АНТИЦИПАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПАРКИНСОНИЗМОМ

Э.А. Залялова, В.Д. Менделевич

*Кафедра неврологии и реабилитации (зав. — проф. Э.И. Богданов),
кафедра медицинской и общей психологии (зав. — проф. В.Д. Менделевич)
Казанского государственного медицинского университета*

С учетом своеобразного психомоторного поведения больных идиопатическим паркинсонизмом (ИП) можно предположить, что для их антиципационной деятельности характерны определенные особенности, изучение которых и являлось целью настоящего исследования.

Нами были обследованы 22 пациента (14 мужчин и 8 женщин) с явлениями паркинсонизма в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст — 56,27 ± 1,87). Диагноз был установлен на основании позитивных клинических критериев ИП, течения заболевания и реакции на допаминотропные препараты [2, 7]. Антиципацию изучали с помощью теста антиципационной состоятельности — АС (прогностической компетентности) В.Д. Менделевича [5]. Тест содержит 81 вопрос с прямыми и обратными утверждениями, позволяющими оценить личностно-ситуативную, пространственную и временную составляющие АС. Из-за сложностей в адекватной оценке собственных моторных возможностей, а в ряде случаев и графических трудностей обследованные отвечали на вопросы теста вместе с ближайшими родственниками. Кроме того, вопросы предполагали ответы из опыта прошлых лет, то есть как пациент вел себя в предложенных тестом ситуациях и обстоятельствах до болезни.

Анамнестическое и клиническое обследования показали, что продолжительность заболевания колебалась от одного года до 14 лет (в среднем — 4,50 ± 0,72 года). В анамнезе болезни не было данных, указывавших на вторичный характер заболевания. Брадикинезия была ведущим клиническим проявлением и в большинстве случаев обуславливала тяжесть состояния. У 12 пациентов она носила умеренный характер, у 9 — выраженный, у одного — легкий. Ригидность также имела место у всех пациентов и была выраженной у 4 больных, средней степени — у 14, легкой — у 5. Тремор проявлялся в покое у 12 пациен-

тов, но в тяжелых случаях (у 3) носил также кинетический и статический характер, имел среднюю частоту (4—6 Гц) и среднюю амплитуду. Грубый тремор значительно снижал качество жизни больного. У 5 больных гиперкинез проявлялся лишь при волнении, у 2 — отсутствовал.

Постуральные нарушения не выявлялись в 6 случаях, у 8 — проявлялись в легкой степени в виде умеренной ретропульсии, ахейрокинеза и ощущения неустойчивости самим пациентом, у 6 — более грубыми явлениями про-, ретропульсии, положительным тестом Тернара, неустойчивостью при поворотах, ахейрокинезом, микробазией и др. Двое больных из-за тяжелых позных нарушений не могли передвигаться без поддержки.

Кроме основных двигательных расстройств, выявлялись другие неврологические симптомы: ограничение движения глазных яблок вверх (у 9), отсутствие или слабость конвергенции (у 3), оживление рефлексов орального автоматизма (у 3), пирамидные знаки (у 3). У 4 больных на фоне длительного приема L-допа содержащих препаратов отмечались дискинезии "начала дозы". Всем обследованным был выставлен диагноз ИП. У 2 больных была стадия 4.0, у 11 — 3.0 и у 9 — 2.5 по Hoehn, Uahr (1967).

Отклонения антиципационной деятельности были выявлены у 19 (86,4%) человек. Частота встречаемости антиципационной несостоятельности (прогностической некомпетентности) по отдельным шкалам представлена в табл.1.

Из табл.1 видно, что для больных ИП более характерной оказалась не общая прогностическая некомпетентность, а изолированные отклонения, причем пространственные чаще других (в 63,6%).

Проанализированы и средние балльные значения АС по отдельным составляющим (табл.2).

