

Застосування програм рухової реабілітації у нормалізації психоемоційної сфери пацієнтів з хворобою Паркінсона

Наталія Волошина

Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

Ірина Богданова

Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

Іван Волошин-Гапонов

Харківський національний університет імені В. Н.
Каразіна, Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

Сергій Федосєєв

Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

Людмила Терещенко

Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

Таїсія Богданова

Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної Академії медичних наук України

З метою дослідження ефективності програми рухової реабілітації хворих на хворобу Паркінсона було клінічно обстежено 48 пацієнтів, які пройшли курс рухової реабілітації з використанням феномену парадоксальної кінезії і в подальшому по-різному дотримувалися рекомендацій з реабілітації. Виявлено, що пацієнти, які пройшли додатково он-лайн програму реабілітації і в подальшому виконували рекомендації з реабілітації продемонстрували значуще кращий стан психоемоційної сфери порівняно з пацієнтами, які пройшли он-лайн реабілітацію, але не виконували рекомендацій, і хворими, які не пройшли он-лайн реабілітацію і не виконували рекомендацій. Показники у цих групах відповідно склали: за шкалою HDRS: $10,18 \pm 3,64$ балів, $14,56 \pm 1,82$ балів і $17,87 \pm 3,27$ балів відповідно, за шкалою А. Бека: $7,18 \pm 3,94$ балів, $11,63 \pm 3,59$ балів, $20,93 \pm 13,43$ балів; за шкалою депресії HADS: $9,06 \pm 2,88$ балів, $12,88 \pm 1,67$ балів, $15,13 \pm 2,33$ балів; за шкалою HARS: $18,41 \pm 4,29$ балів, $21,38 \pm 3,56$ балів, $29,40 \pm 8,12$ балів; за шкалою тривоги HADS: $9,06 \pm 2,16$ балів, $11,06 \pm 1,88$ балів, $13,73 \pm 3,17$ балів; реактивної тривожності: $34,47 \pm 6,29$ балів, $39,63 \pm 4,98$ балів, $44,93 \pm 6,83$ балів; особистісної тривожності: $38,71 \pm 10,00$ балів, $40,38 \pm 5,92$ балів, $50,80 \pm 10,90$ балів; соматизації: $0,68 \pm 0,19$ балів, $0,93 \pm 0,27$ балів, обсессивно-компульсивної симптоматики: $0,44 \pm 0,73$ балів, $1,38 \pm 0,73$ балів, $1,89 \pm 0,46$ балів; міжособистісної сензитивності: $1,22 \pm 0,32$ балів, $1,63 \pm 0,38$ балів, $1,96 \pm 0,26$ балів; депресії: $1,46 \pm 0,53$ балів, $1,98 \pm 0,56$ балів, $2,67 \pm 0,78$ балів; тривожності: $1,89 \pm 0,35$ балів, $2,32 \pm 0,39$ балів, $2,68 \pm 0,27$ балів; ворожості: $0,00 \pm 0,00$ балів, $0,03 \pm 0,13$ балів, $0,25 \pm 0,20$ балів; фобічної тривожності: $0,55 \pm 0,31$ балів, $0,91 \pm 0,36$ балів, $1,19 \pm 0,32$ балів; психотизму: $0,44 \pm 0,22$ балів, $0,51 \pm 0,26$ балів, $0,69 \pm 0,27$ балів. Повне виконання програми і рекомендацій також сприяло покращенню показників якості життя за всіма ключовими сферами.

Психопатологічні прояви займають важливе місце у клінічній картині хвороби Паркінсона (ХП). Незважаючи на значну варіабельність сучасних наукових даних щодо ураженості пацієнтів з ХП різними формами психопатології, сьогодні не викликає сумніву, що ті чи інші ізолювані або комбіновані прояви психічних розладів виявляються у більшості хворих на ХП

[1-3].

Основу психопатологічної картини ХП складають когнітивні порушення, а також афективні розлади, насамперед, депресивні і тривожні [4-6]. Попри дискусійність питання щодо нозоспецифічності афективної симптоматики ХП, рядом дослідників визнається вплив дофамінергічної патофізіології на прояви афективних розладів при ХП, що визначає необхідність поглиблених досліджень клінічної феноменології психопатологічних проявів ХП [7, 8].

