 exercises for the development of interhemispheric interaction. Fine motor skills and higher mental functions]. 2021. 220. URL: <https://ridero.ru/books/neiromotorika/freeText> (accessed: 10.03.2023) (In Russ.)
6. Oganessian N.Yu. Teoretiko-metodologicheskiye aspekty tantseval'noy terapii bol'nykh shizofrenii [Theoretical and methodological aspects of dance therapy for patients with schizophrenia] *Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta* [Bulletin of St. Petersburg University]. 2009. 12(2):206–214. (In Russ.)
7. Oganessian N.Yu. Dinamika psikhomotornykh protsessov bol'nykh shizofreniyey v tantseval'noy psikhoterapii s pozitsii neyropsikhologii [Dynamics of Psychomotor Processes in Patients with Schizophrenia in Dance Psychotherapy from the Position of Neuropsychology]. *Aktual'nye problemy voennoy psikiatrii* [Actual problems of military psychiatry]. 2011. 178 p. (In Russ.)
8. Oganessian N.Yu. Spetsificheskiye osobennosti «otzerkalivaniya» dvizheniy v tantseval'noy terapii shizofrenii [Specific features of «mirroring» movements in dance therapy for schizophrenia]. *Mezhdistsiplinarnyy podkhod k psikhicheskim rasstroystvam i ikh lecheniyu: mif ili real'nost'?* [An interdisciplinary approach to mental disorders and their treatment: myth or reality?]. Ed. N.G. Neznanova. St. Petersburg, 2014. 312–315. (In Russ.)
9. Oganessian N.Yu. Tantseval'no-dvigatel'naya psikhoterapiya [Dance movement psychotherapy] *Detskaya psikhoterapiya i meditsinskaya psikhologiya* [Child psychotherapy and medical psychology]. Ed. E.G. Eydemiller, M.Yu. Gorodnova, A.E. Tarabanov. St. Petersburg, 2022. 583–594. (In Russ.)
10. Ozeretskiy N.I., Gurevich M.O. Psikhomotorika [Psychomotor]. Moscow –Leningrad. 1930. (1):169; (2):174.
11. Adamkova M., Hatlova B. Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia. University of J.E. Purkyne in Usti nad Labem, Czech Republic, 2012. 272 p.
12. Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F., Wolf R.C. Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain. *Schizophrenia Research*. 2015. 169(1–3):217–233.
13. Oganessian N.Yu. Dance therapy as form of communication activating psychotherapy for schizophrenic patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2008. 3(2):97–107.
14. Ramos Valerio L.E. Metodika KMSE v dinamike antroposofskoy tantseval'noy psikhoterapii. Teoreticheskoye obosnovaniye. Sistema diagnostiki. Otsenka effektivnosti [KMSE methodology in the dynamics of anthroposophic dance psychotherapy. Theoretical justification. Diagnostic system. Efficiency mark]. *LAP LAMBERT Academic publishing*. 2019. 93.

Received 09.03.2023

For citing: Oganessian N.Y., Solovyeva E.N., Zhuraveva E.G. Neyromotornaya i tantseval'no-dvigatel'naya terapii v reabilitatsii pacienta s boleznyu Pika (klinicheskij sluchaj). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):33–43. (In Russ.)

Oganessian N.Y., Solovyeva E.N., Zhuraveva E.G. Neuromotorial and dance-movements therapeutics as a rehabilitation programm for patient with “Pica Disease” (Clinical case). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43
