

DOI : 10.31363/2313-7053-2020-3-58-63

«Faciem morbo»: личностные особенности пациентов с болезнью Паркинсона

Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А., Бочаров В.В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Резюме. Проведено сравнение психологических особенностей пациентов с акинетико-ригидной и дрожательной формой болезни Паркинсона. Выявлено, что независимо от формы заболевания для всех пациентов с БП характерно снижение представления о своей социальной репутации, привлекательности, популярности, уважении окружающих, а также умении добиваться поставленной цели; необщительность, слабая способность к самоотдаче, бедная фантазия, отсутствие длительных привязанностей. Только для пациентов с акинетико-ригидной формой характерны покорность, повиновение, покладистость, терпение, недоверчивость, отстранение от других людей. Большинство обследованных нами пациентов с БП в высокой степени склонны к восприятию стрессовых ситуаций, как угрожающих и вызывающих тревогу.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, психологическое состояние, тревожность.

«Faciem morbo»: personal characteristics of patients with Parkinson's disease

Bogacheva V.A., Zakharov D.V., Mikhailov V.A., Bocharov V.V.

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology

Summary. The psychological characteristics of patients with akinetic-rigid and trembling forms of Parkinson's disease were compared. It was revealed that regardless of the form of the disease, all patients with PD are characterized by a decrease in their perception of their social reputation, attractiveness, popularity, respect for others, as well as the ability to achieve their goals; unsociability, poor self-giving ability, poor imagination, and lack of long-term attachments. Only patients with the akinetic-rigid form are characterized by docility, obedience, complaisance, patience, distrust, and detachment from other people. Most of the patients we examined with PD are highly likely to perceive stressful situations as threatening and alarming.

Key words: Parkinson's disease, psychological characteristics, anxiety, tremor.

Исследования последних лет ярко демонстрируют различия в клинической картине разных форм болезни Паркинсона (БП) [1; 8], а также все чаще демонстрируется разница между нейропатологическими профилями акинетико-ригидной и дрожательной формы, фокусируясь на отличиях темпа прогрессирования, ряде дополнительных клинических, патофизиологических и патоморфологических проявлений. Eggers С. и соавторы в 2011 г. [11] продемонстрировали разницу в распространении дегенеративного процесса при разных формах БП. При дрожательной форме снижение уровня дофамина наблюдалось в области хвостатого ядра и латеральной части скорлупы и на ОФЭКТ по форме походило на орлиное крыло, в то время как при акинетико-ригидной форме дегенеративный процесс захватывал дорсальную часть скорлупы и напоминал по форме яйцо. Одновременно отечественным исследователем Заляловой З.А. [3] была подчеркнута разница и в характере начала заболевания при формах с тремором и без. Пациенты с дрожательной формой БП имеют монофазный возраст начала заболевания в среднем в 55–59 лет. При акинетико-ригидной форме заболевание носит бифазный характер с ранним ($51 \pm 3,0$ лет) и поздним ($65 \pm 2,5$ лет) началом.

Состояние больных с хроническими неврологическими заболеваниями зависит не только от

степени функционального дефекта, но и от субъективного восприятия и личной реакции больных, осознания пациентами тяжести и неуклонной прогрессивности своего заболевания [4; 5]. Следовательно, психологические факторы играют существенную роль в формировании и протекании БП. Наблюдения показывают, что дебют заболевания и установление диагноза, а затем тяжелые двигательные нарушения на поздних этапах заболевания обычно вызывают у пациентов выраженный стресс.

Еще в 1913 г. в научной литературе [10] обсуждался тип личности, наблюдаемый у пациентов с БП. Пациенты с БП были описаны как жесткие, сдержанные и замкнутые. Позже сформировалось предположение [16], что БП развивается у людей с определенными психологическими особенностями: с максимальным угнетением внешних проявлений собственных эмоций (т.е. у «замаскированных личностей»), консерватизмом, обязательностью, упрямством, стремлением к лидерству с формированием некоторой враждебности в отношении к потенциальным конкурентам. Следует отметить, что при дальнейшем развитии паркинсонизма особенности психологического состояния влияют на формирование разных психопатических синдромов: эмоциональных (апатия, депрессия); когнитивных (деменция), психических (галлюцинации, иллюзии). Тенденция к

драматизации своего состояния в большой мере связана с психологическими особенностями пациентов с БП, описанными в мировой литературе [6]. К ним можно отнести интровертированность, пунктуальность, эмоциональную ригидность, склонность к депрессивным реакциям, пониженную активность в области социальных достижений. Уровень уступчивости и сознательности с течением времени, как правило, возрастает, в то время как экстраверсия и нейротизм имеют тенденцию к снижению. Ретроспективная оценка личности показала, что пациенты с БП обладают высоким преморбидным уровнем интроверсии и обсессивно-компульсивных тенденций, однако, требуются дальнейшие исследования объективных показателей преморбидной личности, таких как принятие риска и предпочтение определенных типов поведения [2].

