

На правах рукописи



Созинова Елена Владимировна

**Когнитивные, эмоциональные и двигательные нарушения у пациентов с
болезнью Паркинсона и их реабилитация**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Томск – 2012

Работа выполнена в Федеральном бюджетном государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», на кафедре генетической и клинической психологии

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор,
Глоzman Жанна Марковна.

Официальные оппоненты: Троицкая Любовь Анатольевна,
доктор психологических наук, профессор,
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», профессор кафедры
нейро- и патопсихологии

Буторин Геннадий Геннадьевич,
доктор психологических наук, профессор,
ГОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», профессор кафедры
теоретической и прикладной психологии

Ведущая организация ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития
России

Защита состоится 18 мая 2012 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, созданного на базе Федерального бюджетного государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36, учебный корпус № 4.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Томского государственного университета.

Автореферат разослан «___» апреля 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Бохан Татьяна Геннадьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое, неуклонно прогрессирующее заболевание, вызванное поражением экстрапирамидной системы. По частоте встречаемости среди нейродегенеративных заболеваний пожилого возраста БП стоит на втором месте после болезни Альцгеймера (Яхно Н.Н. и соавт., 2003), однако многие клинические и психосоциальные аспекты данного заболевания и его реабилитации остаются недостаточно изученными.

Появление и развитие средств консервативного и хирургического (электростимуляция базальных ганглиев) лечения больных БП привело к увеличению их продолжительности жизни, трудоспособности и периода независимого существования, что усилило социальную значимость изучения этого заболевания (Шток В.Н., Федорова Н.В., 1997; Голубев В.Л. и соавт., 1999).

Увеличение выживаемости больных БП повлекло за собой увеличение распространенности этого заболевания. Распространенность БП в России, по данным недавно проведенного популяционного исследования, составляет 140 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость – 16 случаев на 100 000 в год. Таким образом, в нашей стране живет более 200 тысяч больных БП, причем, первые симптомы заболевания манифестируют, как правило, в возрасте от 45 до 60 лет, и примерно у 10% пациентов начало заболевания приходится на возраст до 45 лет (Левин О.С., Федорова Н.В., 2006).

К настоящему времени фокус внимания исследователей распространился и во многом сместился на немоторные проявления этого заболевания, охватив спектр разнообразных нарушений психической деятельности. Причем по мере прояснения клинической картины БП вслед за вновь полученными данными, удельный вес немоторных нарушений в ней все возрастает, а их подробное исследование уже является необходимым при оценке тяжести и динамики состояния больных и эффективности тех или иных методов лечения. Эта тенденция, в частности, отражена в новой версии UPDRS (Унифицированной шкалы для оценки БП), которая теперь содержит значительно больше пунктов, посвященных раскрытию немоторных проявлений заболевания (Movement Disorders, 2003. 18:738-750) и идеологически находится в русле признания классической медициной важности психосоциального благополучия в определении понятия здоровья.

В этом контексте большое теоретическое и практическое значение имеет комплексное систематизированное изучение когнитивных и эмоционально-личностных особенностей больных БП и их нарушений с последующим выделением клинико-психологических критериев тяжести и динамики их состояния, что позволит исследовать паттерны, структуру и в некоторой степени механизмы нарушения психической деятельности пациентов с БП. В практическом плане комплексное рассмотрение психических нарушений больных БП, обусловленных как логикой морфофункционального распада, так и группой половозрастных, преморбидных, социальных и matrimониальных факторов при БП, предоставляет возможность улучшения выполнения дифференциально-диагностических и прогностических задач.

Кроме того, в последнее время стало уделяться больше внимания реабилитации больных БП (так, во многих странах мира широко используется физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия), однако ее мишенью преимущественно оказываются двигательные, и, лишь в некоторых случаях – психические нарушения (Глозман Ж.М., Бичева К.Г., 1999; Глозман Ж.М., Игнатьева С.Ю., 2001; Baronti F., 2007; Jobges E.M. et al., 2007; Ellis T. et al., 2008).

В то же время исследование БП через призму психической деятельности пациентов даст возможность обозначить наиболее важные мишени для коррекции, определить тактику восстановительной работы и выделить критерии оценки ее эффективности.

В рамках такого подхода важным представляется выяснение вариантов восприятия и оценки пациентами своего заболевания и его отдельных симптомов и их последствий, сопоставление внешней и внутренней картины болезни, исследование динамики самооценки и образа Я в ходе комплексной нейропсихологической и фармакологической реабилитации, выделение проявлений заболевания, оказывающих наиболее негативное влияние на качество жизни больных, а также выявление сано-генетических ресурсов пациентов. Это позволит посмотреть на картину БП с позиции самого болеющего субъекта, пациента, «автора» своего заболевания, а не «зрителя» и стороннего наблюдателя, а значит лечить каждого конкретного человека, а не обобщенную болезнь. Выдвигая личность пациента в качестве основного системообразующего и целеполагающего фактора реабилитации (Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988), подбирая адекватные не только болезни, но и сообразные эмоционально-личностным особенностям больного методы (Цветкова Л.С., 2004), мы сможем достичь максимального эффекта от реабилитационных содействий и воздействий.

Разработанность проблемы. В настоящее время работа над решением многочисленных медико-психолого-социальных проблем пациентов с БП ведется специалистами разных дисциплин во всем мире. Активно проводятся исследования этиологических и патогенетических механизмов БП, постоянно уточняется и детализируется клиническая картина этого заболевания, анализируются существующие и разрабатываются новые методы лечения с учетом медико-социальных и фармакологических аспектов заболевания. В последнее время все больше внимания уделяется немоторным проявлениям БП, в том числе постепенно возникающим у пациентов и неуклонно нарастающим психическим нарушениям.

Однако, несмотря на большое количество проведенных исследований эмоционально-мотивационной патологии пациентов с БП, существуют еще методические пробелы и плохо изученные области этой проблемы. Необходимо констатировать, что исследования психических нарушений у пациентов с БП преимущественно сфокусированы на отдельных сферах: когнитивных функциях, частных эмоционально-личностных свойствах и состояниях. Фрагментарное изучение психических проявлений больных БП не позволяет увидеть целостную клинико-психологическую картину этого заболевания, рассмотреть за частными нарушениями закономерные симптомокомплексы, выделить их варианты и структуру, внутренние взаимоотношения, взаимосвязи и взаимодействия. Также мало исследованы пациенты без эмоционально-мотивационной патологии и не определены основные параметры их отличия. В то же время когнитивные, эмоциональные и даже двигательные функции управляются и обеспечиваются тесно связанными между собой физиологическими и психологическими механизмами, в связи с чем, представляется целесообразным их комплексное изучение (Циркин В.И., Трухина С.И., 2001; Ильин Е.П., 2003).

Помимо этого, болезнь значительно меняет психологические образования личности, а степень изменений определяется преморбидными личностными характеристиками, органическими факторами и складывающейся социальной ситуацией. В структурном смысле системообразующим фактором всех возникающих личностных перестроек является сам пациент, а не его болезнь как таковая (Коган О.Г., Найдин В.Л.,

1988; Глозман Ж.М., 2002; Залевский Г.В., 2010). В этом контексте недостаточно исследованными представляются интрапсихические репрезентации двигательных, когнитивных и эмоционально-личностных изменений у больных БП, динамика Я-концепции пациентов по отношению к преморбидной и во взаимодействии с внутренней картиной болезни. Не изучен характер отношений между субъективными представлениями пациентов о своем заболевании и его отдельными проявлениями и данными, выявленными с помощью объективных методов исследования. А ведь зачастую негативные эмоции больше влияют на интрапсихические репрезентации нарушений, чем объективные симптомы заболевания.

Кроме того, качество жизни пациентов с БП оценивается в большинстве исследований только со стороны внешних факторов: выраженности и частоты проявления симптомов заболевания, изменения межличностных отношений, социального и материального положения, функционирования в повседневной жизнедеятельности. Вместе с тем качество жизни, в первую очередь, является субъективным, личностноцентрированным, а не функциоцентрированным понятием по своей природе, опосредствованным динамическими ценностно-смысловыми системами болеющего человека (Ковязина М.С., 1993; Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004; Глозман Ж.М., 2007). Поэтому представляется важным рассматривать это понятие через призму психологических факторов, оказывающих на него определяющее влияние: преморбидных ценностей пациента, специфики внутренней картины болезни и внутренней репрезентации ее частных симптомов, личностного смысла заболевания (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980). Кроме того, сопутствующие заболеванию психологические процессы – изменения Я-концепции, вынужденные перестройки мотивационно-потребностной сферы и изменения отношений со значимыми другими – сами по себе могут оказывать драматическое влияние на качество жизни пациентов (Глозман Ж.М., Ковязина М.С., 1991).

