

Л. Ф. Шестопалова, д-р психол. наук, проф., зав. відділом медичної психології, В. А. Кожевнікова
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ОСОБИСТОСТІ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

В даному дослідженні показано особливості порушень когнітивних функцій і особистості при хворобі Паркінсона. Має місце широкий спектр порушень загальної когнітивної продуктивності, від порушень когнітивних функцій легкого ступеня за органічним типом до когнітивного зниження та деменції, в сполученні з вираженим дефіцитом довільно-регуляторного забезпечення психічної діяльності і підвищеною виснажливістю психічних процесів. Порушення особистості і емоційної сфери у даній категорії хворих проявляються у вигляді іпохондризації, ригідності, тривожно-депресивних проявів і міжособистісної сензитивності.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, когнітивні функції, особливості особистості, якість життя

Одним з найбільш розповсюджених пізніх дегенеративних захворювань нервової системи є хвороба Паркінсона (ХП). У близько 95 % хворих на ХП мають місце когнітивні порушення різного ступеня вираженості [1, 2]. В перші 5 років у більшості хворих формуються когнітивні порушення легкого або помірного ступеня, що не призводять до значної соціальної дезадаптації, однак можуть негативно впливати на якість їх життя. З прогресуванням захворювання когнітивні порушення мають тенденцію до поглиблення та можуть досягати рівня деменції. Розповсюдженість деменцій при ХП зростає з терміном захворювання: через 5 років хвороби деменція виявляється у 10 % хворих, через 10 років — більш, ніж у половини пацієнтів [2]. Якісний аналіз когнітивної продуктивності хворих на ХП, за даними деяких досліджень, показав, що у них домінують динамічні та регуляторні когнітивні порушення. Динамічні порушення проявлялись недостатністю функцій довільної уваги, зниженням розумової працездатності та ініціативи, уповільненням темпу та підвищеною виснажливістю психічних процесів. Розлади регуляторних функцій у цих пацієнтів характеризувались неспроможністю ініціювати, планувати та контролювати психічну діяльність, підтримувати обрану стратегію дій, швидко переключатися з одного завдання на інше [3, 4]. Є наукові дані, що ступінь порушень когнітивних функцій, поряд з низкою інших чинників, таких як вік пацієнта, термін та особливості клінічної картини захворювання тощо, можуть впливати на розвиток психотичних розладів у хворих на ХП [4, 6]. Більшість авторів, які досліджували психотичні розлади при хворобі Паркінсона, відзначають, що вони частіше виникають на фоні деменції і їх частота у цієї категорії хворих сягає 34—70 % [5, 6]. Також відзначається, що у хворих на ХП з більш вираженими когнітивними та афективними розладами ефективність застосування специфічної фармакологічної терапії є більш низькою [7, 8]. Отже, дослідження порушень когнітивних функцій та особистості при хворобі Паркінсона є актуальними і мають велике медично-соціальне значення.

Було обстежено 38 хворих на ХП (17 чоловіків, 21 жінка). Середній вік пацієнтів становив $(46,4 \pm 16,3)$ роки.

Методи:

— психодіагностичний метод: використовувались шкала Mini-mental Scale Examination (MMSE) (М. F. Folstein, S. E. Folstein, H. R. Mchugh, 1975), методики «Запам'ятовування 10 слів» та таблиці Шульте (С. Я. Рубінштейн, 1970), тест зорової ретенції Бентона, методика SCL-90-R Derogatis (Derogatis L. R. et al., 1975), методика «Тип ставлення до хвороби» (Л. І. Вассерман, Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова, А. Я. Вукс, 2005), методика оцінки інтегративного показника якості життя (J. Mezzich, 1999) [9—12].

— математико-статистичний метод: використовувались критерій U-Манна — Уїтні.

Результати дослідження когнітивних функцій у хворих на ХП наведено в табл. 1.