Несколько исследований «случай-контроля» обнаружили, что у пациентов с БП ухудшились лидерские качества, стремление к общению, гибкость мышления, они стали более спокойными, осторожными и уравновешенными в течение периода времени до начала БП по сравнению с контролем [12; 13; 18].

В 2005 г. Bower J.H. с коллегами провели значимое исследование личности при БП [9]. В течение 40 лет ими наблюдалась когорта из 7216 пациентов, из которых 68 пациентам был поставлен диагноз «болезнь Паркинсона». Проводилось исследование по миннесотскому многоаспектному личностному опроснику (MMPI) и сравнение с контрольной группой, идентичной по полу и возрасту. Высокие баллы преморбидной тревожности были в значительной степени связаны с БП. Выявлено также, что корреляционная связь БП и тревожности становится более значимой при длительности БП 5-10 лет, при условии исключения других причин тревожности.

Kelly L.S. с коллегами из Университета Южной Флориды в 2011 г. провели исследование [15], результаты которого показали интересную взаимосвязь между чертами личности и БП. Выяснилось, что люди с БП с ранних лет отличаются осторожностью. Они боятся рисковать, никогда не ездят с превышением скорости и вообще не терпят каких-либо волнующих ситуаций. Также родственники часто описывают пациентов с БП как трудолюбивых и пунктуальных.

В другом исследовании [14] эта же команда ученых при изучении личности 89 пациентов с БП и 99 здоровых людей установили еще одну взаимосвязь: пациенты с БП имели более высокий уровень невротизма, а женщины с БП на 60% более вероятно даже в молодости вели очень размеренный образ жизни: например, всю жизнь просыпались и ложились спать в одно и то же время.

Однако, несмотря на результаты проведенных исследований, вопрос, есть ли отличия в структуре «паркинсонической личности» у пациентов с разными формами заболевания, на сегодняшний день остается нерешенным.

Психологическими последствиями БП может быть как ухудшение у человека двигательных симптомов, так и еще большее ухудшение немоторных симптомов, таких как тревожность и замедление мышления.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом определяет поведение субъекта. Расстройства настроения, мотивации и тревоги являются общими у пациентов с БП и встречаются с более высокой распространенностью, чем в популяции их ровесников. Хотя у многих людей с БП может не наблюдаться выраженных психологических расстройств, они и/или члены их семей стараются приспособиться к проявляющимся в разной мере социальным, эмоциональным и личностным изменениям, вызванным этим состоянием.

В отношении проявления немоторных симптомов и их влияния на психологическое состояние больных с БП можно выделить исследование Левина О.С. [7], который выявил, что тревога при БП наблюдается в среднем в 40% случаев. Повышенный уровень тревожности может быть связан как с особенностями личности при БП, так и с реакцией больного на хроническое неизлечимое заболевание.

Таким образом, повышенный уровень тревожности широко распространен у пациентов с БП, однако данные о факторах, оказывающих на него влияние, остаются противоречивыми. Также имеет интерес вопрос уровня тревожности у пациентов с разными формами БП, а также наличия или отсутствия взаимосвязи между тяжестью дрожательного гиперкинеза и тревожностью.

Цель исследований — изучить личностные особенности пациентов с акинетико-ригидной и дрожательной формой БП.

Материал и методы. Было обследовано 170 человек с БП — 100 человек с дрожательной и 70 — с акинетико-ригидной формой заболевания, в возрасте. В группе с дрожательной формой возраст-пациентов 49–75 лет (средний возраст $66,10 \pm 0,58$), из которых мужчины — 53 (53%) и женщины — 47 (47%). Большая часть (74%) была представлена II стадией БП. 84% пациентов проживали в семье и имели хорошие внутрисемейные отношения (88%). Неработающие пациенты составляли 75%. У 11% пациентов имелась III группа инвалидности по соматическому заболеванию, находящемуся в стадии ремиссии на момент исследования. В группе с акинетико-ригидной формой возраст пациентов — 59–75 лет (средний возраст $68,20 \pm 0,76$), из которых мужчины — 34 (48,6%) и женщины — 36 (51,4%) с акинетико-ригидной формой БП. В группе превалировала I стадия заболевания, которая составляла 68,6%. У 8% пациентов имелась III группа инвалидности по соматическому заболеванию, находящемуся в стадии ремиссии на момент исследования. В группе пациентов с акинетико-ригидной формой 82,9% пациентов отметили хорошие внутрисемейные отношения, 11,4% пациентов охарактеризовали отношения как «безразличные» и 5,7% — «недобро-

желательные». Пациентов, имеющих I и II группы инвалидности в группах, не было.