Проведенный литературный обзор показал, что, несмотря на широкое внимание отечественных и зарубежных исследователей к немоторным проявлениям БП, до сих пор обнаруживается недостаточность комплексного, объединяющего качественный и количественный подход описания, структурного клинико-психологического анализа психических (когнитивных и эмоционально-мотивационных) нарушений у больных БП. Кроме того, важной методологической и методической задачей остается моделирование комплексного личностноцентрированного реабилитационного процесса и разработка частных реабилитационных программ, предусматривающих коррекцию двигательных, когнитивных функций и психических состояний больных БП. Актуальной остается проблема корректной квалификации качества жизни пациентов с БП, определяющегося на ранних стадиях заболевания не столько объективными его проявлениями, сколько их субъективными интрапсихическими репрезентациями. Решению этих задач было посвящено настоящее исследование.

Цель исследования: изучение структуры, вариантов и биопсихосоциальных детерминант когнитивного и эмоционального статуса больных БП, его значения для качества совладающего поведения пациентов и влияния на реабилитационный прогноз; комплексное описание динамики когнитивного и эмоционального статуса больных БП после нейропсихологической реабилитации.

Объект исследования: когнитивный, двигательный и эмоциональный статус пациентов с БП и его динамика в процессе реабилитации.

Предмет исследования: структура, варианты и детерминанты когнитивного и эмоционального статуса больных БП и его влияние на адаптацию и качество жизни

пациентов; когнитивный профиль и эмоциональное состояние больных БП как прогностический фактор эффективности восстановительных мероприятий и его динамика в реабилитационном процессе.

Гипотеза исследования представлена следующими предположениями:

1. Наиболее весомыми факторами, снижающими качество жизни и адаптацию больных БП на ее ранних стадиях, являются не объективные характеристики двигательного и психического статуса пациентов, но их субъективные интрапсихические репрезентации симптомов и последствий заболевания.

2. Преморбидная значимость речедвигательной сферы оказывает значительное влияние на эмоциональное состояние больных БП, их самооценку симптомов и последствий заболевания, а также на реабилитационный прогноз.

3. Адаптивное совладающее поведение связано с внутренним локусом контроля пациентов в представлениях об этиологии и лечении заболевания.

4. Групповая когнитивная коррекция оказывает положительное влияние не только на когнитивный статус больных БП, но также на эмоциональную сферу и самооценку пациентов своего состояния.

Задачи исследования:

1. Разработать комплексный методический подход к исследованию когнитивных и эмоционально-личностных профилей больных БП.

2. Изучить структуру, выявить варианты и детерминанты когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с БП.

3. Рассмотреть влияние эмоционально-личностного профиля на содержание внутренней картины болезни Паркинсона.

4. Выявить факторы, влияющие на качество жизни и адаптацию пациентов на ранних стадиях БП и их биопсихосоциальные корреляты.

5. Апробировать авторскую шкалу динамической самооценки психомоторного профиля на выборке пациентов с БП, оценить с помощью этого метода субъективные репрезентации двигательных, когнитивных и эмоционально-личностных изменений у больных БП и сопоставить их с объективными показателями обследований по этим сферам.

6. Апробировать авторскую шкалу значимости речедвигательной сферы на выборке больных БП, оценить с помощью этого метода преморбидную значимость двигательной и речевой экспрессии и изучить ее влияние на субъективную репрезентацию симптомов заболевания, эмоционально-личностные реакции пациентов и их совладающее поведение.

7. Провести циклы нейропсихологической коррекции ходьбы и равновесия, оценить их влияние на двигательный, когнитивный и эмоциональный статус больных БП, выделить клинко-психологические критерии динамики состояния пациентов, сравнить эффективность разных опосредствующих стимулов.

8. Разработать методику коррекции когнитивных функций для больных БП, апробировать ее на нескольких пациентах и оценить ее эффективность.

Теоретико-методологическая основа исследования. Общей методологической основой исследования явился учение о функциональных системах (Анохин П.К., 1947; Астратян Э.А., 1947; Выготский Л.С., 1956; Лурия А.Р., 1969б; Леонтьев А.Н., 1972), концепция уровня построения движений (Бернштейн Н.А., 1947), культурно-историческая теория психики человека (Выготский Л.С., 2002а), теория

системной динамической локализации высших психических функций (Лурия А.Р., 1969а,б; Выготский Л.С., 1982), концепция трех функциональных блоков мозга и метод нейропсихологического синдромного анализа высших психических функций (Лурия А.Р., 1969а, 1973) с количественным подходом к оценке результатов классического нейропсихологического обследования (Глозман Ж.М., 1999), концепция психологии телесности (Николаева В.В., 1987, 2009; Арина Г.А., Тхостов А.Ш., 1990; Тхостов А.Ш., 1993; Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995).

Подходы и методы исследования:

1. Теоретический подход: анализ литературных источников для выявления основных направлений изучения когнитивных, двигательных и эмоциональных нарушений у пациентов с БП и их реабилитации с последующей постановкой проблемы исследования.

2. Нейропсихологический подход: классическое нейропсихологическое обследование (Лурия А.Р., 1969) с количественной обработкой результатов (Глозман Ж.М., 1999); коррекция ходьбы и равновесия с помощью разномодальных методик опосредствования (Выготский Л.С., Лурия А.Р., 1948; Yekutieli M.P. et al., 1991; Глозман Ж.М., Бичева К.Г., 1999); авторская методика когнитивной коррекции.

3. Биомеханический подход: подометрия и стабилметрия – реализовывались на программно-аппаратном комплексе «МБН-Биомеханика» (Скворцов Д.В. 1996, 2000).

4. Психодиагностический подход: полная версия гериатрической шкалы депрессии (Yesavage J.A. et al., 1983), шкала удовольствия (Snaith R.P., Hamilton M. et al., 1995); шкала усталости (Krupp L.B. et al., 1989); Лейтонская батарея оценки навязчивых состояний (Cooper J., 1970); авторская Шкала значимости речедвигательной сферы; проективный тест Уили (Wylie R., 1979 в модификации Глозман Ж.М., 2002); авторская шкала динамической самооценки психомоторного профиля; опросник для определения внутренней картины болезни (Левиным О.С. и соавт. 2003); шкала качества жизни больных БП-PDQ-39 (C. Jenkinson et. Al., 1998); шкала самооценки социальной адаптации больных БП (Глозман Ж.М. и соавт., 1996).

5. Феноменологический подход: беседа с пациентами с целью выявления возникающих у них трудностей в разных сферах жизнедеятельности и реальных изменений, имевших место в трудовой, семейно-бытовой сферах и сфере досуговой активности; метод свободных ассоциаций с последующим контент-анализом (стимул: «болезнь Паркинсона»); написание пациентами сочинений или отзывов в свободной форме по окончании реабилитационного процесса.

6. Статистические методы анализа данных, которые проводились с помощью программы Statistica 6.0. Наличие корреляционных связей между параметрами проверялось с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Также данные анализировались посредством подсчета средних значений и медиан (в зависимости от разброса данных), количественное изменение показателей в динамике передавалось через подсчет их процентного изменения. Достоверность отличий эмоционально-мотивационного профиля больных БП от контрольной группы и статистическая значимость динамики параметров психического и двигательного статуса больных БП после реабилитации определялись с помощью параметрического t-критерия для независимых и зависимых переменных соответственно.

Исследовательская база: амбулаторный Центр Экстрапирамидных Заболеваний Министерства Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации

при Кафедре неврологии Российской Медицинской Академии Последипломного Образования (РМАПО) на базе клинической больницы им. С.П. Боткина.

В исследовании приняло участие 144 испытуемых, из которых 79 – пациенты с БП в возрасте от 45 до 83 лет (средний возраст $64,6 \pm 8,4$), заболевшие в возрасте от 41 до 79 лет (средний возраст дебюта заболевания $59,9 \pm 9,3$); показатели тяжести заболевания пациентов соответствовали интервалу от 1,5 до 3 стадии БП по Хен и Яру.

Контрольную группу, уравнированную по половозрастным показателям и уровню образования, составили 65 испытуемых без выраженных неврологических и соматических заболеваний.

Научная новизна исследования:

1. Впервые теоретически обоснован и разработан комплексный методический подход к исследованию когнитивного и эмоционального статуса пациентов с БП, предусматривающий выявление структуры и выраженности когнитивных и эмоционально-личностных изменений, выяснение преморбидного уровня значимости речедвигательной сферы, рассмотрение интрапсихических репрезентаций психомоторных проявлений заболевания, внутренней картины болезни и актуального образа Я пациента по сравнению с преморбидным и идеальным, а также описание качества жизни и социальной адаптации пациентов.

