



Личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона

Богданов Р.Р.¹ • Борисова С.Ю.¹ • Котов С.В.¹ • Заварзина О.О.²

Актуальность. При болезни Паркинсона важное значение в структуре заболевания, особенно на ранних стадиях, имеют психические расстройства, которые в ряде случаев могут предшествовать двигательным нарушениям. Личностный профиль пациентов с болезнью Паркинсона изучен недостаточно и требует уточнения, так как является одним из основополагающих факторов, определяющих эффективность проводимой терапии. **Цель** – оценить личностный профиль пациентов на ранних стадиях болезни Паркинсона, влияние на его структуру фармакотерапии агонистом дофаминовых рецепторов. **Материал и методы.** Обследованы 33 пациента с начальными проявлениями болезни Паркинсона (I и II стадия по Хен – Яру), ранее не получавших фармакотерапии. До лечения, на 1-м, 3-м и 6-м месяцах терапии прамипексолом оценивали выраженность двигательных (шкала UPDRS – Unified Parkinson's Disease Rating Scale), депрессивных (MADRS – Montgomery Asberg Depression Rating Scale) и тревожных (HARS – Hamilton Anxiety Rating Scale) расстройств,

а также личностный профиль (СМИЛ – стандартизированный многофакторный метод исследования личности). **Результаты.** Личностный профиль СМИЛ у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона характеризовался доминированием 2-й шкалы (пессимистичность) – 74 (64; 86), 1-й шкалы (невротический сверхконтроль) – 67 (63; 74), 3-й шкалы (эмотивность) – 64 (56; 70), 7-й шкалы (тревожность) – 63 (52; 70), 8-й шкалы (индивидуальность) – 64 (58; 74), 0-й шкалы (интроверсия) – 63 (59; 66) Т-балла. Это отражает основные патопсихологические особенности пациентов с начальными проявлениями заболевания. В частности, эмоциональная сфера проявлялась аффективными нарушениями тревожно-депрессивного круга. Структура личности характеризовалась дистимическими, тревожными, ригидными и возбуждаемыми чертами, со склонностью к ипохондрии, что на фоне выраженного конфликта мотивационных тенденций, фрустрации высокого уровня потребностей в самореализации и признании вследствие хронического заболевания,

проявляющегося двигательными нарушениями, запускало депрессивный способ реагирования. Фармакотерапия с помощью прамипексола уменьшала выраженность невротической триады через 1 месяц терапии, однако в дальнейшем наблюдался постепенный дрейф профиля в сторону исходных параметров, несмотря на клиническую эффективность проводимого лечения в отношении двигательных расстройств, что говорит о стабильности сенситивно-тревожной акцентуации личности. **Заключение.** На начальных стадиях болезни Паркинсона отмечается сенситивно-тревожная структура личностного профиля пациентов, которая носит устойчивый характер. Эти данные необходимо иметь в виду при выборе тактики ведения пациентов, с учетом возможной психотерапевтической поддержки.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, немоторные проявления, тревога, нейропсихиатрические нарушения, депрессия, агонисты дофаминовых рецепторов, прамипексол

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-3-329-335

Блезнь Паркинсона – одно из самых распространенных нейродегенеративных заболеваний людей пожилого возраста [1, 2]. Патогенез расстройства традиционно связывают с дегенерацией различных популяций нейронов [3]. Формирование двигательных расстройств в первую очередь обусловлено гибелью дофаминергических нейронов компактной части черной субстанции. При этом нейродегенеративный процесс не ограничивается этой группой нейронов, вовлекая другие подтипы клеток нервной системы. Эти представления нашли отражение в теории стадийности

патогенеза болезни Паркинсона Хейко Браака [4] и привлекли внимание к так называемым не двигательным (немоторным) проявлениям заболевания [5, 6]. Психические расстройства при болезни Паркинсона на ее ранних стадиях в основном относятся к аффективному регистру и когнитивным нарушениям нейродинамического спектра [7]. Аффективные нарушения на этом этапе развития заболевания характеризуются преимущественно расстройствами тревожного и депрессивного круга [8, 9], составляя от 50 до 70% [7, 10]. При этом до половины случаев аффективных расстройств имеют легкую степень тяжести [11]. Патогенез



аффективных нарушений носит многофакторный характер. С одной стороны – это дисфункция дофаминергической, серотонинергической и норадренергической медиаторных систем головного мозга [12, 13, 14]. С другой стороны, большой вклад вносит психологическая реакция пациента на наличие этого прогрессирующего заболевания [14, 15], которая, в свою очередь, наряду с относительно универсальными механизмами во многом зависит от преморбидных психологических особенностей личности [16, 17]. Данный аспект практически не отражен в современных публикациях, посвященных психическим нарушениям при болезни Паркинсона. Это определяет актуальность исследования, в котором мы изучили личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона. Его результаты могут иметь значение в увеличении эффективности терапии и реабилитации этой группы пациентов путем применения в комплексном лечении методов психотерапевтической коррекции выявленных изменений.