Расчеты показали, что у больных ИП общая АС была в пределах нормы, од-

Таблица 1

Частота встречаемости отклонений антиципационной деятельности от нормативов по отдельным составляющим		
Составляющая АС	Абс.	%
Общая	6	27,3
Личностно-ситуативная	10	45,5
Пространственная	14	63,6
Временная	8	36,4

Таблица 2

Средние балльные значения АС по отдельным составляющим (М ± m)		
Составляющая АС	Границы нормы (в баллах)	Средние значения АС
Общая	241	257,6 ± 4,6
Личностно-ситуативная	166	166,4 ± 4,1
Пространственная	52	47,5 ± 1,9
Временная	42	46,2 ± 1,5

нако показатели пространственной состоятельности — значительно ниже границы нормы, а личностно-ситуативной — пограничными. Дальнейший сравнительный анализ касался зависимости АС от продолжительности заболевания и возраста пациента. Все обследованные были разделены на 2 возрастные категории (по 11 чел.) — старше и моложе 56 лет (средних возрастных значений), а также по продолжительности заболевания — менее и более 4,5 года (14 и 8 человек соответственно). Оказалось, что среди данного контингента на значения как общей АС, так и отдельных ее составляющих не влияют ни длительность заболевания, ни возраст обследуемого ($P > 0,1$).

Исследования выявили половые особенности прогностической компетентности больных ИП (табл.3).

Из табл. 3 видно, что у женщин средние значения пространственной антиципации оказались достоверно ниже, чем у мужчин. В то же время средние значения личностно-ситуативной прогностической компетентности, у мужчин больных ИП, были, наоборот, ниже, чем у женщин.

Результаты исследования показали, что для больных ИП характерна прогностическая некомпетентность, которая встречается в 86,4% случаев. Как по частоте, так и по абсолютным значениям для ИП наиболее типична пространственная некомпетентность. Антиципационные нарушения имеют половые

Таблица 3

Составляющая АС	Пол		p
	мужчины (14 чел.)	женщины (8 чел.)	
Общая	256,5 ± 6,1	265,3 ± 6,8	$> 0,01$
Личностно-ситуативная	160,5 ± 4,1	185,1 ± 5,4	$< 0,01$
Пространственная	50,7 ± 2,0	43,0 ± 1,7	$< 0,05$
Временная	46,7 ± 1,7	46,0 ± 2,7	$> 0,01$

различия и характеризуются превалированием пространственных изменений у лиц женского пола и личностно-ситуативных у лиц мужского пола с ИП.

Таким образом, клинические проявления БП вполне могут быть обусловлены их психомоторной неловкостью, а тест АС может иметь диагностическое значение, особенно на ранних, субклинических стадиях болезни Паркинсона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. — М., 1991.
2. Богданов Э.И., Залялова З.А. Паркинсонизм в таблицах, схемах, шкалах. — Казань, 1999.
3. Голубев В.Л. Паркинсонизм (вопросы клиники, патогенеза, и лечения). — М., 1974.
4. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма — М., 1999.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — М., 1998.
6. Садикова О.Н. Корреляция клинических, нейропсихологических и компьютерно-томографических данных при болезни Паркинсона : Автореф. дисс. ... канд.мед. наук.— М., 1997.
7. Hughes I.R., Daniel S.E. et al.// J. Neurol. Psychiat. — 1992.— Vol.55.—P. 181—184.

Поступила 27.11.01.

ANTICIPATIONAL PECULIARITIES OF PSYCHIC ACTIVITY OF PATIENTS WITH IDIOPATIC PARKINSONISM

Z.A. Zalyalova, V.D. Mendelevich

S u m m a r y

The peculiarities of anticipational activity of patients with idiopathic parkinsonism are studied using anticipational competence test. In 86,4% cases the deviations in anticipational activity in the form of spatial incompetence are revealed in females and in personal and situational — in males. Correlations of these disorders with age of patients and disease duration are not revealed. The diagnostic significance of anticipational possibilities of patients at subclinical stages of parkinsonism is noted.