Таблиця 1
 Результати дослідження когнітивних функцій у хворих на ХП

Параметр	Хворі на ХП (n = 38)
Результати дослідження за методикою MMSE	
Орієнтування (max 10)	9,18 ± 0,63
Пам'ять (max 6)	4,65 ± 0,80
Лічильні операції (max 5)	3,92 ± 0,94
Перцептивно-гностична сфера (max 9)	6,40 ± 1,28
Загальний показник когнітивної продуктивності (max 30)	24,06 ± 1,96
Показники вербальної пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів»	
Перше відтворення	3,58 ± 0,43
Друге відтворення	5,51 ± 0,62
Третє відтворення	6,72 ± 1,01
Четверте відтворення	5,90 ± 0,94
П'яте відтворення	6,28 ± 0,75
Відстрочене відтворення	5,70 ± 0,47
Результати дослідження довільної уваги за таблицями Шульте	
Час роботи з таблицею 1	67,32 ± 19,67
Час роботи з таблицею 2	78,57 ± 17,81
Час роботи з таблицею 3	75,40 ± 23,76
Час роботи з таблицею 4	79,00 ± 11,42
Час роботи з таблицею 5	82,85 ± 19,29
Ефективність роботи (EP)	79,17 ± 14,62
Входження в роботу (BP)	0,87 ± 0,18
Результати дослідження за тестом зорової ретенції Бентона	
Кількість вірних відповідей (max 24)	13,85 ± 1,31
Помилки, характерні для здорових	2,38 ± 1,04
Помилки органічні	8,96 ± 2,24
Помилки «тяжкі» органічні	7,37 ± 1,91
Загальна кількість помилок	18,50 ± 4,12

Групу дослідження склали хворі на ХП з різним рівнем когнітивних порушень — від когнітивних порушень легкого ступеня до когнітивного зниження та деменції.

За результатами шкали MMSE (табл. 1) когнітивна продуктивність хворих на ХП в цілому відповідала помірному рівню когнітивних порушень (24,06 ± 1,96) балів. В структурі когнітивних порушень цих пацієнтів мали місце порушення перцептивно-гностичної сфери (6,40 ± 1,28) балів, лічильних операцій (3,92 ± 0,94) та порушення вербальної пам'яті (4,65 ± 0,80). Зниження показників орієнтування відносно нормативних даних було незначним (9,18 ± 0,63). Порушення перцептивно-гностичної сфери у хворих на ХП в цілому відбувалось, перш за все, за рахунок дефіциту довільно-регуляторного забезпечення психічної діяльності, неспроможності реалізації послідовних дій, а не власне порушень гнозиса.

Обсяг безпосереднього відтворення вербального матеріалу у пацієнтів з ХП складав (3,58 ± 0,43) слів, а обсяг відстроченого відтворення — (5,70 ± 0,47) слів (див. табл. 1). Таким чином, продуктивність довільного запам'ятовування та відстроченого відтворення вербального матеріалу є зниженою у порівнянні з нормативними показниками, що відображає наявність помірних порушень вербальної пам'яті у даних хворих. Показники динаміки процесу запам'ятовування свідчать про виснаженість процесу запам'ятовування у хворих на ХП. Поряд з порушеннями процесу вербального запам'ятовування мали місце розлади зорової пам'яті. Загальна кількість помилок за тестом Бентона становила (18,50 ± 4,12), в основному за рахунок органічних (8,96 ± 2,24) та «тяжких» органічних помилок (7,37 ± 1,91). Слід зазначити, що у хворих на ХП відмічались значущі порушення, характерні для графічного органічного симптомокомплексу, а саме — зміни почерку, мікро- або макрографія при відтворенні геометричних фігур заданого розміру, наявність не співпадаючих, тремтливих ліній. Графічний органічний симптомокомплекс більшою мірою проявлявся при ХП з більш вираженими клінічними симптомами основного захворювання (значні порушення моторики, тремор, ригідність м'язів тощо).

За результатами дослідження когнітивних функцій (див. табл. 1) час на виконання завдання за таблицями Шульте, що витратили хворі на ХП, складав (67,32 ± 19,67) с, (78,57 ± 17,81) с, (75,40 ± 23,76) с, (79,00 ± 11,42) с та (82,85 ± 19,29) с відповідно, що є помірно перевищеним у порівнянні з нормативними показниками. Такі параметри, як ефективність роботи (79,17 ± 14,62) та входження в роботу (0,87 ± 0,18) також свідчать про наявність помірних порушень довільної уваги у цих хворих і мають позитивну кореляцію зі ступенем важкості клінічних проявів основного захворювання.

Достовірних відмінностей за результатами досліджень когнітивних функцій з урахуванням гендерного чинника у хворих на ХП не відзначалось.

Для дослідження особливостей порушень особистості та емоційної сфери при ХП застосовували методику SCL-90-R Derogatis. За результатами дослідження (рис. 1) найвищі показники у хворих на ХП було отримано за шкалами «Соматизація» (3,30 ± 0,81), «Депресія»

(2,18 ± 0,60), «Тривожність» (1,05 ± 0,62), «Обсесивність-компульсивність» (2,03 ± 0,58). Отже, у всіх хворих на ХП проявляються такі особистісні зміни як фіксованість на соматичних відчуттях і переживаннях, труднощі в прийнятті рішень, формування ригідних стереотипів поведінкових та емоційних реакцій, а також афективні порушення у вигляді тривожно-депресивних проявів, ригідності афекту.

