

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВКБ (ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ) У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕМЕНЦИЕЙ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

### FEATURE WKB (INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE) IN THE ELDERLY WITH DEMENTIA IN NEURODEGENERATIVE DISEASES

**A. Ivanov  
E. Tetushkina**

*Summary.* The article examines the features of the internal picture of the disease in the elderly with dementia in neurodegenerative diseases. The research work was evaluated according to the incidence and Alzheimer's disease. In the course of the research, the relationship between incidence and disease was established.

*Keywords:* Dementia, internal picture of the disease, neurodegenerative diseases, Parkinson's disease, Alzheimer's disease.

**Иванов Алексей Константинович**

Тульский Государственный университет  
thelaygun@gmail.com

**Титушкина Екатерина Романовна**

Тульский Государственный университет

*Аннотация.* В статье изучены особенности внутренней картины болезни у лиц пожилого возраста с деменцией при нейродегенеративных заболеваниях. Целью исследования была оценка влияния личностных особенностей больных и их внутренней картины болезни на течение таких нейродегенеративных заболеваний, как болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера. В ходе исследования было установлено наличие сложных взаимосвязей между представлением больного о своей болезни, его личностных особенностей и течением нейродегенеративных заболеваний.

*Ключевые слова:* Деменция, внутренняя картина болезни, нейродегенеративные заболевания, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера.

**П**ожилой возраст считается наиболее важным фактором риска формирования когнитивных нарушений (КН), в том числе и деменции. Деменция — синдром, характеризующийся приобретенным, зачастую нарастающим снижением интеллекта, которое появляется вследствие органического поражения головного мозга (ГМ) [12].

Согласно эпидемиологическим сведениям, распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет от 3 до 8%. По сведениям Всероссийской программы изучения эпидемиологии ПРОМЕТЕЙ до 25% амбулаторных неврологических пациентов старше 65 лет имеют выраженные когнитивные нарушения. Распространённость тенденции к демографическому росту доли лиц пожилого возраста делает проблему деменции крайне важной как для здравоохранения, так и для общества в целом [4]. Согласно анализам Всемирной организации здравоохранения, сегодня в мире насчитывается 35,6 миллиона людей с деменцией. Каждый год во всем мире обнаруживается 7,7 миллиона новых случаев деменции, то есть каждые 4 секунды в какой-либо стране мира появляется новый случай этого заболевания [3].

В настоящее время взаимоотношения соматических проявлений и психической сферы считаются одними из самых интересных исследований в клинической психологии. Актуальным в данной сфере становится исследование самосознания больного человека: его самомне-

ния, отношения к себе и внутренней картины болезни (ВКБ). Между объективными проявлениями заболевания и субъективной оценкой больного, непосредственно в старческом возрасте, выражаются более значимые расхождения. В одном из собственных научных работ В.В. Николаева отмечает, что непосредственно возрастной аспект субъективного отражения заболевания до сих пор остается мало исследованным [5].

В соответствии с рекомендациями последнего пересмотра международной классификации заболеваний (МКБ-10), диагноз деменции ставят в тех ситуациях, если:

- ◆ у больного развивается стойкое, по сравнению с прежним уровнем, снижение мнестических и иных когнитивных возможностей;
- ◆ в основе указанного снижения лежит органическая патология головного мозга;
- ◆ когнитивные нарушения определяются на фоне ясного сознания;
- ◆ как правило, когнитивные нарушения сочетаются с преобразованиями в эмоциональной сфере либо в поведении больного [9].

К значимым детерминантам внутренней картины болезни (ВКБ) причисляются возраст пациента и его личностные характеристики. Максимальные расхождения между субъективной оценкой заболевания и её объективными проявлениями выражены в старческом возрасте. Пожилые люди зачастую неадекватно откликаются

на болезнь, так как протестуют против старости, а также для них характерно присутствие страха одиночества и распад жизненного стереотипа [10].

В данной статье рассмотрим более подробно внутреннюю картину болезни у пациентов пожилого возраста с наиболее известными заболеваниями, которым свойственна деменция: пациентов с болезнью Паркинсона и пациентов с болезнью Альцгеймера.

Болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера — это наиболее распространенные и социально важные нейродегенеративные заболевания. Кроме основных собственных проявлений, при данных болезнях прослеживаются разнообразные психоэмоциональные нарушения, которые оказывают большое влияние на качество жизни больных лиц. Формирование данных нарушений зависит от отношения пациента к собственному заболеванию и его индивидуальных особенностей [5]. Личностные нарушения обусловлены как продолжительностью инвалидизирующего заболевания, так и структурными нейрохимическими нарушениями, характерными для данных нейродегенераций [1].

При нейродегенеративных болезнях зачастую, кроме основной симптоматики, прослеживаются изменения личности, аффективные и психотические нарушения, которые имеют существенное, а в некоторых случаях и решающее влияние на качество жизни пациента и ухаживающих за ним лиц [6]. В задачи исследования входит комплексная оценка индивидуальных особенностей и внутренней картины заболевания при помощи специализированных опросников, а кроме того анализ когнитивных, аффективных, психотических и двигательных нарушений у пациентов с более известными и общественно значимыми нейродегенеративными болезнями — заболеванием Альцгеймера (БА) и заболеванием Паркинсона (БП) [2].