Материал и методы

На базе неврологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского были обследованы 33 пациента с начальными проявлениями болезни Паркинсона – I и II стадиями по шкале Хен – Яра (из них 22 женщины и 11 мужчин). Средний возраст больных составил $58,5 \pm 2,8$ года, средняя длительность заболевания – $2,5 \pm 0,8$ года. Поскольку пациенты ранее не получали дофаминергической терапии, влияние предшествующей фармакотерапии на исходные параметры было исключено. Исследование одобрено Независимым комитетом по этике при ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (протокол № 5 от 17.05.2012). Диагноз болезни Паркинсона устанавливался согласно клинико-диагностическим критериям Банка головного мозга общества болезни Паркинсона Великобритании (UK Parkinson's Disease Society Brain Bank, 1988). Степень тяжести заболевания оценивалась с помощью шкалы Хен – Яра (Hoehn & Yahr), унифицированной рейтинговой шкалы UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). Выраженность двигательных расстройств (гипокинезия, ригидность и тремор покоя) определяли по разделу III шкалы UPDRS. Для оценки выраженности тревожных нарушений применялись шкалы тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) [18, 19], депрессивных расстройств – шкала депрессии Монтгомери – Асберг (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS) [20].

Богданов Ринат Равилевич – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–10, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 681 56 10. E-mail: rinatbo@rambler.ru

Борисова Снежана Юрьевна – аспирант кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей¹

Котов Сергей Викторович – д-р мед. наук, профессор, руководитель неврологического отделения, заведующий кафедрой неврологии факультета усовершенствования врачей¹

Заварзина Ольга Олеговна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой специальной, клинической психологии и инклюзивного образования²

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

² ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет»; 129226, г. Москва, ул. Вильгельма Пика, 4/1, Российская Федерация

Анализ личностного профиля пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона проводился с помощью Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), представляющего собой модифицированный и адаптированный для популяции Российской Федерации тест «Миннесотский многоаспектный личностный опросник» (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) [21]. В результате исследования получают 13 шкал личностного профиля: 3 шкалы достоверности и 10 базисных шкал.

В качестве фармакотерапии применялся агонист дофаминовых рецепторов прамипексол. Изучали клиническое влияние препарата на личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона до лечения и на 1-м, 3-м, 6-м месяцах терапии.

Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета Statistica 6.0. Для описания количественных данных рассчитывали среднее значение и стандартную ошибку. Для описания результатов шкал дополнительно рассчитывали медиану и квартили. Сравнение количественных данных в двух связанных выборках проводили с помощью критерия Уилкоксона. Для оценки корреляции между базисными шкалами СМИЛ и выраженностью двигательных нарушений по шкале UPDRS, аффективных нарушений применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Как видно из рис. 1, отображающего личностный профиль СМИЛ, у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона отмечались достоверные профили с доминированием 2-й шкалы (пессимистичность), 1-й шкалы (невротический сверхконтроль), 3-й шкалы (эмотивность), 7-й шкалы (тревожность), 8-й шкалы (индивидуалистичность), 0-й шкалы (интроверсия). Минимальные значения отмечались по шкале 9 (оптимистичность).

Рассмотрим каждую шкалу в отдельности (табл. 1). По 2-й шкале (пессимистичность) получено максимальное среднее значение – 74 (64; 86) Т-балла, что соответствует акцентуации по гипотимному (гипостеническому) типу и проявляется аффективными расстройствами депрессивного круга, как минимум депрессивной реакцией или депрессивным расстройством.

Второй по значению подъем – по 1-й шкале (невротический сверхконтроль) – 67 (63; 74)



T-баллов – характерен для акцентуации по сенситивно-тревожному (мнительному) типу личности. Клинически это проявляется подавлением спонтанности, гиперсоциальностью установок. При этом отмечается инертный, догматический стиль мышления, с ориентацией на правила и штампы. В межличностном общении таким людям свойственна высокая требовательность, как к себе, так и к другим, в плане соответствия установленным правилам. В эмоциональной сфере обычно наблюдается сдержанность в сочетании с раздражительностью, что создает предпосылки к трансформации эмоциональной напряженности в соматические реакции, проявляясь склонностью к ипохондрии.