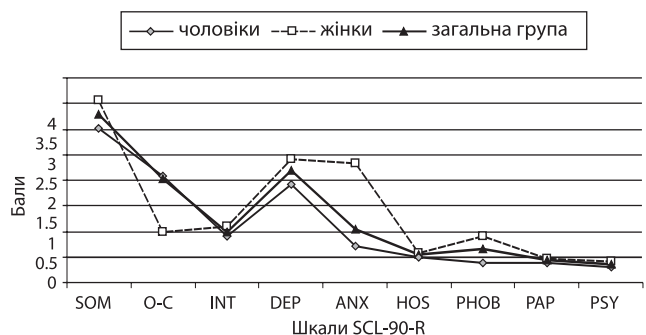


Рис. 1. Результати дослідження за методикою SCL-90-R Derogatis з урахуванням гендерного чинника

В особистісному профілі жінок при ХП домінували шкали «Соматизація» (3,55 ± 0,80), «Депресія» (2,40 ± 0,53), «Тривожність» (1,34 ± 0,55), що свідчить про фіксованість на соматичних відчуттях і переживаннях в сполученні з тривожно-депресивними переживаннями. У чоловіків — шкали «Соматизація» (3,01 ± 0,80), «Обсесивність-компульсивність» (2,08 ± 0,71), «Депресія» (1,93 ± 0,62) та «Міжособистісна сензитивність» (0,90 ± 0,50), що відображає такі порушення особистості та емоційної сфери, як формування ригідних стереотипів поведінкових та емоційних реакцій, труднощі в прийнятті рішень та невпевненість у власних силах, знижений фон настрою. Визначено, що у жінок при ХП в порівнянні з чоловіками достовірно більш виражені тривожність (1,34 ± 0,55, 0,71 ± 0,57, (p < 0,05)) та фобічна тривожність (0,91 ± 0,51, 0,37 ± 0,26, (p < 0,05)).

Для дослідження специфіки особистісного реагування на захворювання в групі пацієнтів з ХП застосовувалась методика «Тип ставлення до хвороби».

За результатами дослідження (рис. 2) для хворих на ХП найбільш характерними є такі типи ставлення до хвороби як сензитивний (25,83 ± 10,24), ергопатичний (25,16 ± 19,64), іпохондричний (15,00 ± 9,97) та тривожний (14,16 ± 9,56). При цьому представленість рис сензитивного типу ставлення до хвороби свідчить, що пацієнти даної групи фіксовані на тому, що можуть спричинити несприятливе враження на оточуючих, стати тягарем для рідних. Значна представленість ергопатичного типу, тобто понадцінного та надмірно відповідального ставлення до різних видів діяльності, що оцінюються пацієнтами як «праця» (домогосподарство, допомога близьким тощо), враховуючи наявність рухових порушень, похилий вік хворих, може бути пов'язана зі зниженням критики пацієнтів до свого стану, вибіркової та формальної критичності. Також даний результат певною мірою відображає відповідні психологічні захисні механізми та копінг-стратегії особистості.

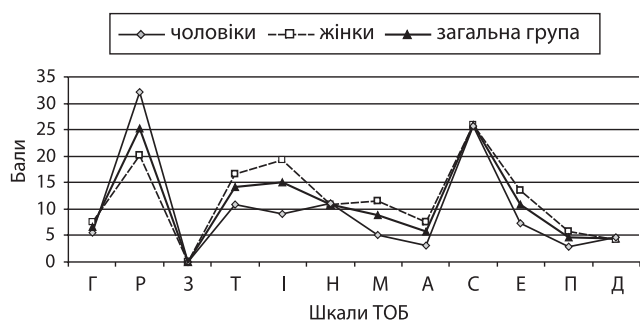


Рис. 2. Результати дослідження за методикою «Тип ставлення до хвороби» з урахуванням гендерного чинника

Порівняльний аналіз отриманих даних з урахуванням гендерних характеристик показав, що у жінок, на відміну від чоловіків, значно більше виражені риси іпохондричного ($19,28 \pm 10,22, 9,00 \pm 6,28, (p < 0,05)$), меланхолійного ($11,42 \pm 10,72, 5,20 \pm 7,46, (p < 0,05)$) та егоцентричного ($13,42 \pm 4,79, 7,40 \pm 6,10, (p < 0,05)$) типів ставлення до свого захворювання.