У ряді досліджень наголошується на негативному впливі пандемії COVID-19 на пацієнтів з ХП внаслідок утрудненої адаптації їх до раптових і значних змін звичного укладу життя, спричинених карантинними обмеженнями, а також вимушеного обмеження фізичної активності, що є важливим елементом лікувально-реабілітаційних заходів при ХП [9-11]. У пацієнтів з ХП відмічалось погіршення моторних симптомів, а також погіршення психічного статусу, зокрема, зростання виразності депресії і тривоги [12-14].

Останніми роками все більшу увагу дослідників привертають немедикаментозні засоби лікування та реабілітації пацієнтів з ХП, включаючи різні види рухової активності, що можуть істотно покращити стан пацієнтів, включаючи нормалізацію психічної сфери та поліпшення їх психосоціального функціонування [16-18]. Розробка сучасних підходів до лікування та реабілітації хворих з ХП із застосуванням комплексу медикаментозних та немедикаментозних має важливе значення для контролю над симптоматикою ХП, усунення патологічних проявів, а також відновлення і збереження якості життя пацієнтів з ХП [19, 20].

Метою роботи було дослідження ефективності програми рухової реабілітації хворих на ХП з використанням феномену парадоксальної кінезії в умовах пандемії COVID-19.

Особливостями проходження програм реабілітації у період дослідження (2020-2022 роки) стали критичні форс-мажорні обставини, що зумовили можливість контактування з частиною пацієнтів виключно в on-line форматі, видозміна форм взаємодії з пацієнтами, а також драматичні зміни загальної картини світу, що спричинили модифікаційний вплив на «природний» перебіг ХП за негативним сценарієм.

Під нашим спостереженням перебували 48 пацієнтів з ХП, які успішно реалізували програми рухової реабілітації з використанням феномену парадоксальної кінезії на базі ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (м. Харків) off-line у 2020 році, були когнітивно збережені на попередньому етапі спостереження (2020-2021 роки), і з якими був збережений дистанційний контакт. Серед цих пацієнтів були виділені наступні групи: 1) пацієнтів, які пройшли програми рухової реабілітації дистанційно у 2020-2021 роках, і продовжували виконувати рекомендації з регулярної рухової реабілітації у 2022 році, чисельністю 17 осіб (група 1А); 2) пацієнтів, які пройшли програми рухової реабілітації дистанційно у 2020-2021 роках, але не продовжували виконувати рекомендації з регулярної рухової реабілітації у 2022 році, чисельністю 16 осіб (група 1Б); 3) пацієнтів, які не проходили програми рухової реабілітації дистанційно у 2020-2021 роках, і не виконували рекомендації з регулярної рухової реабілітації у 2022 році, чисельністю 15 осіб (група 2). Обстеження проведено у червні 2022 року дистанційно в он-лайн режимі, і включало дослідження стану психоемоційної сфери з використанням шкали депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS) (М. Hamilton, 1960), шкали тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) (М. Hamilton, 1959), опитувальника депресії А. Beck (Beck Depression Inventory, 1961), госпітальної шкали тривоги і депресії – Hospital anxiety and depression scale (HADS), опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R (L. Derogatis et al., адаптація Н.В. Тарабріної, 2001), шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger в модифікації Ю.Л. Ханіна, та методики оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) (Марута Н.О. та ін., 2001). Оцінка характеру розподілу кількісних ознак проводилася за допомогою

тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості понад 95% ($p < 0,05$).

Загальною тенденцією, виявленою при аналізі показників психометричного дослідження, були значуще кращі показники виразності ключової афективної симптоматики (депресивної та тривожної) у пацієнтів групи 1А у порівнянні з показниками пацієнтів групи 1Б, і значуще гірші показники виразності депресії і тривоги у пацієнтів групи 2 у порівнянні з пацієнтами двох попередніх груп. При цьому показники виразності депресії і тривоги у пацієнтів групи 1А були близькими до норми (хоча й відображували наявність певних депресивних тенденцій, притаманних пацієнтам з ХП), у пацієнтів групи 1Б в цілому відповідали легкому і помірному рівню афективного розладу, а у пацієнтів групи 2 – помірному рівню. Результати оцінки виразності депресивних проявів з використанням різних психометричних шкал наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Показники виразності депресії за даними різних психометричних шкал