Нами было проведено исследование, целью которого была оценка воздействия личностных особенностей больных и их внутренней картины болезни на протяжении нейродегенеративного заболевания. В исследовании приняли участие 30 пациентов с болезнью Паркинсона (средний возраст  $65,3 \pm 7,1$  лет), 30 пациентов с болезнью Альцгеймера (средний возраст  $66,2 \pm 5,4$  лет).

Внутренняя картина болезни (ВКБ) оценивалась с помощью опросника ВКБ Левина О.С. [8]. Данный опросник включает в себя 50 вопросов, позволяющих выяснить представления пациента о заболевании и методах его лечения, ключевые переживания, сопряженные с ним, уровень воздействия болезни на повседневную деятельность пациента, его жизненные планы, концепции внутренней картины заболевания, разработанной вы-

дающимся отечественным терапевтом Р.А. Лурия [10]. В блестящей монографии «Внутренняя картина заболевания и ятрогенные болезни» он писал, что «внутренней картиной заболевания я именую все то, что ощущает и переживает заболевший, всю массу его ощущений... весь этот огромный внутренний мир пациента, который состоит из крайне сложных комбинаций восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [9].

Исследование внутренней картины заболевания при БА и БП позволило отметить три ключевых аспекта ВКБ: когнитивный, эмоциональный, мотивационный. Эмоциональный аспект ВКБ характеризовался чувствами, какие испытывали пациенты в связи с заболеванием, эмоциональными признаками болезни и ограничением жизнедеятельности, вызванным болезнью. Когнитивный аспект ВКБ характеризовался представлениями пациента о собственном заболевании, его происхождении и методах лечения. Мотивационный аспект внутренней картины заболевания определяет активность отношения пациента к собственному заболеванию, его способность к активным действиям, сконцентрированным на преодолении его симптомов и улучшение качества жизни.

Анализ результатов опросника позволил отметить три вида отношения пациентов к заболеванию. Для гипергностического типа была характерна поглощенность симптомами заболевания и связанными с ним эмоциональными переживаниями, соответственно для них была свойственна значительная оценка по чувственному аспекту, в то время как оценка по мотивационному аспекту ВКБ была невысокой. Второй тип отношения к заболеванию — гипогностический — характеризовался направленностью к игнорированию признаков болезни и их воздействия на жизнедеятельность. Для этого типа были свойственны низкие оценки по абсолютно всем трем аспектам ВКБ. Для третьего — сбалансированного — типа было характерно более или менее рациональное отношение к заболеванию с сравнительно высокими оценками по мотивационному и эмоциональному аспектам ВКБ. У пациентов со сбалансированным типом отношения к заболеванию был замечен более высокий уровень качества жизни, в то время как у пациентов с гипергностическим типом — более низкий.

Следует выделить, что самооценка качества жизни у пациентов с гипогностическим типом часто была неадекватной, по этой причине при рассмотрении результатов исследования качества жизни немаловажно принимать во внимание тип отношения к заболеванию.

Примерно у половины пациентов отмечаются изменения эмоционально-волевой сферы: 68% пациентов ощущают чувство вины по поводу собственного заболевания.

57% пациентов отметили, что стали более нетерпеливыми и вздорными, и острее ощущают несправедливость, проявленную другими людьми. 51% больных полагают, что болезнь поменяла их характер. 40% пациентов находятся в подавленном настроении в связи с болезнью и 48% полагают, что стали безразличнее к окружающим. Все данные параметры характеризуют чувственный аспект ВКБ

В большинстве случаев больные БП связывали собственное заболевание со стрессом — 71%, со злым роком и воздействием потусторонних сил — 63%, приемом фармацевтических средств — 57%, с плохой экологией — 42%, с наследственной предрасположенностью — 35%, с собственной профессией — 33% пациентов, с вредными привычками — 32% больных.

Оценка волевого аспекта ВКБ продемонстрировала, что 58% больных полагают, что от их личных стараний будет зависеть последующее развитие болезни, при этом 87% пациентов регулярно принимали определенные лекарства и занимались физическими упражнениями.

Статистически значимой оказалась зависимость качества жизни от волевого и чувственного аспектов внутренней картины болезни.

Пациенты, полагавшие, что развитие заболевания зависит от их усилий, не замечая проявлений заболевания, регулярно принимавшие препараты, регулярно занимавшиеся физическими упражнениями, имели тенденцию к более высокому качеству жизни. Следует отметить, что активное отношение к заболеванию не зависело от его тяжести. Более того, больные с более тяжелой степенью заболевания чаще полагали, что от них зависит, как будет развиваться болезнь. Такие больные чаще высказывали мнение о необходимости регулярных занятий физическими упражнениями

Качество жизни было хуже у тех больных, которые были склонны считать, что болезнь изменила их характер, пребывали в угнетенном состоянии, были более безразличными к окружающим, нетерпеливыми, раздражительными. Особенно негативно на качестве жизни сказывались опасения больных о возможном изменении к ним отношения близких.