Подъем по 3-й шкале (эмотивность) – 64 (56; 70) T-балла – отражает эгоцентрические тенденции личности (в рамках характерологических особенностей) с конфликтным сочетанием разнонаправленных тенденций в виде высокого уровня притязаний и потребностью в причастности интересам группы. Клинически это проявляется неустойчивостью эмоций.

В целом подъем по шкалам 2, 1, 3 носит название невротической триады и выявляет механизм психологической защиты в виде «бегства в болезнь». Клинически наблюдаются госпитализм (стремление к длительным, повторным госпитализациям) и ипохондрическое развитие личности. На практике это выражается в постоянном поиске помощи, однако результаты редко удовлетворяют, что приводит к обращению к разным специалистам.

Отмечается также подъем по 7-й шкале (тревожность) – 63 (52; 70) T-балла, что указывает на тревожность, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, психастению в рамках характерологических особенностей личности.

Подъем по 8-й шкале (индивидуалистичность) – 64 (58; 74) T-балла – характеризует общо-обособленно-созерцательную личностную позицию, пассивность, аналитический склад мышления, превалирующий над чувствами и активностью. Сочетание подъема по шкалам 7 и 8 означает наличие внутренней напряженности, тревожности, нервозности, отгороженности, хронически существующего чувства душевного дискомфорта, неуверенности, комплекса вины и неполноценности.

Шкала 0 (социальная интроверсия) – 63 (59; 66) T-балла – в рамках характерологических особенностей личности описывает пассивность личностной позиции и большую обращенность интересов в мир внутренних переживаний, инертность в принятии решений, проявляется

Таблица 1. Динамика базисных шкал СМИЛ пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона на фоне терапии прамипексолом, T-баллы

Базисные шкалы СМИЛ, T-баллы	Длительность терапии			
	0 месяцев	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
«L» (ложь)	49,3±1,9 46 (42; 56)	49,3±2,5 46 (42; 56)	48,5±2,6 47,5 (42; 56,5)	48,2±2,9 49 (39; 53)
«F» (достоверность)	61,9±2,4 57 (53; 68)	60,5±3,1 57 (53; 61)	57,5±2,7 53 (51; 63)	59,8±3,5 55 (55; 63)
«K» (коррекция)	51,2±1,6 52 (46; 55)	52,3±2,3 55 (46; 59)	54,3±2,3 55,5 (50; 59)	51,1±2,8 54 (48; 55)
1 (невротический сверхконтроль)	67,7±1,7 67 (63; 74)	60,7±2,3* 61 (54; 64)	62,3±4,0 57,5 (50; 72)	64,6±4,5 66 (56; 70)
2 (пессимистичность)	74,1±2,3 74 (64; 86)	66,9±3,3* 68 (52; 80)	70,8±4,7 67 (57; 81,5)	71,3±6,3 64 (58; 90)
3 (эмотивность)	63,7±2,0 64 (56; 70)	54,7±2,6** 54 (47; 62)	60,6±3,5 58 (51; 65)	63,2±4,4 62 (53; 71)
4 (импульсивность)	61,9±1,7 64 (58; 68)	57,7±2,5 60 (50; 61)	61,5±2,9 58,5 (56; 69)	64,7±4,2 64 (52; 77)
5 (мужественность – женственность)	59,9±1,4 60 (55; 66)	60,6±1,6 62 (55; 65)	57,1±2,3 55,5 (51; 62,5)	59,2±2,9 62 (51; 64)
6 (ригидность)	57,8±1,9 59 (50; 68)	55,2±2,9 50 (44; 62)	52,8±3,4 54,5 (41; 60,5)	56,8±4,4 56 (47; 65)
7 (тревожность)	62,8±2,1 63 (52; 70)	58,0±2,7 58 (50; 65)	60,0±3,6 58 (49; 70,5)	62,4±5,4 58 (52; 76)
8 (индивидуалистичность)	66,5±2,5 64 (58; 74)	62,5±3,2 58 (54; 68)	62,8±3,8 61,5 (51; 67,5)	64,1±5,7 58 (54; 72)
9 (оптимистичность)	54,0±2,0 50 (46; 65)	52,6±2,9 53 (43; 60)	52,8±3,9 53 (43,5; 63)	55,7±3,9 58 (52; 65)
0 (интроверсия)	63,4±1,2 63 (59; 66)	61,7±2,0 61 (54; 70)	62,3±2,4 61 (55,5; 67)	60,1±3,1 58 (54; 66)

Данные представлены в виде: первая строка – среднее значение и стандартная ошибка (M±SE), вторая строка – медиана значений (Me), в скобках указаны нижний и верхний квартиль (LQ; UQ)

* p < 0,05 при сравнении с исходным уровнем (критерий Уилкоксона)

** p < 0,01 при сравнении с исходным уровнем (критерий Уилкоксона)

замкнутостью. В сочетании с подъемом по 2-й, 7-й, 8-й шкалам подъем по шкале 0 свидетельствует об отгороженности и отчужденности.