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (бали)			p		
		Група 1А	Група 1Б	Група 2	1А vs 1Б	1А vs 2
Шкала депресії М. Hamilton (HDRS)						
Загальний показник	10,18±3,64	14,56±1,82	17,87±3,27	0,000	0,000	0,000
Адинамічна депресія	6,47±2,12	9,19±2,07	11,40±2,56	0,002	0,000	0,010
Ажитована депресія	4,59±2,72	6,13±1,50	8,07±2,71	0,083	0,002	0,010
Депресія зі страхом	2,41±2,06	4,13±1,86	6,27±3,13	0,009	0,000	0,035
Недиференційована депресія	1,82±1,47	3,00±1,15	3,93±1,39	0,014	0,001	0,046
Шкала депресії А. Бека						
Загальний показник	7,18±3,94	11,63±3,59	20,93±13,43	0,002	0,000	0,001
Когнітивно-афективна субшкала	4,71±2,11	7,31±2,33	9,80±3,41	0,002	0,000	0,024
Субшкала соматичних проявів депресії	2,47±3,00	4,31±2,47	11,13±11,21	0,010	0,001	0,043
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)						
Показник депресії	9,06±2,88	12,88±1,67	15,13±2,33	0,000	0,000	0,001

Як видно з табл. 1, загальний показник депресії за HDRS у групі 1А відповідав легкій депресії, ближче до верхньої межі норми; у пацієнтів групи 1Б – середній виразності депресії, ближче до межі легкої депресії; у пацієнтів групи 2 – середній виразності депресивного розладу; ці ж закономірності зберігалися також для окремих видів депресії – адинамічної, ажитованої, зі страхом і недиференційованої. Середній показник за опитувальником депресії А. Бека у

пацієнтів групи 1А відповідав легкій депресії, у пацієнтів групи 1Б – середньому рівню, у групі 2 – високому рівню депресії. Окрім загального показника депресії за шкалою А. Векс, у пацієнтів групи 1А виявлено найнижчі показники за когнітивно-афективною субшкалою та субшкалою соматичних проявів депресії, більш високі – у групі 1Б, і найвищі – у групі 2. Аналогічно, найнижчий показник депресії за шкалою HADS був виявлений у групі 1А, він відповідав субклінічно вираженій депресії, ближче до межі відсутності ознак депресії; значуще вищий – у групі 1Б, він відповідав клінічно вираженій депресії, ближче до субклінічно вираженої депресії; і найвищий – у групі 2, він відповідав клінічно вираженій депресії.

Окрім депресії, важливе місце у клінічній картині афективних психопатологічних змін при ХП займають прояви тривоги. Результати дослідження тривожних проявів з використанням різних методик наведені у табл. 2.

Таблиця 2

Показники виразності тривожних проявів за даними різних психометричних шкал

Показник	Значення показника, М±m (бали)			p		
		Група 1А	Група 1Б	Група 2	1А vs 1Б	1А vs 2
Шкала тривоги М. Hamilton (HARS)						
Загальний показник тривоги	18,41±4,29	21,38±3,56	29,40±8,12	0,037	0,000	0,012
Показник психічної тривоги	13,18±3,23	15,13±2,58	20,00±5,15	0,042	0,001	0,009
Показник соматичної тривоги	5,24±2,31	6,25±1,73	9,40±3,25	0,131	0,001	0,007
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)						
Показник тривоги	9,06±2,16	11,06±1,88	13,73±3,17	0,012	0,000	0,007
Шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger						
Реактивна тривожність	34,47±6,29	39,63±4,98	44,93±6,83	0,008	0,001	0,013
Особистісна тривожність	38,71±10,00	40,38±5,92	50,80±10,90	0,178	0,019	0,017