2. Впервые исследованы взаимоотношения между субъективными репрезентациями двигательных, когнитивных и эмоционально-личностных изменений и их объективными параметрами.

3. Разработаны и апробированы 2 авторских шкалы, направленных на диагностику преморбидной значимости речедвигательной сферы и динамической самооценки психомоторного профиля.

4. Впервые посредством комплексного применения клинико-психологических (нейропсихологического обследования и тестов-опросников, направленных на диагностику эмоционально-личностного статуса) и биомеханических методов оценки (подометрии и стабилотрии) исследована эффективность методики нейропсихологической коррекции ходьбы и равновесия с использованием разномодальных опосредствующих стимулов.

5. Разработана и апробирована методика комплексной психологической реабилитации для больных БП, включающая программу коррекции когнитивных функций.

Теоретическая значимость заключается в следующем:

1. Разработана интегративная исследовательская модель квалификации клинико-психологического и нейропсихологического статуса больных БП.

2. Разработана и апробирована авторская методика диагностики субъективной значимости речедвигательной сферы и шкала динамической самооценки психомоторного профиля.

3. Рассмотрены варианты когнитивных и эмоционально-мотивационных нарушений у больных БП, а также их корреляты и дериваты.

4. Исследована внутренняя картина болезни как фактор, связанный с психическим состоянием больных БП.

5. Определены наиболее весомые клинико-психологические и социальные факторы, снижающие качество жизни больных БП на ранних стадиях заболевания и выдвинуто положение о примате субъективных факторов над объективными характеристиками болезни.

6. Модифицирована методика коррекции ходьбы и равновесия и разработана программа когнитивной реабилитации больных БП. Выделены критерии эффективности реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость:

1. Разработанный комплексный методический подход к исследованию когнитивного и эмоционального статуса больных БП и выделение ключевых психологических факторов, снижающих адаптацию и качество жизни пациентов, позволит повысить уровень клиничко-психологической (в том числе дифференциальной) диагностики их состояния и составить личностноцентрированную и эффективную программу реабилитационных мероприятий.

2. Разработанная на основании данных исследования комплексная методика нейропсихологической реабилитации пациентов с БП, может быть широко внедрена в практику с учетом выделенных критериев ее эффективности.

3. Разработанные и апробированные на выборке пациентов с БП диагностические шкалы могут быть использованы для решения практических и исследовательских задач.

Положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный комплексный методический подход является адекватным инструментом для решения задач клиничко-психологической оценки психического статуса больных БП и его динамики в реабилитационном процессе.

2. Нейропсихологический дефицит у больных БП разворачивается по направлению от подкорково-лобных структур к корковым, от височных к теменно-затылочным, от более вовлеченного в патологический процесс полушария головного мозга к менее вовлеченному, от субдоминантного к доминантному.

3. Эмоционально-личностные нарушения больных БП обусловлены одновременным и накапливающимся воздействием ряда эндогенных, экзогенных и преморбидных факторов. При этом состояние ангедонии, апатии и усталости больше связаны с воздействием экзогенных факторов, чем состояния тревоги и дисфории, сильнее связанные с эндогенными факторами и преморбидной склонностью к депрессии.

4. Основными клиничко-психологическими факторами, отягощающими качество жизни и снижающими степень адаптации больных БП на ранних стадиях заболевания, являются когнитивные и эмоционально-мотивационные (преимущественно апатия, усталость и дисфория) нарушения, преобладание эмоционального уровня ВКБ по сравнению с когнитивным и деятельностно-волевым, стигматизация проявлений болезни, высокая преморбидная значимость речедвигательной сферы. Буферными факторами для сохранения когнитивных, эмоционально-мотивационных функций и самооценки больных БП являются высокий преморбидный образовательный уровень и эмоционально-личностное благополучие, вовлеченность в семейно-бытовую и трудовую активность, внутренний локус контроля в представлениях об этиологии и лечении заболевания.

5. Методика сенсорного опосредствования ходьбы оказывает значительное положительное влияние, как на статолокомоторные, так и на когнитивные функции больных БП. Наиболее эффективным способом опосредствования является сочетание разномодалых стимулов.

6. Разработанная и апробированная авторская программа когнитивной коррекции пациентов с БП на ранних стадиях заболевания, основанная на стимуляции и

реорганизации когнитивных процессов, является эффективным средством улучшения психических функций и состояний больных БП.

7. Клинико-психологическими предикторами эффективности нейропсихологической реабилитации являются: высокий уровень образования, ранний дебют заболевания, подкорково-лобный профиль когнитивного дефицита, высокий уровень преморбидной значимости речедвигательной сферы, критичное отношение к имеющимся нарушениям (не переходящее в тревожно-депрессивные переживания), и низкий уровень апатии и усталости.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечивалась применением научно обоснованных методов исследования, достаточным объемом и достаточной гомогенностью выборки, сопоставлением результатов психометрического исследования больных БП с результатами испытуемых контрольной группы, уравниваемой по половозрастным показателям и уровню образования, адекватными методами статистической обработки данных и интерпретации результатов. Достоверность оценки эффективности реабилитационного процесса достигалась комплексным применением клинико-психологических и биомеханических методик, позволяющих качественно и количественно оценить динамику двигательных и психических изменений у пациентов с БП по отношению к исходным результатам.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы диссертации доложены: на VII Всероссийской конференции по биомеханике, Нижний Новгород, 2004; на Международном симпозиуме памяти А. Альцгеймера, Вроцлав, Польша, 2005; на 16-м Международном конгрессе по болезни Паркинсона, Берлин, Германия, 2005; на 6-м Международном конгрессе по психическим дисфункциям и другим немоторным проявлениям болезни Паркинсона, Дрезден, Германия, 2008; на 14-м Международном конгрессе по психофизиологии, Стамбул, Турция, 2008; на 11-ом Европейском Конгрессе по психологии, Осло, Норвегия, 2009; на заседании кафедры нейро и патопсихологии факультета психологии МГУ в 2009; на Российской научно-практической конференции «Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение», Пятигорск, 2010; на 4-й Международной конференции по когнитивной науке, Томск, 2010.

Результаты диссертационной работы используются в курсе «Общение и здоровье личности» на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, в научной и лечебной деятельности Центра экстрапирамидных заболеваний нервной системы федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России, в том числе применялись при разработке регистра болезни Паркинсона для федеральных государственных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении ФМБА России. Результаты диссертационной работы используются в диагностической, консультативной и реабилитационной деятельности неврологических отделений Федерального медицинского биофизического центра (ФМБЦ) им. А.И. Бурназяна и внедрены в практику преподавания на циклах усовершенствования врачей-неврологов, проходящих на кафедре неврологии на базе института последипломного профессионального образования ФМБЦ им. А.И. Бурназяна и Российской Медицинской Академии постдипломного образования (РМАПО).

Структура и объем диссертации. Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы, состоящего из 446 источников, из них – 346 на иностранном языке, 6 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 35 рисунками и 48 таблицами. Объем авторского текста - 140 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность темы, ее теоретическая и практическая значимость, научная новизна работы; приводятся гипотезы и методологическая основа исследования; определяются его предмет и объект, ставятся цели и задачи; указываются применяемые методы исследования и обосновывается надежность и достоверность полученных результатов и выводов; приводятся положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Современное состояние проблемы исследования»** рассмотрены накопленные к настоящему времени знания по теме и проблеме исследования.

В **параграфе 1.1 «Феноменология и патогенез двигательных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона»** изложены современные представления о моторном и немоторном симптомокомплексе БП, рассмотрены механизмы нарушения ходьбы и равновесия, в том числе с позиций уровня (по Н.А. Бернштейн, 1947) и биомеханического анализа движений, проанализированы исследования фронто-стриарной апраксии.

В **параграфе 1.2 «Феноменология психических нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона»** представлены и проанализированы с точки зрения проблемы исследования современные данные о когнитивных и эмоционально-личностных нарушениях у пациентов с БП.

Показано, что к настоящему времени проведено большое количество исследований, посвященных когнитивному профилю больных с БП, однако большинство из них либо направлены на отдельные когнитивные функции и их нарушения, либо сводятся к констатации общей количественной выраженности когнитивного дефекта, зачастую измеренной с помощью неспецифических скрининговых тестов. В то же время рассмотрение когнитивных функций отдельно друг от друга, разделение их качественной и количественной составляющих и изоляция от эмоционально-мотивационного статуса не позволяют увидеть полную картину психических нарушений у этих пациентов. Однако корректное выявление выраженности и структуры когнитивного дефекта имеет важное теоретическое и практическое значение с точки зрения ранней диагностики БП, дифференциальной диагностики, подбора алгоритма противопаркинсонической терапии и оценки ее эффективности, разработки поэтапных реабилитационных программ, учитывающих весь комплекс психических нарушений у этих пациентов.