Таким образом, усредненный личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона характеризуется гипостеническими чертами с акцентуацией по сенситивно-тревожному типу. Характерологические особенности проявляются гиперсоциальностью установок, подавлением спонтанности, эгоцентризмом, пассивной жизненной позицией, отгороженностью, неуверенностью в себе, тревожностью, склонностью к ипохондрии.

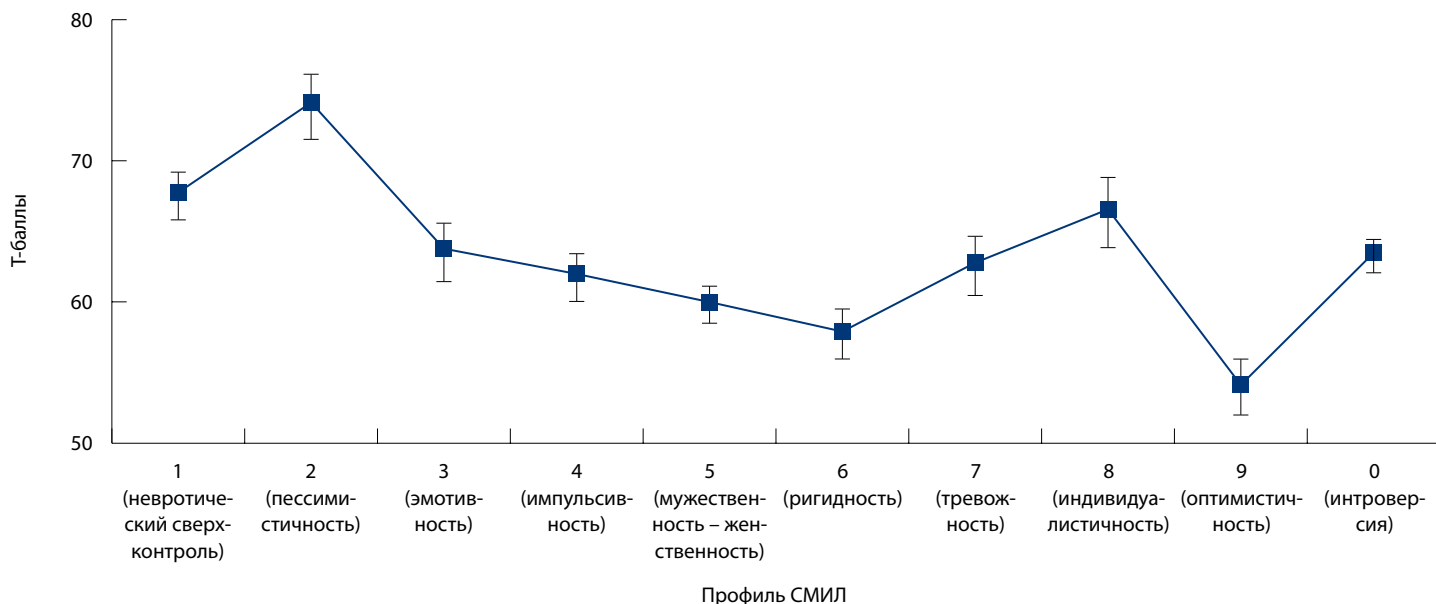


Рис. 1. Профиль СММИЛ пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона; данные представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки ($M \pm SE$)

Эмоциональная сфера отличается противоречивым столкновением сдержанности и раздражительности. Доминирует депрессивный аффект.

На фоне терапии прамипексолом структура личности пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона в целом не менялась (см. табл. 1, рис. 2). Через 1 месяц терапии отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение по шкалам невротической триады

в виде снижения значений по 2-й шкале (пессимистичность), что указывает на уменьшение депрессивного аффекта, а также по шкалам 1 (невротический сверхконтроль) и 3 (эмотивность), что свидетельствует об уменьшении ипохондрии и сосредоточенности на соматических жалобах. Отмечена также тенденция к уменьшению средних значений шкал 7 (тревожность) и 8 (индивидуалистичность), сочетанное снижение которых