Аналіз показників тривоги з використанням шкали HARS виявив, що найнижчі показники тривоги були притаманні пацієнтам групи 1А (відповідали середній виразності тривожного розладу, ближче до легкого; у пацієнтів групи 1Б рівень тривоги був значуще ($p < 0,05$) вищим і відповідав середньому рівню тривоги, а у пацієнтів групи 2 – важкій тривозі. У пацієнтів групи 1А значуще нижчими виявилися також показники психічної тривоги та соматичної тривоги, у пацієнтів групи 1Б вони були вищими, а у пацієнтів групи 2 – найвищими. Аналогічні результати були отримані при дослідженні рівня тривоги за шкалою HADS: найнижчий рівень тривоги був виявлений у групі 1А (відповідав субклінічно вираженій тривозі, ближче до межі відсутності ознак тривоги), дещо вищий рівень – у групі 1Б (відповідав клінічно вираженій тривозі, ближче до субклінічно вираженої тривоги), і найвищий – у групі 2 (відповідав клінічно вираженій тривозі). У пацієнтів групи 1А виявилися також найнижчими рівні реактивної тривожності, у цій групі він відповідав середньому рівню, дещо вищий рівень реактивної

тривожності був виявлений у пацієнтів групи 1Б, у яких він також відповідав середньому рівню, і найвищий рівень – у пацієнтів групи 2, у яких він відповідав межі середнього і високого рівнів. У пацієнтів з ХП виявлено також підвищені рівні особистісної тривожності, при цьому найнижчі рівні особистісної тривожності були виявлені у пацієнтів групи 1А (відповідали середньому рівню), незначуще ($p>0,05$) вищі – у пацієнтів групи 1Б (також відповідали середньому рівню), і найвищі – у пацієнтів групи 2 (відповідали високому рівню).

Важливі дані отримані при аналізі результатів обстеження пацієнтів з ХП, які проходили реабілітацію, з використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised (табл. 3).

Таблиця 3

Показники виразності психопатологічної симптоматики за даними опитувальника Symptom Check List-90-Revised

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (бали)			p		
		Група 1А	Група 1Б	Група 2	1А vs 1 Б	1А vs 2
Соматизація	0,68±0,19	0,93±0,27	1,19±0,39	0,001	0,000	0,028
Обсесивно-компульсивні розлади	0,44±0,73	1,38±0,73	1,89±0,46	0,002	0,000	0,026
Міжособистісна сензитивність	1,22±0,32	1,63±0,38	1,96±0,26	0,004	0,000	0,022
Депресія	1,46±0,53	1,98±0,56	2,67±0,78	0,021	0,001	0,008
Тривожність	1,89±0,35	2,32±0,39	2,68±0,27	0,004	0,000	0,035
Ворожість	0,00±0,00	0,03±0,13	0,25±0,20	0,332	0,000	0,001
Фобічна тривожність	0,55±0,31	0,91±0,36	1,19±0,32	0,004	0,000	0,030
Паранояльні симптоми	0,23±0,12	0,21±0,03	0,23±0,08	0,965	0,293	0,262
Психотизм	0,51±0,26	0,44±0,22	0,69±0,27	0,499	0,078	0,012
Індекс GSI	0,91±0,18	1,21±0,19	1,57±0,20	0,001	0,000	0,000
Індекс PST	37,71±4,67	47,56±6,35	55,93±4,85	0,000	0,000	0,001
Індекс PDSI	2,18±0,21	2,29±0,13	2,55±0,21	0,079	0,000	0,001

Так, показники соматизації, який відображує дистрес, що виникає внаслідок соматичної дисфункції (больові відчуття, м'язовий дискомфорт, соматичні порушення тощо), а у пацієнтів з ХП відбиває насамперед хворобливі відчуття, пов'язані з основним захворюванням, а також, у певної частини пацієнтів, можуть бути соматичним еквівалентом тривожних і депресивних проявів, у пацієнтів груп 1А і 1Б можуть розглядатися як збільшені відносно норми, а у пацієнтів групи 2 – як такі, що наближаються до середнього рівня. Показники обсесивно-компульсивної симптоматики у пацієнтів групи 1А виявилися значно нижчими у порівнянні з іншими групами (відповідали низькому рівню), тоді як у пацієнтів груп 1Б і 2 ці показники були більш високими, особливо у групі 2. Рівень міжособистісної сензитивності, що проявляється почуттями особистісної неадекватності та неповноцінності, насамперед, при порівнянні себе з іншими людьми, самоосудом, неспокоєм, дискомфортом у процесі міжособистісного спілкування, негативними очікуваннями відносно міжособистісної взаємодії та комунікації з іншими людьми, у пацієнтів групи 1А був збільшений відносно норми, а у пацієнтів групи 1Б і 2 відповідав середньому рівню. Показник депресії у пацієнтів всіх груп виявилися більшим за норму, що узгоджується з даними обстеження за іншими методиками,