Некоторые аспекты ВКБ зависели от пола. В целом мужчины хуже приспособлялись к болезни, чем женщины. Мужчины чаще отмечали изменение характера, ухудшение материального положения. Женщины реже испытывали чувство вины в связи с заболеванием и чаще считали, что лечение им помогает.

Тип отношения к заболеванию в значительной степени зависел от выраженности аффективных и когнитив-

ных нарушений. Среди больных с гипергностическим типом выраженная депрессивная симптоматика встречалась чаще, чем у больных с другим типом отношения к заболеванию. С другой стороны, среди больных с гипогностическим типом значительно чаще встречались лица с выраженным когнитивным дефектом.

Таким образом, на качество жизни больных болезнью Паркинсона помимо двигательных нарушений оказывают влияние аффективные и когнитивные нарушения, взаимоотношения с близкими, а также совокупность представлений и переживаний больных. Всё это находит выражение во внутренней картине заболевания и формирует тип отношения к болезни.

Исследование внутренней картины болезни у пациентов с болезнью Альцгеймера выявило следующие изменения эмоционально-волевой сферы: 85% больных отметили, что стали более нетерпеливыми и раздражительными, и более остро ощущают несправедливость, проявленную другими людьми. Лишь 30% больных считают, что болезнь изменила их характер. 55% больных пребывают в угнетенном настроении в связи с заболеванием и 22% считают, что стали безразличнее к окружающим.

Оценивая когнитивный аспект ВКБ, было выявлено, что больные БА менее склонны связывать свое заболевание со стрессом — 31%, со злым роком и действием потусторонних сил — 55%, приемом лекарственных средств — 33%, с плохой экологией — 22%, с наследственной предрасположенностью — 45%, со своей профессией — 22%, собственными вредными привычками — 15% больных. Низкие оценки по всем разделам этой шкалы вероятно связаны со сниженной критикой и анозогнозией у данной категории пациентов. Вероятно, по этой же причине наблюдались существенно более низкие показатели, связанные с волевым аспектом внутренней картины болезни. Среди пациентов с болезнью Альцгеймера преобладали люди с гипогностическим типом отношения к заболеванию — 71%.

Данное исследование показало наличие сложных взаимосвязей между отношением больного к своей болезни, его личностными особенностями и течением нейродегенеративных заболеваний. Личностные особенности могут служить как фактором риска развития нейродегенераций, провоцируя склонность к вредным привычкам, нездоровому образу жизни или к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, но также могут быть маркером самого нейродегенеративного процесса. Раннее выявление различных личностных особенностей позволяет уточнить прогноз заболевания, вовремя выявлять различные психосоциальные и когнитивные нарушения, улучшая качество жизни таких больных и их родственников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный неврологический конгресс (XVII). Сообщение 1 // Неврол. журн. 2002. Т. 7. № 1. С. 53.
2. Дамулин И. В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / Под ред. Ях-но Н.Н. М., 2002.
3. Деменция: приоритет общественного здравоохранения. М.: ВОЗ, 2013. С. 6.
4. Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей»). Неврол. журн. 2006; 11: 27–32.
5. Ещенко Н. Д. Биохимия психических и нервных болезней. — СПб.: Изд-во С-Петерб. Ун-та, 2004–200 с.
6. Клинические, диагностические и терапевтические аспекты умеренных когнитивных нарушений амнестического типа // Медицинский совет. Неврология. — 2015. — № 5. — С. 40–44.
7. Левин О. С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции: метод. рекоменд. / О. С. Левин, Е. Е. Васенина. — М.: МЕДпресс-информ, 2015. — 80 с.
8. Левин, О. С. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты / О. С. Левин, Е. Е. Васенина // Фарматека. — 2012. — № 19. — С. 76–80.
9. Левин О.С., Лычева Н. Ю. Психологические и медицинские аспекты качества жизни больных с болезнью Паркинсона // Сборник материалов научных исследований Российской медицинской академии последиplomного образования, М., 2001, N4, с. 67–72.
10. Лыщенко Е.А., Левин О. С. Личностные особенности и внутренняя картина болезни как предикторы течения нейродегенеративных заболеваний // Теоретические и практические аспекты современной медицины: сб. ст. по матер. III–IV междунар. науч.-практ. конф. № 1(3). — Новосибирск: СибАК, 2018. — С. 23–35.
11. Мохова, О. И. Деменция: диагностические и терапевтические аспекты / О. И. Мохова, И. В. Дамулин // Рос. мед. журн. — 2014. — № 2. — С. 45–49.
12. Преображенская ИС. Деменция — эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(4):71–7.

© Иванов Алексей Константинович ( thelaygun@gmail.com ), Титушкина Екатерина Романовна.  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Тульский Государственный университет