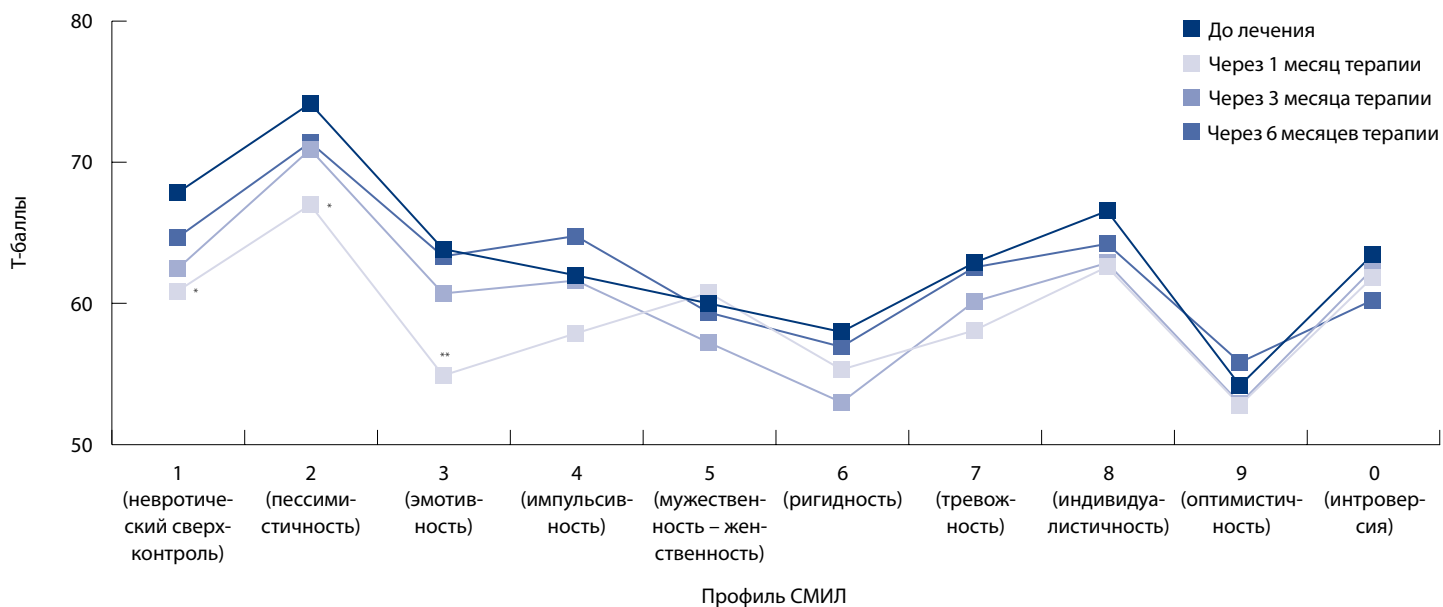


Рис. 2. Динамика профиля СММИЛ пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона на фоне терапии прамипексолом; данные представлены в виде средних значений, различия достигли уровня статистической значимости при сравнении с исходным уровнем: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (критерий Уилкоксона)

**Таблица 2.** Корреляции между базисными шкалами СМИЛ и выраженностью двигательных нарушений по шкале UPDRS, аффективных нарушений

Базисные шкалы СМИЛ	Общий балл UPDRS	Раздел III UPDRS (двигательные нарушения)	Тремор покоя	Ригидность	Гипокинезия	MADRS	HARS
1 (невротический сверхконтроль)	0,44	0,38	0,33	–	0,41	0,28	0,35
2 (пессимистичность)	0,41	0,36	–	–	0,38	0,34	0,38
3 (эмотивность)	0,31	0,25	0,34	–	–	0,34	0,36
4 (импульсивность)	–	–	–	–	–	–	–
5 (мужественность – женственность)	–	–	–	–	–	–	–
6 (ригидность)	0,38	0,38	–	0,36	0,35	0,41	0,48
7 (тревожность)	0,44	0,37	–	0,24	0,38	0,36	0,41
8 (индивидуалистичность)	0,47	0,44	0,31	0,30	0,45	0,31	0,43
9 (оптимистичность)	0,28	0,37	–	0,26	0,40	–	–
0 (интроверсия)	0,26	–	–	–	0,25	0,39	0,42

Применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена ($p < 0,05$)

может говорить об уменьшении внутренней напряженности и душевного дискомфорта.

Из динамики базисных шкал личностного профиля СМИЛ видно, что снижение выраженности невротической триады через 1 месяц терапии пра-мипексолом было временным. В дальнейшем наблюдается постепенный дрейф профиля в сторону исходных параметров, несмотря на клиническую эффективность проводимого лечения в отношении двигательных, аффективных расстройств и качества жизни. Эти данные говорят о стабильности сенситивно-тревожной акцентуации личности и наличии «негативного фильтра» в восприятии улучшения.