при цьому у пацієнтів групи 1А він був збільшеним відносно норми, у пацієнтів групи 1Б відповідав середньому рівню, і у пацієнтів групи 2 – підвищеному рівню. Аналогічно, дані отримані при оцінці рівня тривожності, узгоджуються з даними, одержаними при дослідженні з використанням інших методик: пацієнти групи 1А виявили середній рівень тривожності, пацієнти групи 1Б – середній, ближче до підвищеного, а пацієнти групи 2 – підвищений рівень. Показник ворожості, що включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афекту злості, у пацієнтів групи 1А був не вираженим, а у пацієнтів груп 1Б та 2 – низьким; при цьому у пацієнтів групи 2 цей показник був значуще вищим, ніж у пацієнтів груп 1А та 1Б ($p < 0,01$). Фобічна тривожність, що визначається як стійка реакція страху на певні об'єкти, місця, людей чи ситуації і характеризується як ірраціональна, неадекватна по відношенню до стимулу, і тягне за собою поведінку уникання, у пацієнтів обстежених груп дещо збільшена відносно норми, що також може розглядатися в рамках комплексного психопатологічного реагування на важку неврологічну патологію; при цьому у пацієнтів групи 1А показник фобічної тривожності виявився значуще ($p < 0,01$) нижчим, ніж у групах 1Б та 2. Показники виразності паранояльної симптоматики у пацієнтів досліджених груп виявилися невисокими і значуще не відрізнялися в різних групах. Дещо підвищеними у обстежених пацієнтів виявилися показники психотизму, що відображують унікаючий стиль життя, при цьому найнижчими вони виявилися у пацієнтів групи 1Б, незначуще вищими – у пацієнтів групи 1А і найвищими – у пацієнтів групи 2 ($0,69 \pm 0,27$ балів). Загальний індекс важкості симптомів (Global Severity Index – GSI), що є основним індикатором поточного стану індивіда та глибини розладу, у обстежених пацієнтів виявився доволі високим, причому найнижчі показники були виявлені у пацієнтів групи 1А, значуще більші – у пацієнтів групи 1Б, і найвищі – у пацієнтів групи 2. Загальний показник позитивних відповідей (Positive Symptom Total – PST), що виявляє кількість позитивних відповідей на питання тесту, у пацієнтів групи 1А виявився найнижчим, у пацієнтів групи 1Б займав проміжне положення, і у пацієнтів групи 2 був найвищим. Індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index – PSDI), що є мірою інтенсивності психопатологічних проявів, у обстежених пацієнтів також виявився доволі високим; при цьому у пацієнтів груп 1А і 1Б він значуще не відрізнявся, а у пацієнтів групи 2 був значуще вищим: $2,55 \pm 0,21$ балів ($p < 0,01$).

Системні порушення функціонування та психопатологічні прояви при ХП неминуче відбиваються на якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Загалом, пацієнти з ХП продемонстрували невисокий рівень ЯЖ, що відбиває вплив важкої прогресивної інвалідізуючої патології, особливо низький у сферах, що відображують фізичне та психічне функціонування (табл. 4).