С другой стороны, доказано, что гетерогенность и вместе с тем тесная психологически и физиологически обусловленная взаимосвязь эмоциональных и мотивационных состояний между собой, а также с когнитивными и другими сферами и функциями требует установления комплексного, методологически и методически корректного подхода к исследованиям в этой области. При этом представляется важным исследовать не только факторы риска, пусковые, утяжеляющие и хронифицирующие факторы эмоционально-мотивационной патологии, но также защитные и буферные факторы.

В **параграфе 1.3 «Внутренняя картина болезни Паркинсона у пациентов»** описана специфика внутренней картины болезни для данной нозологии и проанализированы факторы эффективности совладающего поведения.

В **параграфе 1.4 «Качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона»** представлено психологическое осмысление понятия «качество жизни» и описаны факторы, драматически влияющие на качество жизни больных БП. Показано, что

хотя качество жизни пациентов с БП зависит от комплекса моторных и немоторных проявлений заболевания, однако корректная оценка этого параметра может быть произведена только через их отражение субъектом болезни и в связи с его ценностно-потребностной сферой.

В параграфе 1.5 «Мишени и методы реабилитации пациентов с болезнью Паркинсона» перечислены основные направления и способы реабилитации пациентов с БП, описаны современные методы и достижения в нейропсихологической реабилитации двигательной и когнитивной сфер, а также способы анализа ее эффективности.

В главе 2 «Постановка проблемы и задач исследования» заявлена проблема исследования, из которой следует необходимость комплексного, объединяющего качественный и количественный подход описания, структурного клинико-психологического анализа психических (когнитивных и эмоционально-мотивационных) нарушений у пациентов с БП. Кроме того, обосновывается актуальность составления психологической реабилитационной программы, включающей подпрограмму коррекции когнитивных функций. В главе определены цели, поставлены задачи, сформулированы гипотезы и описана методологическая основа исследования, а также заявлены основные положения, выносимые на защиту.

В главе 3 «Организационно-методические аспекты исследования» описан общий дизайн исследования и выборка испытуемых, представлены использованные методики.

В параграфе 3.1 «Общий дизайн исследования» описаны условия и место проведения исследования и его процедурные аспекты.

В параграфе 3.2 «Критерии включения пациентов в исследование» описаны условия участия пациентов в исследовании и исключения из него.

В параграфе 3.3 «Характеристика испытуемых» описаны половозрастные и преморбидные параметры 79 больных БП, принявших участие в диагностическом и реабилитационном блоке исследования, а также их распределение по показателям болезни (стадии, выраженности, латерализации); представлена информация о возрасте, поле и образовательном уровне 65 участников контрольной группы.

В параграфе 3.4 «Оборудование, материалы и методы исследования» описаны примененные методы исследования (в том числе биомеханические) двигательных и когнитивных функций, а также психических состояний, личностных свойств, ценностных ориентаций, внутренней картины болезни, качества жизни и социальной адаптации пациентов с БП.

В параграфе 3.5 «Методика нейропсихологической реабилитации» представлена процедура коррекции пространственно-временных характеристик ходьбы и равновесия с использованием различных опосредствующих стимулов, а также методика когнитивной реабилитации; изложены критерии оценки их эффективности.

В параграфе 3.6 «Методы обработки и анализа данных» представлены использованные при обработке результатов исследования и определения их достоверности статистические методы и критерии.

В главе 4. «Результаты исследования» приведены результаты нейропсихологического тестирования, тестов-опросников и реабилитационных мероприятий.

В параграфе 4.1 «Результаты исследования двигательных функций» приведены данные о частоте встречаемости, выраженности, структуре и коррелятах нарушений произвольных движений и действий у пациентов с БП. Показано, что на-

рушения произвольных движений и действий больных БП представляют собой сочетание брадикинезии, регуляторной, динамической и пространственной апраксии, а также расстройств межполушарного взаимодействия, причем их степень, компоненты и соотношение зависят от стадии заболевания (степени поражения кортико-стриарных путей) и его латерализации, доминантности полушарий, возраста пациентов, уровня образования и наличия работы. Выяснено, что для больных БП (на ранних стадиях заболевания) наиболее типичными, хотя и менее выраженными по сравнению с динамическими, являются нарушения регуляции, программирования и контроля протекания двигательного акта.

В параграфе 4.2 «Результаты исследования когнитивных функций» произведен анализ жалоб больных и приведены полученные посредством нейропсихологического тестирования данные о частоте встречаемости, выраженности, структуре и коррелятах когнитивных нарушений у пациентов с БП.

Анализ опроса больных БП позволил выяснить, что большинство из них отмечают появление регуляторных и нейродинамических нарушений в мнестической и речевой сфере, а также в умственной деятельности. Посредством нейропсихологического анализа показано, что гностическая сфера у больных БП в большинстве случаев остается относительно интактной. В порядке убывания по степени выраженности и распространенности дефектов восприятия на первом месте оказывается слуховая модальность (снижение акустического внимания и объема акустического восприятия, переоценка в пробах на ритмы), затем зрительная (импульсивность, фрагментарность и нарушение избирательности восприятия) и, наконец, тактильная (ошибки локализации прикосновений и нарушение двумерно-пространственного чувства в пробе на дермолексию). В наименьшей степени распространены и выражены ошибки оценки пространственных признаков предъявляемых стимулов.

В мнестической сфере по показателям продуктивности и прочности, наиболее сниженной у больных БП оказывается двигательная, потом зрительно-вербальная (вербализуемые картинки в качестве стимулов), слухоречевая, логическая и затем зрительно-пространственная память. Самым распространенным симптомом нарушения мнестической деятельности у пациентов с БП (и сильнее выраженным в случае более позднего начала заболевания) является патологическая тормозимость следов интерферирующими воздействиями (при этом невербальные стимулы (вербализуемые картинки и невербализуемые фигуры) более устойчивы к интерферирующим воздействиям, чем предъявленные на слух слова или предложения). Анализ корреляционных отношений мнестических с другими нейропсихологическими нарушениями больных БП позволяет обнаружить их тесную связь с регуляторным и кинетическим факторами психической деятельности, а также с нейродинамической дисфункцией. Наиболее существенными биосоциальными факторами, оказавшими негативное влияние на мнестическую деятельность больных БП, оказались поздний возраст, низкий образовательный уровень и отсутствие работы.

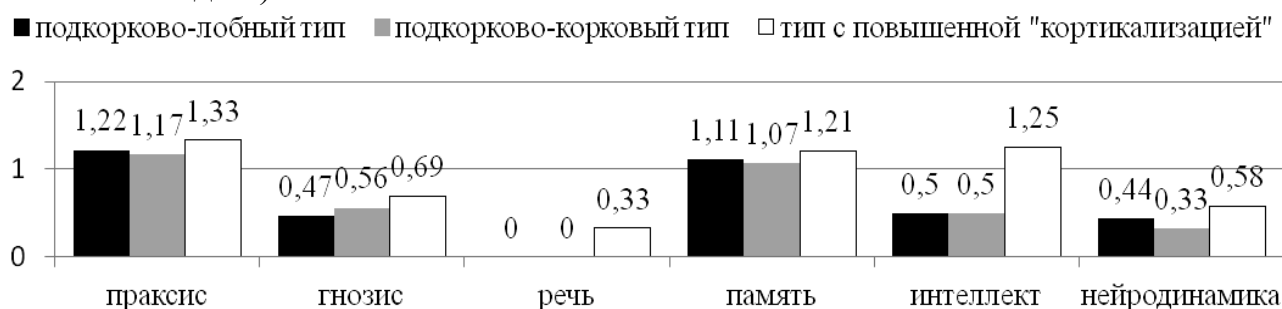
Речь как высшая психическая функция у больных БП нарушается, прежде всего, в регуляторном и нейродинамическом звене. Нарушения интеллектуальных операций, как правило, имеют вторичную по отношению к нейродинамическим, кинетическим и регуляторным нарушениям природу, что подтверждает ведущую роль в их усугублении возрастающего разрушения скорее вертикальных (корково-стрио-паллидо-таламических), чем горизонтальных межкортикальных связей.