Для исследования психологического состояния пациентов был использован Гиссенский личностный опросник, что дало возможность учитывать личностные, интрапсихические и социально-психологические переменные, а также исследовать соответствующие им характеристики, устанавливать соотношения между внутри- и межличностными переменными, соотносить личностные признаки с межличностным взаимодействием, социальным поведением, социальными установками и реакциями личности.

Для оценки тревожности использована шкала самооценки Спилбергера–Ханина, которая позволяет дифференцированно оценить тревожность и как личностное свойство, и как состояние. Оценивалась реактивная и личностная тревожность. При интерпретации показателей используются следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкий уровень тревожности, 31–44 балла — умеренная тревожность, 45 баллов и более — высокая.

Результаты и обсуждение

В рамках клинко-психологического исследования для выявления и анализа типичных личностных характеристик пациентов с БП в целом, а также особенностей пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формой БП нами были получены сырые показатели шкал Гиссенского опросника, после чего они были преобразованы в стандартные T-баллы, приведенные в Табл.1. (table 1.)

Личностные характеристики пациентов с дрожательной формой отклоняются от средних значений по шкалам социального одобрения, контроля и социальных способностей. Показатели шкалы социального одобрения находятся в зоне нижнего полюса шкалы ($44,09 \pm 0,94$), что может выражаться в снижении у пациента представления о своей социальной репутации, привлекательности, популярности, уважении окружающих, а также умении добиваться поставленной цели. Показатели шкал контроля ($55,86 \pm 0,65$) и социальных способностей ($65,49 \pm 0,94$), напротив, находятся в

зоне высоких значений, что может свидетельствовать о педантичности, излишнем усердии, о правдивости до фанатизма, отсутствии склонности к легкомысленному, беззаботному поведению, а также о необщительности, слабой способности к самоотдаче, бедной фантазии, отсутствии длительных привязанностей.

Значения личностных характеристик пациентов с акинетико-ригидной формой БП отклоняются от средних значений по всем шкалам, кроме шкалы преобладающего настроения, значения которой стремятся к средним (Рис.1). По шкале социального одобрения ($44,62 \pm 1,34$) показатели достоверно не отличаются ($p=0,976$) от группы пациентов с тремором и характеризуются теми же качествами личности. По шкалам доминантности ($59,63 \pm 1,30$), контроля ($55,51 \pm 1,18$), открытости—замкнутости ($62,08 \pm 1,14$) и социальных способностей ($64,92 \pm 1,47$) показатели находятся в зоне высоких значений, что может говорить о присутствии у пациентов таких качеств, как послушание, уступчивость, терпение, педантичность, усердие, а также замкнутость, недоверчивость, эгоистичность, обедненность фантазии, отсутствие длительных привязанностей.

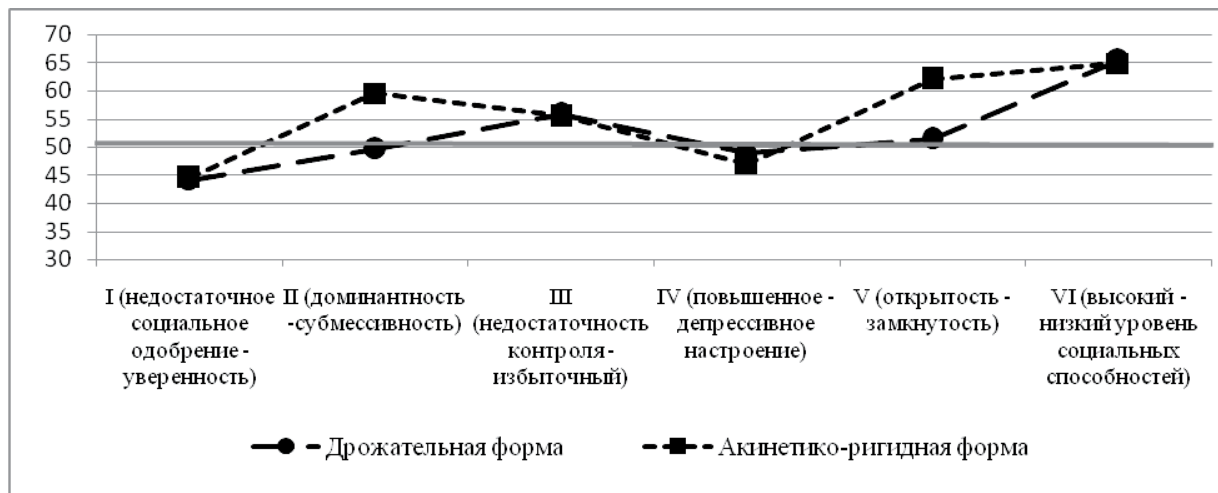
Группы достоверно ($p < 0,001$) отличаются по шкалам доминантности и открытости—замкнутости, причем показатели группы пациентов с тремором по этим шкалам достоверно не отличаются от средних значений, а показатели группы пациентов с акинетико-ригидной формой имеют высокие показатели по шкалам.