Таблиця 4

Показники якості життя за даними самооцінки за методикою оцінки якості життя Mezzich et al . в адаптації Н.О. Марути

Показник	Значення показника, $M \pm m$ (бали)			p		
		Група 1А	Група 1Б	Група 2	1А vs 1Б	1А vs 2
Фізичне благополуччя	$3,82 \pm 1,29$	$2,88 \pm 1,26$	$1,93 \pm 0,70$	0,037	0,000	0,036
Психологічне (емоційне) благополуччя	$3,24 \pm 0,56$	$2,69 \pm 0,70$	$2,00 \pm 0,85$	0,022	0,000	0,018
Самообслуговування і незалежність дій	$4,88 \pm 1,11$	$3,88 \pm 0,89$	$3,00 \pm 1,07$	0,014	0,000	0,025
Працездатність	$4,59 \pm 1,33$	$2,88 \pm 1,15$	$1,93 \pm 1,10$	0,000	0,000	0,029

Міжособистісна взаємодія	5,65±1,11	4,75±1,18	3,53±1,68	0,014	0,001	0,037
Соціо-емоційна підтримка	6,53±2,10	5,25±1,48	3,60±1,59	0,039	0,001	0,006
Громадська і службова підтримка	8,06±0,97	7,25±0,68	6,07±1,62	0,011	0,000	0,031
Особистісна реалізація	5,12±1,32	4,44±2,06	3,53±1,96	0,231	0,021	0,184
Духовна реалізація	6,41±0,94	6,06±1,24	5,33±2,19	0,303	0,174	0,594
Загальне сприйняття життя	3,12±1,22	3,25±1,34	2,07±1,28	0,663	0,031	0,021
Суб'єктивне благополуччя /задоволеність	10,18±2,13	8,81±2,64	6,00±2,24	0,114	0,000	0,006
Виконання соціальних ролей	20,24±3,29	15,94±2,64	12,00±3,09	0,001	0,000	0,001
Зовнішні життєві умови	21,00±2,81	18,56±2,03	15,00±4,05	0,005	0,000	0,007
Показник якості життя	5,14±0,56	4,33±0,50	3,30±0,75	0,001	0,000	0,001

Так, показник за сферою фізичного благополуччя виявився найвищим у пацієнтів групи 1А, але навіть це значення показника є індикатором доволі низького рівня ЯЖ у сфері фізичного благополуччя; при цьому у пацієнтів групи 1А і особливо групи 2 показник ЯЖ за сферою фізичного благополуччя є значуще нижчим. Такі низькі показники за сферою фізичного благополуччя закономірно відображують вплив важкого соматичного захворювання, що суттєво обмежує можливості функціонування, спричиняє втрату працездатності і потребу в сторонній допомозі. Показник за сферою психологічного (емоційного) благополуччя у хворих на ХП також є низьким, що відображує як негативні переживання, пов'язані з наростаючою втратою можливостей нормального функціонування внаслідок захворювання, так і вплив актуальної психопатологічної, насамперед, афективної, симптоматики. При цьому найвищі показники ЯЖ у цій сфері були виявлені у пацієнтів групи 1А, значуще нижчі – у пацієнтів групи 1Б, і найнижчі – у пацієнтів групи 2. Закономірним у зв'язку з наявністю важкого прогресуючого неврологічного захворювання є також суттєве зниження показників ЯЖ за сферами самообслуговування і незалежності дій і працездатності. При цьому найвищі показники за цими сферами були виявлені у пацієнтів групи 1А, значуще менші – у пацієнтів групи 1Б, і найнижчі – у пацієнтів групи 2. У сферах міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки зберігалася та ж закономірність: найвищі показники ЯЖ були притаманні пацієнтам групи 1А, значуще менші – пацієнтам групи 1Б, і найнижчі – пацієнтам групи 2. Показники за цими сферами були суттєво більшими, ніж за сферами фізичного та психологічного благополуччя, і могли бути оцінені як посередні. Обстеженими пацієнтами були притаманні доволі високі показники за сферою громадської і службової підтримки, яка меншою мірою залежить від основного захворювання; водночас, у пацієнтів групи 1А показники були значуще вищими, ніж у пацієнтів груп 1Б і 2, а у пацієнтів групи 1Б – значуще вищими, ніж у пацієнтів групи 2. Показники за сферами особистісної реалізації та духовної реалізації у обстежених пацієнтів можуть бути оцінені як посередні; при цьому у пацієнтів групи 1А показники є найвищими, а у пацієнтів групи 2 – найнижчими серед усіх груп. Показник за сферою загального сприйняття життя у пацієнтів груп 1А та 1Б значуще не відрізнявся, тоді як у пацієнтів групи 2 був значуще ($p < 0,05$) нижчим. Аналіз показників за інтегральними сферами ЯЖ в цілому підтвердив виявлені закономірності. Так, показники за інтегральними сферами суб'єктивного благополуччя/задоволеності, виконання соціальних