Наиболее типичными для больных БП являлись нейродинамические (совместно с регуляторными) нарушения. Таким образом, на начальных и продвинутых стадиях

заболевания у большинства больных БП преобладает когнитивный дефицит подкорково-лобного характера, как правило, не превышающий умеренной степени выраженности. По мере течения заболевания он разворачивается в сторону увеличения аспонтанности и необходимости внешней стимуляции для выполнения когнитивной задачи, нарастания номинативных затруднений, снижения речевой активности, избирательности мнестической деятельности и скорости при выполнении «двойных задач». Впоследствии к подкорково-лобным могут присоединяться височные и в несколько меньшей степени теменно-затылочные корковые нарушения: гностические нарушения во всех модальностях (наиболее выраженные в акустической), зрительно-пространственные и мнестические нарушения, наиболее выраженные в слухоречевой и зрительно-вербальной (запоминание вербализуемых изображений) сфере. Однако в некоторых случаях по мере прогрессирования БП больший удельный вес могут приобретать операциональные нарушения (в первую очередь зрительно-пространственные), в то время как нейродинамические нарушения за ними «не успевают».

На основании состава когнитивного дефекта (рис.1) пациенты подразделены на 3 группы в соответствии с доминирующим профилем когнитивных нарушений (Janvin С.С., 2006; Левин О.С. и соавт., 2008).

Рисунок 1. Выраженность отдельных когнитивных нарушений у пациентов с разными профилями когнитивного дефицита (средние значения штрафных баллов, диапазон от 0 до 3).



Наиболее распространенным среди больных БП является подкорково-лобный тип когнитивных нарушений. В этой группе пациентов присутствовал наибольший разброс когнитивных дефектов по степени выраженности, и, в среднем, была выше степень нарушения произвольных движений и действий, нейродинамических параметров психической деятельности и памяти (в основном, в связи с более выраженной патологической тормозимостью следов интерферирующими воздействиями, инактивностью и флуктуациями мнестической деятельности), чем в группе пациентов с подкорково-корковыми нарушениями (близкой к деменции с тельцами Леви), которая отличалась более выраженными гностическими (особенно в области тактильного и оптико-пространственного гнозиса) нарушениями. Пациенты с вариантом когнитивных нарушений по типу повышенной «кортикализации» (близким к болезни Альцгеймера) отличались от пациентов с подкорково-лобным и подкорково-корковым профилем более поздним возрастом, более поздним дебютом БП и, в среднем, более выраженными двигательными и когнитивными нарушениями во всех сферах.

Латеральная специфика когнитивных (как и двигательных) нарушений определяется преимущественно вовлеченным в патологический процесс полушарием головного мозга, кроме того, гностические и двигательные нарушения зачастую ока-

зываются больше выраженными в конечности, контрлатеральной субдоминантному полушарию.

Помимо клинических параметров и межполушарной асимметрии, на когнитивный профиль пациентов влияют половозрастные факторы. Так, у женщин следы памяти более устойчивы к интерферирующим воздействиям и менее нарушено зрительное восприятие, а у мужчин выше эффективность опосредствованного запоминания и скорость мнестических процессов. Пациенты более молодого возраста отличаются более сохранным акустическим и тактильным восприятием, более высокой продуктивностью и прочностью слухоречевой, а также прочностью зрительно-пространственной памяти, более высоким уровнем общей работоспособности и более устойчивым вниманием (по пробам Шульте). В то же время снижение скорости общей умственной работоспособности наиболее тесно связано с поздним дебютом БП. Поздний дебют БП и более старший возраст пациентов ассоциируются с более выраженными операциональными нарушениями психической деятельности, в то время как продолжительность и стадия заболевания не имеют существенного влияния на этот фактор.

В параграфе также описано положительное влияние ряда буферных факторов на когнитивную сферу больных БП: преморбидного уровня развития когнитивных функций (обусловленного более высоким уровнем образования) и востребованности когнитивных функций (а, также, вероятно меньшей степени эмоционально-мотивационных нарушений) в связи с наличием работы, супружеских отношений и детей.

В параграфе 4.3 «Результаты исследования психических состояний и личностных свойств» приведены данные исследования депрессии (рис.2), апатии, тревожности, ангедонии, усталости и навязчивых состояний у пациентов с БП и участников контрольной группы. У пациентов с БП выявлены отчетливые и комплексные нарушения побуждающих, регулирующих, отражающих и оценочных функций эмоций, суммарно, но избирательно зависящие от воздействия ряда эндогенных и экзогенных факторов.

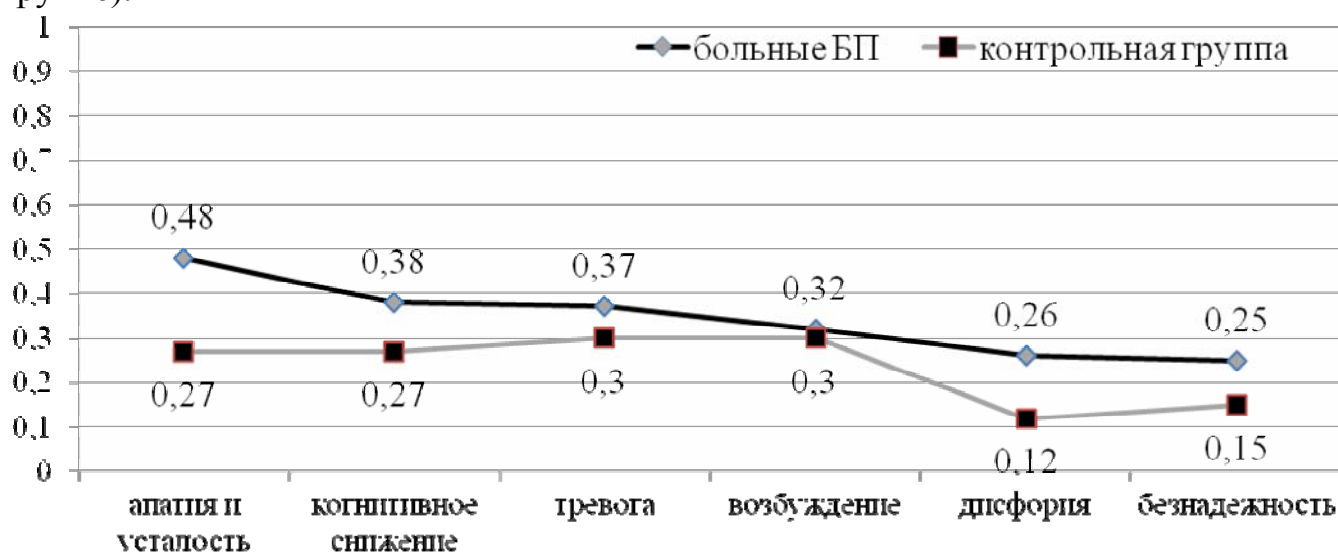
Различия между группой больных БП и контрольной группой по суммарному баллу Гериатрической шкалы депрессии (и отдельно по субшкалам «дисфория» ($p=0,002$) и «апатия и усталость» ($p=0,002$)), Шкале удовольствия ($p=0,0001$) и Шкале усталости ($p=0,0003$) являлись статистически достоверными.

Выяснено, что апатия, усталость, ангедония, возбуждение и навязчивые состояния тесно связаны с когнитивными нарушениями больных БП, а состояние тревоги и дисфории ассоциируется с большим вовлечением левого полушария в патологический процесс. При этом существует взаимосвязь между состоянием ангедонии и дисфории (и другими эмоционально-мотивационными нарушениями), однако она ослабляется по мере приближения к высоким значениям ангедонии, что указывает на больший вес экзогенных факторов в ее патогенезе. В то же время уровень тревоги, связанный с низкой преморбидной и актуальной самооценкой, вероятно, в большей степени зависит от преморбидных особенностей эмоционально-личностной сферы пациентов.

Кроме того, установлено, что дисфория, апатия и усталость больше выражены у женщин, а усталость (независимо от мотивационных нарушений) – у больных более позднего возраста. Общая выраженность эмоционально-мотивационных нарушений выше у неработающих и не состоящих в супружеских отношениях пациентов (неза-

висимо от наличия детей и внуков). При этом дисфория, чувство безнадежности, возбуждение, апатия и усталость возрастают пропорционально увеличению субъективной значимости речедвигательной сферы.

Рисунок 2. Среднеарифметическое значение штрафных факторов Гериатрической шкалы депрессии (средние значения в группе больных БП и в контрольной группе).