Согласно данным табл. 2, коэффициент корреляции между выраженностью двигательных нарушений по разделу III UPDRS и базисными шкалами СМИЛ невротической триады составил: $r = 0,38$ для шкалы 1 (невротический сверхконтроль), $r = 0,36$ для шкалы 2 (пессимистичность), $r = 0,25$ для шкалы 3 (эмотивность). Отмечено также наличие корреляции со шкалами 7 (тревожность) – $r = 0,37$ – и 8 (индивидуалистичность) – $r = 0,44$. Среди двигательных расстройств выраженность тремора покоя в большей степени коррелировала со шкалами 1 (невротический сверхконтроль) ($r = 0,33$) и 3 (эмотивность) ($r = 0,34$). Наиболее сильные корреляционные связи наблюдались между выраженностью гипокинезии и шкалами 1 (невротический сверхконтроль) ($r = 0,41$), 2 (пессимистичность) ($r = 0,38$), 7 (тревожность) ($r = 0,38$), 8 (индивидуалистичность) ($r = 0,45$).

В итоге более информативным оказался интегративный суммарный балл по шкале UPDRS,

который демонстрировал более сильную корреляционную связь с базисными шкалами СМИЛ; среди них следует выделить шкалы 1 (невротический сверхконтроль) ($r = 0,44$), 2 (пессимистичность) ($r = 0,41$), 7 (тревожность) ($r = 0,44$) и 8 (индивидуалистичность) ($r = 0,47$).

Шкала депрессии MADRS ожидаемо коррелировала со шкалами невротической триады, особенно со шкалами 2 (пессимистичность) ($r = 0,34$) и 3 (эмотивность) ($r = 0,34$), также наблюдались корреляции со шкалами 7 (тревожность) ($r = 0,36$) и 0 (интроверсия) ($r = 0,39$). Шкала тревоги Гамильтона коррелировала со шкалами 7 (тревожность) ($r = 0,41$), 6 (ригидность) ($r = 0,48$), 8 (индивидуалистичность) ($r = 0,43$) и 0 (интроверсия) ($r = 0,42$).

Заключение

Основные патопсихологические особенности пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона характеризовались аффективными нарушениями депрессивного круга. Для структуры личности были типичны дистимические, тревожные, ригидные и возбудимые черты со склонностью к ипохондрии, что на фоне выраженного конфликта мотивационных тенденций, фрустрации, высокого уровня потребностей в самореализации и признании вследствие хронического заболевания, проявляющегося двигательными нарушениями, запускало депрессивный способ реагирования.

Личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона зависел не только от выраженности двигательных



нарушений, но и степени аффективных расстройств, а также внутренних представлений, в том числе в рамках внутренней картины болезни. Это определяет актуальность применения наряду с фармакотерапией, направленной на уменьшение двигательных расстройств, методов

психотерапевтической коррекции в комплексе реабилитационных мероприятий пациентов с болезнью Паркинсона, особенно на ранних стадиях заболевания. Полученные результаты необходимо учитывать при планировании тактики терапии пациентов, страдающих болезнью Паркинсона. ☞