ролей та зовнішніх життєвих умов у пацієнтів групи 1А виявився найвищим, у пацієнтів групи 1Б – дещо нижчим, і у пацієнтів групи 2 – значуще нижчим. Загальний показник ЯЖ також виявився найвищим у пацієнтів групи 1А, у пацієнтів групи 1Б він був значуще ($p < 0,01$) нижчим, і у пацієнтів групи 2 – значуще ($p < 0,01$) нижчим порівняно з показниками пацієнтів груп 1А і 1Б; загальний показник ЯЖ у групі 1А відповідав посередньому рівню, у групі 1Б – пониженому рівню, а у групі 2 – низькому рівню. Висновки

Таким чином, одержані дані переконливо свідчать про те, що пацієнти з ХП, які успішно реалізували програми рухової реабілітації з використанням феномену парадоксальної кінезії в он-лайн і оф-лайн режимах і продовжили виконання рекомендацій з регулярної рухової реабілітації, продемонстрували значуще нижчі рівні виразності афективної симптоматики, насамперед, депресивної і тривожної, виразності іншої психопатологічної симптоматики, а також значуще вищі показники якості життя за всіма ключовими сферами, у порівнянні з пацієнтами, які пройшли курс реабілітації, але не продовжили виконання рекомендацій з регулярної рухової реабілітації у поточний період, та з пацієнтами, які брали участь у програмі рухової реабілітації, але не проходили он-лайн етап реабілітації, і виконували подальших рекомендацій.

Пацієнти, які успішно реалізували програми рухової реабілітації з використанням феномену парадоксальної кінезії, але не продовжили виконувати рекомендації з регулярної рухової реабілітації у поточний період, продемонстрували значуще гірші показники виразності психопатологічної симптоматики, зокрема, депресивної і тривожної, а також нижчі показники якості життя у ключових сферах у порівнянні з пацієнтами, які пройшли курс реабілітації і продовжили виконання рекомендацій. Однак показники у цій групі були значуще вищими у порівнянні з показниками пацієнтів, які не виконували рекомендацій з рухової реабілітації взагалі.

Нарешті, пацієнти, які пройшли курс рухової реабілітації, але не виконували рекомендації взагалі, виявили найгірші показники серед усіх досліджених груп, і характеризувалися найвищими рівнями депресії і тривоги, та найгіршими показниками якості життя.

Усе це дає підстави стверджувати, що повноцінне виконання програми рухової реабілітації з використанням феномену парадоксальної кінезії в он-лайн і оф-лайн режимах з продовженням виконання рекомендацій з регулярної рухової реабілітації є засобом покращення стану психоемоційної сфери, зменшення виразності психопатологічної симптоматики, насамперед, депресивної та тривожної, а також покращення якості життя у хворих на ХП.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на удосконалення підходів до реабілітації пацієнтів з ХП та вивчення впливу різних реабілітаційних методик на психоемоційну сферу хворих.

Посилання

1. Hommel ALAJ, Meinders MJ, Lorenzl S, et al. The Prevalence and Determinants of Neuropsychiatric Symptoms in Late-Stage Parkinsonism. *Mov Disord Clin Pract.* 2020;7(5):531-542. Published 2020 May 21. doi:10.1002/mdc3.129682.
2. Martinez-Martin P, Rojo-Abuín JM, Weintraub D, et al. Factor Analysis and Clustering of the Movement Disorder Society-Non-Motor Rating Scale. *Mov Disord.* 2020;35(6):969-975. doi:10.1002/mds.28002
3. Ou R, Lin J, Liu K, et al. Evolution of Apathy in Early Parkinson's Disease: A 4-Years Prospective Cohort Study. *Front Aging Neurosci.* 2021;12:620762. Published 2021 Jan 28. doi:10.3389/fnagi.2020.620762
4. Broen MP, Narayen NE, Kuijff ML, Dissanayaka NN, Leentjens AF. Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2016;31(8):1125-1133. doi:10.1002/mds.26643