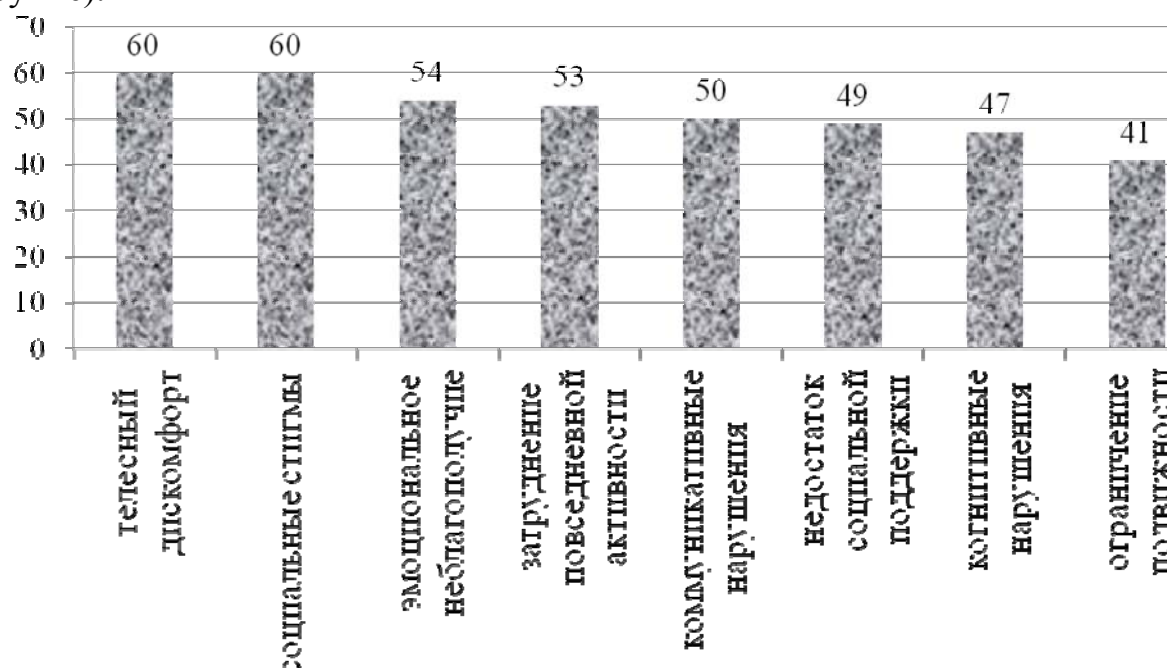


В параграфе также представлены результаты исследования самооценки (преморбидной, актуальной, желаемой; двигательной, когнитивной, эмоционально-личностной сферы и общего благополучия) пациентов с БП. Показано снижение самооценки у значительной части больных по сравнению с преморбидным уровнем, и приведены достоверные корреляции этого снижения с другими факторами больных и болезни. Снижение ощущения общего благополучия больных БП ассоциировалось с поздним возрастом пациентов и более продвинутой стадией БП, преморбидной высокой значимостью речедвигательной сферы и эмоционально-личностными нарушениями (апатией и усталостью, безнадежностью, когнитивным снижением, возбуждением и навязчивыми состояниями). В то же время самооценка двигательной сферы была связана не со стадией заболевания, а с эмоционально-личностными нарушениями и наличием супружеских отношений. Самооценка когнитивной сферы также была связана не с общей выраженностью нейропсихологических нарушений, но с объективной выраженностью мнестических нарушений, выраженностью возбуждения, навязчивых состояний, апатии и усталости. Самооценка эмоционально-личностной сферы снижалась пропорционально общей выраженности когнитивных нарушений, апатии и усталости.

В параграфе 4.4 «Результаты исследования внутренней картины болезни» проанализировано содержание внутренней картины болезни у пациентов с БП. В ассоциативном эксперименте отмечалось преобладание сензитивного уровня ВКБ (перечисление моторных (включая статолокомоторные), вегетативных и алгических проявлений заболевания). В то же время треть пациентов излагала общие «безличные» знания (когнитивный уровень), а треть демонстрировала яркие аффективные реакции (эмоциональный уровень). Несколько меньшее количество пациентов называло симптомы когнитивных и эмоционально-мотивационных нарушений. Часть пациентов воспринимала болезнь как условие для развития личностной силы, как нечто, освободившее их время, сообщала об оптимальных способах организации жизни в условиях болезни (мотивационный уровень).

В параграфе 4.5 «Результаты исследования качества жизни» рассмотрено влияние обеспокоенности пациентов проявлениями БП на их качество жизни (рис.3).

Рисунок 3. Профиль снижения качества жизни у пациентов с БП (средние баллы по группе).



Показано, что качество жизни пациентов на ранних стадиях заболевания в большей степени снижают обусловленные как экзогенными, так и эндогенными, а также преморбидными факторами психические (когнитивные и эмоциональные), но не двигательные нарушения.

В то же время закономерно, что степень ограничения подвижности больных БП тесно связана с выраженностью объективных проявлений тяжести заболевания (его стадией и продолжительностью), однако этот фактор оказывает наименьшее негативное влияние на качество жизни пациентов по сравнению с остальными. Буферными факторами для поддержания качества жизни служат уровень образования, наличие работы и детей.

В параграфе 4.6 «Результаты исследования социально-бытовой адаптации пациентов» рассмотрено состояние и содержание сфер трудовой, социально-культурной и семейно-бытовой активности больных БП и их корреляты. Выявлено, что лучше адаптированные пациенты (особенно в сфере трудовой активности) отличаются меньшей выраженностью эмоционально-мотивационных нарушений и более высокой самооценкой своего двигательного и психического состояния. Показано, что степень снижения семейно-бытовой и социально-культурной активности пациентов на ранних стадиях заболевания определяется не объективными проявлениями двигательной дисфункции, а выраженностью когнитивных и эмоционально-мотивационных нарушений.

В параграфе 4.7 «Результаты нейропсихологической реабилитации» описана динамика двигательных (табл.1) и когнитивных функций, а также эмоционального состояния и самооценки у пациентов с БП после проведенных реабилитационных мероприятий.

Таблица 1. Частота и процентный показатель улучшения пространственно-временных параметров ходьбы и равновесия больных БП после коррекции шага.

	% пациентов	% увеличения параметра	достоверность
увеличилась длина шага	74%	на 12% [2-23%]	p=0,0002
увеличилась максимальная длина шага	67%	на 11% [3-28%]	p=0,00009
увеличилась скорость ходьбы	78%	на 22% [5-76%]	p=0,001
увеличилась максимальная скорость ходьбы	59%	на 18% [0,6-55%]	p=0,003

Вычислено, что достоверно после проведенного цикла коррекции ходьбы и равновесия у пациентов также улучшились следующие показатели: снизилось время поворота ($p=0,002$), период опоры на одну ногу ($p=0,0005$) и среднеквадратическое отклонение центра давления во фронтальной плоскости в условиях порядкового счета ($p=0,04$), уменьшилась выраженность симптомов брадикинезии (в пробе сжатия руки в кулак $p=0,04$, в графической пробе на динамический праксис - $p=0,03$) и апраксии (для регуляторного праксиса $p=0,0004$, для динамического – $p=0,04$, для пространственного – $p=0,003$). В когнитивной сфере статистически значимо улучшились показатели восприятия в оптико-пространственной модальности ($p=0,02$), интеллектуальной деятельности (в пробе на решение задач: $p=0,04$) и прочности слухоречевой памяти ($p=0,01$), снизилась истощаемость в речевых пробах ($p=0,002$) и брадимнезия ($p=0,02$).

Итак, показано, что методика опосредствования ходьбы зрительными (маркеры на полу) и аудиальными (ритмичные удары метронома) стимулами позволяет увеличить длину, ширину, высоту, частоту и ритмичность шагов больных БП, возможности их ускорения, а также компенсировать трудности инициации двигательного акта и плавного переключения между шагами, улучшить поструральную устойчивость. При этом использование дополнительных внешних зрительных и слуховых афферентаций улучшает ходьбу и равновесие больных БП вплоть до ее приближения к соответствию преморбидной форме (на ранних стадиях заболевания), и их совместное применение в большей степени уменьшает разброс фронтальных и сагиттальных девиаций центра давления тела и увеличивает длину шага.

В параграфе, кроме того, проиллюстрирована эффективность проведенной программы когнитивной коррекции. Показана тенденция положительного влияния реабилитационных программ на психическое состояние и самооценку пациентов, в том числе, следующая из анализа самоотчетов пациентов. Предикторами регресса уровня депрессии является более молодой возраст пациентов (и особенно более молодой возраст дебюта заболевания) и более значительное улучшение показателей равновесия и регуляторных функций.