Результати дослідження якості життя, ефективності соціального функціонування пацієнтів з ХП за допомогою методики оцінки інтегративного показника якості життя (J. Mezzich, 1999) наведено в таблиці 2.

За отриманими даними (див. табл. 2) в загальній групі пацієнтів з ХП найнижчі показники (за шкалою від 1 до 10 балів) отримано за шкалами «Фізичне

благополуччя» ($5,00 \pm 2,19$ бала), «Працездатність» ($5,12 \pm 2,12$), «Психологічне благополуччя» ($5,62 \pm 1,85$) та «Самообслуговування і незалежність в діях» ($5,68 \pm 2,57$). Найбільш високо дані хворі оцінили такі параметри якості життя як «Міжособистісна взаємодія» ($7,25 \pm 2,32$ бала), «Особистісна реалізація» ($7,00 \pm 1,93$) та «Соціально-емоційна підтримка» ($6,81 \pm 2,50$ бала). Всі хворі на ХП найнижче оцінювали власний фізичний стан, рівень працездатності, рівень самообслуговування та незалежності в діях, що визначало їх незадовільний фізичний і психологічний стан та низьку загальну оцінку якості життя в цілому. Найвище дані хворі оцінювали якість міжособистісної взаємодії та соціально-емоційної підтримки.

Жінки, хворі на хворобу Паркінсона, найнижче оцінювали такі параметри якості життя, як «Працездатність» ($5,00 \pm 1,65$), «Фізичне благополуччя» ($5,11 \pm 1,76$), «Психологічне благополуччя» ($5,11 \pm 1,83$). Найбільш високі оцінки було отримано за шкалами «Міжособистісна взаємодія» ($7,22 \pm 2,86$), «Духовна реалізація» ($7,11 \pm 2,61$), «Особистісна реалізація» ($7,00 \pm 2,23$). У чоловіків з ХП найнижчими показниками якості життя були «Фізичне благополуччя» ($4,85 \pm 2,79$), «Працездатність» ($5,28 \pm 2,75$), «Духовна реалізація» ($5,42 \pm 2,07$). Найбільш високо оцінювали такі параметри як «Міжособистісна взаємодія» ($7,28 \pm 1,60$), «Особистісна реалізація» ($7,00 \pm 1,63$), «Соціально-емоційна підтримка» ($6,71 \pm 1,38$). Достовірних відмінностей між показниками в групах жінок та чоловіків, хворих на ХП, не визначено.

Таблиця 2

Результати дослідження якості життя у пацієнтів з ХП з урахуванням гендерного чинника (в балах)

Показник якості життя	Хворі		
	чоловіки <i>n</i> = 17	жінки <i>n</i> = 21	загальна група <i>n</i> = 38
Фізичне благополуччя	4,85 ± 2,79	5,11 ± 1,76	5,00 ± 2,19
Психологічне благополуччя	6,28 ± 1,79	5,11 ± 1,83	5,62 ± 1,85
Самообслуговування і незалежність в діях	5,57 ± 3,25	5,77 ± 2,10	5,68 ± 2,57
Працездатність	5,28 ± 2,75	5,00 ± 1,65	5,12 ± 2,12
Міжособистісна взаємодія	7,28 ± 1,60	7,22 ± 2,86	7,25 ± 2,32
Соціально-емоційна підтримка	6,71 ± 1,38	6,88 ± 3,21	6,81 ± 2,50
Службова підтримка	5,71 ± 2,81	6,33 ± 2,69	6,06 ± 2,67
Особистісна реалізація	7,00 ± 1,63	7,00 ± 2,23	7,00 ± 1,93
Духовна реалізація	5,42 ± 2,07	7,11 ± 2,61	6,37 ± 2,47
Загальне сприйняття якості життя	6,14 ± 1,77	5,55 ± 2,29	5,81 ± 2,04

Таким чином, у хворих на ХП має місце широкий спектр порушень загальної когнітивної продуктивності — від порушень когнітивних функцій легкого ступеня за органічним типом до когнітивного зниження та деменції. У даній категорії пацієнтів має місце значний дефіцит доволіно-регуляторного забезпечення психічної діяльності. Динаміка зниження їх когнітивної продуктивності характеризується підвищеною виснажливістю та недостатністю функцій доволіно уваги. Порушення особистості та емоційної сфери при хворобі Паркінсона проявляються у вигляді значної

вираженості іпохондрізації, ригідності, інертності; проявів тривоги, депресії та міжособистісної сензитивності. Характерними типами особистісного реагування на власне захворювання є сензитивний, ергопатичний, іпохондричний та тривожний. Рівень суб`ективного сприйняття якості життя даних хворих досить низький. Найнижче ці пацієнти оцінюють власне фізичне благополуччя, рівень працездатності, самообслуговування та незалежність в діях, що відображає їх незадовільний фізичний і психологічний стан та обумовлює низьку загальну оцінку якості життя.