5. Dlay JK, Duncan GW, Khoo TK, et al. Progression of Neuropsychiatric Symptoms over Time in an Incident Parkinson's Disease Cohort (ICICLE-PD). *Brain Sci.* 2020;10(2):78. Published 2020 Feb 2. doi:10.3390/brainsci10020078
6. Weintraub D, Caspell-Garcia C, Simuni T, et al. Neuropsychiatric symptoms and cognitive abilities over the initial quinquennium of Parkinson disease. *Ann Clin Transl Neurol.* 2020;7(4):449-461. doi:10.1002/acn3.51022
7. Scott BM, Eisinger RS, Burns MR, et al. Co-occurrence of apathy and impulse control disorders in Parkinson disease. *Neurology.* 2020;95(20):e2769-e2780. doi:10.1212/WNL.0000000000010965
8. van der Velden RMJ, Broen MPG, Kuijf ML, Leentjens AFG. Frequency of mood and anxiety fluctuations in Parkinson's disease patients with motor fluctuations: A systematic review. *Mov Disord.* 2018;33(10):1521-1527. doi:10.1002/mds.27465
9. Elbeddini A, To A, Tayefehchamani Y, Wen C. Potential impact and challenges associated with Parkinson's disease patient care amidst the COVID-19 global pandemic. *J Clin Mov Disord.* 2020;7:7. Published 2020 Aug 8. doi:10.1186/s40734-020-00089-4
10. Helmich RC, Bloem BR. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Parkinson's Disease: Hidden Sorrows and Emerging Opportunities. *J Parkinsons Dis.* 2020;10(2):351-354. doi:10.3233/JPD-202038
11. Schootemeijer S, van der Kolk NM, Bloem BR, de Vries NM. Current Perspectives on Aerobic Exercise in People with Parkinson's Disease [published correction appears in *Neurotherapeutics.* 2022 Mar;19(2):683-685]. *Neurotherapeutics.* 2020;17(4):1418-1433. doi:10.1007/s13311-020-00904-8
12. Piano C, Bove F, Tufo T, et al. Effects of COVID-19 Lockdown on Movement Disorders Patients With Deep Brain Stimulation: A Multicenter Survey. *Front Neurol.* 2020;11:616550. Published 2020 Dec 16. doi:10.3389/fneur.2020.616550
13. Salari M, Zali A, Ashrafi F, et al. Incidence of Anxiety in Parkinson's Disease During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Mov Disord.* 2020;35(7):1095-1096. doi:10.1002/mds.28116
14. Shalash A, Roushdy T, Essam M, et al. Mental Health, Physical Activity, and Quality of Life in Parkinson's Disease During COVID-19 Pandemic. *Mov Disord.* 2020;35(7):1097-1099. doi:10.1002/mds.28134
15. Seppi K, Ray Chaudhuri K, Coelho M, et al. Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease-an evidence-based medicine review [published correction appears in *Mov Disord.* 2019 May;34(5):765]. *Mov Disord.* 2019;34(2):180-198. doi:10.1002/mds.27602
16. Estevao C, Fancourt D, Dazzan P, et al. Scaling-up Health-Arts Programmes: the largest study in the world bringing arts-based mental health interventions into a national health service. *BJPsych Bull.* 2021;45(1):32-39. doi:10.1192/bjb.2020.122
17. Kwok JYY, Kwan JCY, Auyeung M, et al. Effects of Mindfulness Yoga vs Stretching and Resistance Training Exercises on Anxiety and Depression for People With Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 2019;76(7):755-763. doi:10.1001/jamaneurol.2019.0534
18. Wu PL, Lee M, Huang TT. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(7):e0181515. Published 2017 Jul 27. doi:10.1371/journal.pone.0181515
19. Weintraub D, Aarsland D, Chaudhuri KR, et al. The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges. *Lancet Neurol.* 2022;21(1):89-102. doi:10.1016/S1474-4422(21)00330-6
20. Eichel HV, Heine J, Wegner F, et al. Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson's Disease Patients Are Associated with Reduced Health-Related Quality of Life and Increased Caregiver Burden. *Brain Sci.* 2022;12(1):89. Published 2022 Jan 11. doi:10.3390/brainsci12010089