Ключевыми клинико-психологическим критериями динамики когнитивных и двигательных функций больных БП являются эндогенно и экзогенно опосредствованный уровень мотивации, подразумевающий адекватное функционирование эмоционально-личностных структур (отражения, побуждения, регуляции, смыслообразования, самооценки) и наличие интактного «резервного» фонда в мозговом суб-

страте. Критичность, включенность и эмоциональное переживание имеющихся нарушений (не переходящее в депрессивное состояние), вместе с высокой преморбидной значимостью речедвигательной сферы, наличием сил для участия в коррекционных занятиях и надежд на возможность частичного восстановления играют положительную роль для реабилитационного эффекта.

Далее в **главе 5 «Обсуждение результатов исследования»** проанализированы и сопоставлены с литературным обзором данные, полученные в главе 4. Параграфы в этих двух главах, соответственно, совпадают по темам.

В главе описывается и обсуждается распространенность, выраженность, структура, содержание, типология и взаимосвязь двигательных, когнитивных и эмоционально-личностных нарушений между собой и с другими клиническими, полушарными, половозрастными, преморбидными и социальными факторами. Также проясняется проблема качества жизни больных БП и выводятся буферные факторы их социально-бытовой адаптации. Кроме того, раскрываются пласты внутренней картины болезни Паркинсона у пациентов и ее взаимосвязи с характеристиками больных и болезни. И, наконец, обсуждаются клинико-психологические критерии динамики состояния пациентов после проведения реабилитационных программ, сравнивается эффективность различных опосредствующих стимулов, уточняются их мишени и выводятся показания к их применению.

Результаты обсуждения результатов вынесены в выводы.

ВЫВОДЫ

1. Нейродегенеративный процесс при БП создает характерный профиль регуляторных и нейродинамических, а впоследствии и операциональных когнитивных нарушений. На начальных и продвинутых стадиях заболевания у большинства больных БП преобладает когнитивный дефицит подкорково-лобного характера, как правило, не превышающий умеренной степени выраженности. Впоследствии к подкорково-лобным могут присоединяться височные и в несколько меньшей степени теменно-затылочные корковые нарушения, однако в некоторых случаях по мере прогрессирования БП больший удельный вес по отношению к нейродинамическим могут приобретать операциональные нарушения (и, в первую очередь, зрительно-пространственные). В этих случаях можно говорить о редких вариантах развертывания когнитивных нарушений по корково-подкорковому типу или по типу с повышенной «кортикализацией» дефектов.

2. Эмоционально-мотивационные нарушения типичны для больных БП и, будучи типологически разнородными, в тоже время часто коморбидны, сопровождая и результируя изменения инволюционного возраста, последствия прогрессирования болезни и преморбидные личностные особенности, связанные с негативными паттернами переработки и эмоциональной оценки информации. Патогенетическая общность когнитивных и эмоционально-мотивационных нарушений подтверждается их взаимными корреляциями, как при обследовании, так и в динамике обратного развития после реабилитации.

3. Наиболее распространенными и характерными эмоционально-мотивационными нарушениями среди больных БП оказались апатия, усталость, дисфория и ангедония. Выраженность и удельный вес этих состояний были связаны как с объективными (латерализацией патологического процесса, выраженностью когнитивных нарушений и стадией заболевания), так и с субъективными преморбидными факторами (низкой преморбидной самооценкой, тревожностью и высокой субъективной

значимостью речедвигательной сферы). Уровень тревожности больных БП преимущественно зависит от преморбидных особенностей эмоционально-личностной сферы. Навязчивые состояния не оказались типичными для пациентов, находящихся на ранней стадии заболевания, однако у них все же отмечалась легкая тенденция к их увеличению по сравнению с испытуемыми контрольной группы, связанная, в том числе, с выраженностью паркинсонизма. Эмоционально-мотивационные нарушения оказались больше свойственны пациентам женского пола.

4. Профиль и выраженность психических нарушений у больных БП зависит от латерализации патологического процесса, характера межполушарной асимметрии, возраста (в том числе возраста дебюта заболевания) и пола. Буферными факторами выступают высокий уровень образования, востребованность когнитивных и двигательных функций, а также социальная поддержка, обусловленные включенностью в трудовую деятельность, бытовую активность и семейные отношения. Наряду с этим хорошая адаптация больных БП также обусловлена благоприятными социальными условиями жизни, трудовой и бытовой востребованностью, поддержкой значимых других, целесообразными и гармоничными интрапсихическими перестройками, адекватными ситуации болезни.

5. Расхождение преморбидной и актуальной самооценки во всех областях выше у неработающих пациентов с большей выраженностью эмоционально-мотивационных нарушений. С объективной тяжестью двигательных нарушений, как и с высокой преморбидной субъективной значимостью речедвигательной сферы, связана низкая субъективная оценка общего благополучия, но не оценка состояния двигательной сферы. Большей общей выраженности когнитивного дефекта соответствует более низкая субъективная оценка эмоционально-личностной сферы, в то время как самооценка состояния когнитивной сферы связана только с объективной выраженностью мнестических нарушений. Причем субъективная оценка эмоционально-личностной сферы в меньшей степени связана с общей выраженностью эмоциональных нарушений, чем оценки в других сферах, однако находится в зависимости от выраженности апатии и усталости.

6. В ВКБ больных БП прослеживается тенденция доминирования мотивационного компонента. Наиболее адаптивным реакциям на болезнь соответствует преобладание когнитивного и мотивационного уровня в структуре ВКБ. Большая выраженность эмоционального уровня ВКБ ассоциируется с эмоционально-мотивационными нарушениями и высокой преморбидной значимостью речедвигательной сферы. Самой благоприятной с точки зрения эмоционального благополучия является направленность вовнутрь локуса контроля пациентов в представлениях об этиологии и лечении БП. Наиболее часто БП воспринимается пациентами как угроза и утрата, однако многих из них ситуация болезни подталкивает к позитивным внутриличностным перестройкам, что отражается на повышении их самооценки и приводит к благоприятным изменениям межличностных отношений.

7. Наиболее существенно снижающими качество жизни факторами на ранних стадиях БП являются дискомфортные сенсорные ощущения, связанные как с проявлениями общих симптомов паркинсонизма, так и с психической дисфункцией, а также собственно эмоциональное неблагополучие и обеспокоенность социальной стигматизацией заболевания. Снижение качества жизни, связанное с ограничением подвижности и затруднениями в повседневной активности, представлено в этой группе пациентов значительно меньше и коррелирует со стадией и продолжительностью заболевания, выраженностью мотивационных нарушений, усталости и воз-

буждения, снижением самооценки эмоционально-личностной сферы. Наряду с этим степень семейно-бытовой, трудовой и социально-культурной активности пациентов определяется не объективными проявлениями двигательной дисфункции, а выраженностью когнитивных и эмоционально-мотивационных нарушений.

8. Методика сенсорного опосредствования ходьбы оказывает значительное положительное влияние на статолокомоторные и когнитивные функции больных БП. Ее применение позволяет увеличить длину, ширину, высоту, частоту и ритмичность шагов, выровнять их структуру и снизить вариабельность, а также повысить возможности ускорения, компенсировать трудности инициации двигательного акта, плавного переключения между шагами и совершения поворота, улучшить постральную устойчивость. В когнитивной сфере на нейропсихологическую коррекцию ходьбы и равновесия в большей степени отвечают нейродинамические, регуляторные и динамические факторы, сфера произвольных движений и действий, оптико-пространственный гнозис и память (в первую очередь, в виде повышения устойчивости к интерферирующим воздействиям). Наиболее эффективным способом опосредствования является сочетание разномодальных (зрительных и акустических) стимулов, кроме того, у части пациентов происходит интериоризация самого способа опосредствования. Ключевыми условиями динамики когнитивных и двигательных функций больных БП, наряду с ранним дебютом заболевания и высоким уровнем образования, являются сохранность речевых и интеллектуальных функций (когнитивный профиль близкий к подкорково-лобному), а также высокий уровень мотивации и значимости речедвигательной сферы в сочетании с низким уровнем эмоциональных нарушений.

9. Когнитивная реабилитация, основанная на стимуляции и реорганизации когнитивных процессов, является эффективным средством улучшения психических функций и состояний больных БП. Основным эффектом направленной когнитивной реабилитации является улучшение когнитивных процессов, связанных, преимущественно, с блоком регуляции, программирования и контроля, а также с нейродинамическим структурно-функциональным блоком головного мозга. Сопутствующим эффектом является снижение уровня эмоционально-мотивационных нарушений (в особенности ангедонии) и повышение самооценки.