Литература

1. Катунина ЕА, Бездольный ЮН. Эпидемиология болезни Паркинсона. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(12):81–8.
2. de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2006;5(6):525–35. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70471-9.
3. Surmeier DJ, Sulzer D. The pathology roadmap in Parkinson disease. *Prion.* 2013;7(1):85–91. doi: 10.4161/pri.23582.
4. Hawkes CH, Del Tredici K, Braak H. A timeline for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2010;16(2):79–84. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.08.007.
5. Богданов РР, Мананникова ЕИ, Котов СВ, Богданов АР. Особенности немоторных проявлений на ранних стадиях болезни Паркинсона. *Доктор.ру.* 2013;5(83):24–8.
6. Martínez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Kurtis MM, Chaudhuri KR; NMSS Validation Group. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2011;26(3):399–406. doi: 10.1002/mds.23462.
7. Богданов РР, Борисова СЮ, Котов СВ. Когнитивные и аффективные расстройства на ранних стадиях болезни Паркинсона. *Альманах клинической медицины.* 2015;39:90–6.
8. Yamanishi T, Tachibana H, Oguru M, Matsui K, Toda K, Okuda B, Oka N. Anxiety and depression in patients with Parkinson's disease. *Intern Med.* 2013;52(5):539–45. doi: http://doi.org/10.2169/internalmedicine.52.8617.
9. Martínez-Martin P, Damián J. Parkinson disease: Depression and anxiety in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol.* 2010;6(5):243–5. doi: 10.1038/nrneuro.2010.49.
10. Федорова НВ, Никитина АВ. Депрессия, апатия и ангедония при болезни Паркинсона: механизмы развития немоторных проявлений и подходы к коррекции. *Нервные болезни.* 2012;(3):22–8.
11. Blonder LX, Slevin JT. Emotional dysfunction in Parkinson's disease. *Behav Neurol.* 2011;24(3):201–17. doi: 10.3233/BEN-2011-0329.
12. Frisina PG, Borod JC, Foldi NS, Tenenbaum HR. Depression in Parkinson's disease: health risks, etiology, and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(1):81–91.
13. Lieberman A. Depression in Parkinson's disease – a review. *Acta Neurol Scand.* 2006;113(1):1–8. doi: 10.1111/j.1600-0404.2006.00536.x.
14. Левин ОС. Диагностика и лечение депрессии при болезни Паркинсона. *Нервные болезни.* 2006;(2):2–8.
15. Нодель МР, Яхно НН. Нервно-психические нарушения при болезни Паркинсона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009;(2):3–8.
16. Сайко ДЮ. Патопсихологические особенности и органические психические расстройства при болезни Паркинсона. *Международный медицинский журнал.* 2012;(3):5–9.
17. McKinlay A, Grace RC, Dalrymple-Alford JC, Anderson T, Fink J, Roger D. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinson's disease patients without dementia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2008;14(1):37–42. doi: 10.1016/j.parkreldis.2007.05.009.
18. Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, Richard IH, Starkstein SE, Martínez-Martin P. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale. *Mov Disord.* 2011;26(3):407–15. doi: 10.1002/mds.23184.
19. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50–5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
20. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382–9. doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
21. Собчик ЛН. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь; 2006. 224 с.

References

1. Katunina EA, Bezdol'nyy YuN. Epidemiologiya bolezni Parkinsona [Epidemiology of Parkinson's disease]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2013;113(12):81–8 (in Russian).
2. de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2006;5(6):525–35. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70471-9.
3. Surmeier DJ, Sulzer D. The pathology roadmap in Parkinson disease. *Prion.* 2013;7(1):85–91. doi: 10.4161/pri.23582.
4. Hawkes CH, Del Tredici K, Braak H. A timeline for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2010;16(2):79–84. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.08.007.
5. Bogdanov RR, Manannikova EI, Kotov SV, Bogdanov AR. Osobennosti nemotornykh proyavleniy na rannikh stadiyakh bolezni Parkinsona [Specifics of non-motor symptoms at early stages of Parkinson's disease]. *Doctor.ru.* 2013;5(83):24–8 (in Russian).
6. Martínez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Kurtis MM, Chaudhuri KR; NMSS Validation Group. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2011;26(3):399–406. doi: 10.1002/mds.23462.
7. Bogdanov RR, Borisova SYu, Kotov SV. Kognitivnye i affektivnye rasstroystva na rannikh stadiyakh bolezni Parkinsona [Cognitive and affective disorders at early stages of Parkinson's disease]. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny.* 2015;39:90–6 (in Russian).
8. Yamanishi T, Tachibana H, Oguru M, Matsui K, Toda K, Okuda B, Oka N. Anxiety and depression in patients with Parkinson's disease. *Intern Med.* 2013;52(5):539–45. doi: http://doi.org/10.2169/internalmedicine.52.8617.
9. Martínez-Martin P, Damián J. Parkinson disease: Depression and anxiety in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol.* 2010;6(5):243–5. doi: 10.1038/nrneuro.2010.49.
10. Fedorova NV, Nikitina AV. Depressiya, apatiya i angedoniya pri bolezni Parkinsona: mekhanizmy razvitiya nemotornykh proyavleniy i podkhody k korrektsii [Depression, apathy and anhedonia in Parkinson's disease: mechanisms of non-motor symptoms and treatment strategies]. *Nervnye bolezni.* 2012;(3):22–8 (in Russian).
11. Blonder LX, Slevin JT. Emotional dysfunction in Parkinson's disease. *Behav Neurol.* 2011;24(3):201–17. doi: 10.3233/BEN-2011-0329.