Отже, наявність у пацієнтів з хворобою Паркінсона широкого спектра когнітивних та особистісних порушень потребує спеціального психофармакологічного лікування з метою профілактики їх подальшого прогресування та зниження якості життя в цілому.

Список літератури

1. Захаров, В. Л. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона [Текст] / В. Л. Захаров, П. В. Ярославцева, Н. Н. Яхно // Неврологический журнал. — 2003. — № 2. — С. 11—15.
2. Левин, О. С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция [Текст] / О. С. Левин. В кн.: Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / под ред. В. Н. Штока и др. — М: МЕДпрессинформ, 2002. — С. 125—152.
3. Влияние дофаминергической терапии на нейропсихологические функции у больных болезнью Паркинсона [Текст] / [О. С. Левин, И. Г. Смоленцева, Н. В. Федорова, Л. В. Докадина] // Неврологический журнал. — 2004. — № 3. — С. 31—37.
4. Левин, О. С. Психотические расстройства при болезни Паркинсона. Клинико-нейропсихологическое исследование [Текст] / О. С. Левин, Т. В. Наймушина, И. Г. Смоленцева // Там же. — 2002. — № 5. — С. 21—28.
5. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease [Text] / [D. Aarsland, J. P. Larsen, N. G. Lim et al.] // J. Neurol. — 1999. — Vol. 67. — P 492—496.

6. Brown, R. G. Neuropsychology and cognitive functions in Parkinson's disease [Text] / R. G. Brown, C. D. Marsden. In: Movement Disorders 2 Eds C. D. Marsden, S. Fahn. — Cambridge: Butterworth Heinemann, 1987. — P. 99—123.

7. Двигательные, когнитивные и аффективные расстройства при болезни Паркинсона [Текст] / [М. И. Вендрова, В. Л. Голубев, Р. А. Садеков, А. М. Вейн] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — Т. 103, № 3. — С. 13—17.

8. Левин, О. С. Дифференциальная диагностика паркинсонизма [Текст] / Левин, О. С., Федорова Н. В., Шток В. Н. // Там же. — 2003. — Т. 103, № 2. — С. 54—60.

9. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство [Текст] / С. Я. Рубинштейн. — М.: Медицина, 1970. — 215 с.

10. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

11. Validation of an efficient quality of life index: Abstract of the XI World Congress of Psychiatry [Text] / Juan E. Mezzich, Neal Cohen et al. — Hamburg, Germany, 1999. — P. 427—428.

12. Folstein, M. F. Mini-Mental State: a practical guide for grading the mental state of patients for the clinician [Text] / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // J. Psych. Res. — 1975. — V. 12. — P. 189—198.

Надійшла до редакції 27.04.2011 р.

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова
Особенности нарушений когнитивных функций и личности при болезни Паркинсона

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

В данном исследовании показаны особенности нарушений когнитивных функций и личности при болезни Паркинсона. Имеет место широкий спектр нарушений общей когнитивной продуктивности, от нарушений когнитивных функций легкой степени по органическому типу до когнитивного снижения и деменции, в сочетании с выраженным дефицитом произвольно-регуляторного обеспечения психической деятельности и повышенной истощаемостью психических процессов. Нарушения личности и эмоциональной сферы у данной категории больных проявляются в виде ипохондризации, ригидности, тревожно-депрессивных проявлений и межличностной сензитивности.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, когнитивные функции, личностные особенности, качество жизни.

L. Shestopalova, V. Kozhevnikova

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Peculiarities of infringements of cognitive functions and the personality impairment in persons with Parkinson's disease

The peculiarities of cognitive impairment and personality in patients with Parkinson's disease. There is a wide range of violations of common cognitive productivity of cognitive impairment in mild organic type to cognitive decline and dementia in combination with a marked shortage of random regulatory support of mental activity and exhaustibility mental processes. Personality disorders and emotional in these patients appear as ipohondrization, rigidity, anxiety, reduce the background mood and interpersonal sensory.

Key words: Parkinson's disease, cognitive functions, personality peculiarity, life quality.