Содержание диссертации отражено в следующих публикациях автора:

Статьи в журналах, рекомендованных ВАК:

1. Созинова Е.В. Исследование механизмов речевой и моторной готовности / Ж.М. Глозман, А.А. Кисельников, Е.В. Созинова // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 2008. – № 1. – С. 49-58 (доля авторского участия – 20%).

2. Созинова Е.В. Качество жизни родственников пациентов, находящихся на ранних стадиях болезни Паркинсона / Е.В. Созинова, Ж.М. Глозман // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 2009. – № 3. – С. 88-95 (доля авторского участия – 70%).

3. Созинова Е.В. Память человека и анатомические особенности гиппокампа / А.В. Вартанов, С.А. Козловский, В.Б. Скворцова, Е.В. Созинова, Ю.А. Пирогов, Н.В. Анисимов, Д.А. Куприянов // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 2009. – № 4. – С. 3-16 (доля авторского участия – 30%).

4. Созинова Е.В. Эмоционально-мотивационная сфера у пациентов с болезнью Паркинсона / Е.В. Созинова, Ж.М. Глозман // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32, № 3. – С. 105-113 (доля авторского участия – 80%).

Публикации в других научных изданиях:

5. Созинова Е.В. Изменение параметров цикла шага у больных с болезнью Паркинсона / О.С. Левин, Н.А. Юнищенко, Ж.М. Глозман, Е.В. Созинова, Д.В. Скворцов // Материалы VII Всероссийской конференции по биомеханике. – Н. Новгород, 2004. – Т. 2. – С. 72-73 (доля авторского участия – 50%).

6. Sozinova E.V. Neuropsychological rehabilitation of patients with Parkinson's disease: efficiency criteria / E.V. Sozinova, J.M. Glozman, O.S. Levin, N.A. Unishenko // Materials of The Carl Wernicke & Alois Alzheimer Memorial Symposium in Psychogeriatrics Polska. – Wroclaw, 2005. – Iss. 2 (4). – P. 425 (доля авторского участия – 80%). Sozinova E.V. Apraxia in patients with Parkinson's disease / J.M. Glozman, O.S. Levin, E.V. Sozinova, N.A. Unishenko // The 16th International Congress on Parkinson's disease and related disorders. – Berlin, 2005. – Vol. 11. – S. 2. – P. 154 (доля авторского участия – 40%).

8. Sozinova E.V. The interplay between gait, cognition and behavior in Parkinson's disease: assessment and rehabilitation / J.M. Glozman, O.S. Levin, D.L. Olyunin, E.V. Sozinova, N.A. Unishenko // The International Congress on Gait and Mental function. – Madrid, 2006. – P. 73 (доля авторского участия – 30%).

9. Sozinova E.V. Mediation and activation as the main mechanisms of neuropsychological rehabilitation of patients with Parkinson's disease / J.M. Glozman, E.V. Sozinova, O.S. Levin, N.A. Unishenko // The 26th Annual meeting of INS. – Boston, 2006.

10. Sozinova E.V. (доля авторского участия – 80%). in emotional features and efficiency of neuropsychological rehabilitation in PD / E.V. Sozinova, J.M. Glozman // Neurodegenerative Diseases 4. – 2007. – Suppl. 1. – P. 344 (доля авторского участия – 70%).

11. Созинова Е.В. Дифференциальная морфометрия гиппокампа: память и креативность в пожилом возрасте / А.В. Вартанов, С.А. Козловский, В.Б. Скворцова, Е.В. Созинова, Ю.А. Пирогов // Развитие научного наследия А.Р. Лурия в отечественной и мировой психологии : материалы III Международной научно-практической конференции / под ред. В.А. Москвина. – М. – Белгород : ПОЛИТЕРРА, 2007. – С. 64-65 (доля авторского участия – 30%).

12. Созинова Е.В. Нейропсихологические показатели памяти и структурные особенности гиппокампа / С.А. Козловский, В.Б. Скворцова, А.В. Вартанов, Е.В. Созинова, Ю.А. Пирогов // Материалы IV Всероссийского съезда РПО. 18-21 сентября 2007. – Москва – Ростов н/Д : КРЕДО, 2007. – Т. 2. – С. 113-113 (доля авторского участия – 30%).

13. Созинова Е.В. Факторы эффективного опосредствования запоминания при нормальном старении / Е.В. Созинова, А.В. Вартанов, Ж.М. Глозман, С.А. Козловский. // Развитие научного наследия А.Р. Лурия в отечественной и мировой психологии : материалы III Международной научно-практической конференции / под ред. В.А. Москвина. – М. – Белгород : ПОЛИТЕРРА, 2007. – С. 58-59 (доля авторского участия – 80%).

14. Созинова Е.В. Память и структурные особенности гиппокампа в пожилом возрасте / С.А. Козловский, Е.В. Созинова, В.Б. Скворцова // Третья международная конференция по когнитивной науке. 20-25 июня 2008 г. : тезисы докладов. – М. : Художественно-издательский центр, 2008. – Т. 2. – С. 318-319 (доля авторского участия – 50%).

15. Созинова Е.В. Креативность и структурные особенности гиппокампа / Е.В. Созинова, С.А. Козловский // Ломоносов (секция Психология) : 15-ая ежегодная ме-

ждународная конференция по фундаментальным наукам. – М., 2008. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) (доля авторского участия – 80%).

16. Sozinova E.V. A comprehensive study of emotional disturbances in Parkinson's disease / E.V. Sozinova, J.M. Glozman // 6th International Congress on Mental Dysfunctions & Other Non-motor Features in Parkinson's Disease and Related Disorders. Dresden, 16-19 October 2008. – Dresden, 2008. – 1 electr. opt. disk (CD-ROM) (доля авторского участия – 80%).

17. Sozinova E.V. Apraxia and gait disturbances in patients with Parkinson's disease / E.V. Sozinova, J.M. Glozman // The 9th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases. – Amsterdam, 2008. – P. 38 (доля авторского участия – 80%).

18. Sozinova E.V. The role of hippocampus parts in verbal memory and activation processes / E.V. Sozinova, S.A. Kozlovskiy, A.V. Vartanov, V.B. Skvortsova, Y.A. Pirogov, N.V. Anisimov, D.A. Kupriyanov // The Olympics of the Brain : materials of The 14th World Congress of Psychophysiology // International Journal of Psychophysiology. – 2008. – P. 312 (доля авторского участия – 30%).

19. Sozinova E.V. Advanced stage of Parkinson's disease and non-motor fluctuations / I.G. Smolentseva, E.V. Sozinova // The 13th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders. – Paris, 2009. – P. 375 (доля авторского участия – 20%).

20. Sozinova E.V. Parkinson's Disease Registry / O.V. Krivonos, I.G. Smolentseva, N.A. Amosova, E.V. Sozinova // The 18th WFN World Congress on Parkinson's Disease and Related Disorders. – Miami Beach, 2009. – P. 110 (доля авторского участия – 20%).

21. Sozinova E.V. False memories and anatomical features of hippocampus in older adults / S.A. Kozlovsky, E.V. Sozinova, V.B. Skvortsova, A.V. Vartanov // NeuroImage. – 2009. – Vol. 47. – S. 1. - P. 167 (доля авторского участия – 70%).

22. Созинова Е.В. Шкала краткого исследования психического статуса / Е.В. Созинова, Ж.М. Глозман // Пожилой пациент. – 2009. – № 1. – С. 36-42 (доля авторского участия – 80%).

23. Созинова Е.В. Личность пациента с болезнью Паркинсона / Е.В. Созинова // Лечение заболеваний нервной системы. – 2010. – № 1 (3). – С. 29-33.

24. Созинова Е.В. Регуляция рабочей памяти и объем хвостатых ядер в пожилом возрасте / С.А. Козловский, В.Ю. Скворцова, Е.В. Созинова, А.В. Вартанов, Е.Ю. Никонова // 4ая международная конференция по когнитивной науке. – Томск, 2010. – С. 332-334 (доля авторского участия – 30%).

25. Созинова Е.В. Особенности памяти и изменения объема гиппокампа при нормальном старении / А.В. Вартанов, С.А. Козловский, В.Б. Скворцова, Е.В. Созинова // Когнитивные исследования : сборник научных трудов / под ред. В. Соловьева, Ю. Александрова. – М. : Институт психологии РАН, 2010. – Т. 4. – С. 260-272 (доля авторского участия – 30%).

Подписано в печать 16.04.2012 г.
Формат А4/2. Ризография
Печ. л. 1,5. Тираж 100 экз. Заказ № 18/04-12
Отпечатано в ООО «Позитив-НБ»
634050 г. Томск, пр. Ленина 34а