12. Frisina PG, Borod JC, Foldi NS, Tenenbaum HR. Depression in Parkinson's disease: health risks, etiology, and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(1):81–91.
13. Lieberman A. Depression in Parkinson's disease – a review. *Acta Neurol Scand.* 2006;113(1):1–8. doi: 10.1111/j.1600-0404.2006.00536.x.
14. Levin OS. Diagnostika i lechenie depressii pri bolezni Parkinsona [Diagnostics and treatment of depression in Parkinson's disease]. *Nervnye bolezni.* 2006;(2):2–8 (in Russian).
15. Nodel' MR, Yakhno NN. Nervno-psikhicheskie narusheniya pri bolezni Parkinsona [Neuropsychiatric disorders in Parkinson's disease]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika.* 2009;(2):3–8 (in Russian).
16. Sayko DYU. Patopsikhologicheskie osobennosti i organicheskie psikhicheskie rasstroystva pri bolezni Parkinsona [Pathopsychological characteristics and organic mental disorders in Parkinson's disease]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal.* 2012;(3):5–9 (in Russian).
17. McKinlay A, Grace RC, Dalrymple-Alford JC, Anderson T, Fink J, Roger D. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinson's disease patients without dementia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2008;14(1):37–42. doi: 10.1016/j.parkrelid.2007.05.009.
18. Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, Richard IH, Starkstein SE, Martinez-Martin P. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale. *Mov Disord.* 2011;26(3):407–15. doi: 10.1002/mds.23184.
19. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50–5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
20. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382–9. doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
21. Sobchik LN. SMIL. Standartizirovanny mnogofaktornyy metod issledovaniya lichnosti [SMIL: a standardized multifactor personality inventory]. Saint Petersburg: Rech'; 2006. 224 p. (in Russian).

The personality profile of patients with early manifestations of Parkinson's disease

Bogdanov R.R.¹ • Borisova S.Yu.¹ • Kotov S.V.¹ • Zavarzina O.O.²

Background: Mental disorders that sometimes may precede motor dysfunction have an important value in Parkinson's disease, especially at its earlier stages. Personality characteristics of patients with Parkinson's disease have not been studied enough and require a detailed assessment, because it is a major factor contributing to treatment efficacy. **Aim:** To assess personality profiles of patients with early stages of Parkinson's disease and an impact of a dopamine receptor agonist on the personality profile. **Materials and methods:** We assessed 33 treatment-naïve patients with early symptoms of Parkinson's disease (Hoehn-Yahr stage I and II). The following scales were used before treatment and at 1, 3 and 6 months of treatment with pramipexol: for motor disorders (UPDRS, Unified Parkinson's Disease Rating Scale), depressive disorders (MADRS, Montgomery Asberg Depression Rating Scale) and anxiety disorders (HARS, Hamilton Anxiety Rating Scale), as well as personality profile (MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory). **Results:** The personality profile assessed by MMPI in patients with early stage Parkinson's disease was characterized by highest T scores on scales 2 (pessimism) (74 [64; 86]), 1 (neurotic excess control) (67 [63; 74]), 3 (emotional instability) (64 [56; 70]), 7 (anxiousness) (63 [52; 70]), 8 (autism) (64 [58; 74]), 0 (introversion) (63 [59; 66]). This indicates basic pathopsychological characteristics of patients with

early stages of the disease. In particular, their emotional sphere demonstrated anxiety- and depression-related affective disorders. Their personality structure was characterized by dysthymic, anxious, rigid and explosive traits, and susceptibility to hypochondriasis. With a background of a dramatic motivational conflict, frustration of high-level need in self-actualization and recognition due to a chronic disease with motor dysfunction triggered a depressive response type. Pharmacological treatment with pramipexol decreased the neurotic triad at 1 month. However, at subsequent follow-up, there was a gradual shift towards baseline parameters, in spite of a good clinical efficacy of treatment against motor disorders that indicates a stable sensitive-anxious personality accentuation. **Conclusion:** Early stages of Parkinson's disease are characterized by a sensitive-anxious personality structure that is quite stable. This should be taken into account when deciding on a treatment approach to these patients and consideration of potential psychotherapeutic support.

Key words: Parkinson's disease, non-motor symptoms, anxiety, neuropsychiatric problems, depression, dopamine agonists, pramipexol

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-3-329-335

Bogdanov Rinat R. – MD, PhD, Associate Professor, Professor of the Chair of Neurology, Postgraduate Training Faculty¹

✉ 61/2-10 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 681 56 10.
E-mail: rinatbo@rambler.ru

Borisova Snezhana Yu. – Postgraduate Student, Chair of Neurology, Postgraduate Training Faculty¹

Kotov Sergey V. – MD, PhD, Professor; Head of Department of Neurology; Head of Chair of Neurology, Postgraduate Training Faculty¹

Zavarzina Olga O. – MD, PhD, Professor; Head of Chair of Special and Clinical Psychology and Inclusive Education²

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

² Russian State Social University; 4/1 Vilgelm Pika ul., Moscow, 129226, Russian Federation