По нашему мнению, имеющиеся особенности личности у пациентов с БП являются, как преморбидными, что подтверждают литературные данные [14; 15; 16], так и проявлениями дегенеративного заболевания, что также соответствует данным современных исследований [12; 13; 18].

Психологическое тестирование пациентов по шкале Спилбергера–Ханина показало, что половина (53%) пациентов с дрожательной формой имели низкий уровень реактивной тревожности. Остальные проценты распределялись между показателями умеренной (39%) и высокой (8%) тревожности. Показатели высокой личностной тре-

Таблица 1. Результаты тестирования пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формой БП по Гиссенскому личностному опроснику
Table 1. Test results of patients with trembling and akinetic-rigid form of PD according to the Giessen personality questionnaire

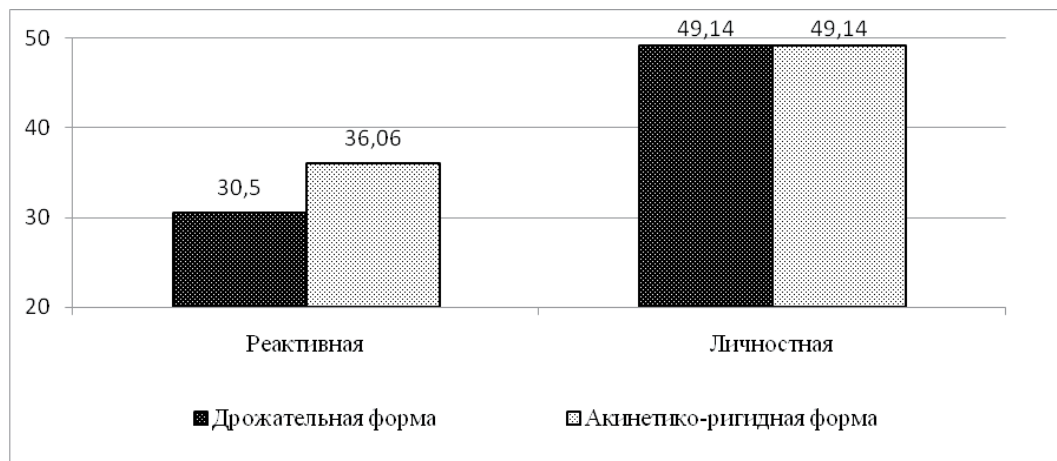
Шкала	Показатели личностных особенностей по группам, $M \pm m / M_e$	
	Дрожательная форма	Акинетико-ригидная форма
I — социального одобрения	$44,09 \pm 0,94 / 44,26$	$44,62 \pm 1,34 / 44,26$
II — доминантности	$49,74 \pm 0,80 / 47,25$	$59,63 \pm 1,30 / 60,98$
III — контроля	$55,86 \pm 0,65 / 55,51$	$55,51 \pm 1,18 / 55,51$
IV — преобладающего настроения	$48,92 \pm 0,86 / 47,17$	$46,95 \pm 1,28 / 45,28$
V — открытости — замкнутости	$51,43 \pm 0,87 / 50,44$	$62,08 \pm 1,14 / 62,39$
VI — социальных способностей	$65,49 \pm 0,94 / 64,19$	$64,92 \pm 1,47 / 66,51$



Примечание. * — $p < 0,01$ — достоверные различия между группами.

Рис. 1. Сравнительная характеристика личностных особенностей пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формой БП

Pict.1 Comparative characteristics of personality characteristics of patients with trembling and akinetic-rigid form of BP



Примечание. * — $p < 0,01$ — достоверные различия между группами.

Рис. 2. Сравнение уровня реактивной и личностной тревожности в группах

Pict. 2 Comparison of the level of reactive and personal anxiety in groups

возности преобладали (68%) над умеренной (30%), а показатели низкой тревожности были выявлены лишь у двух пациентов (2%).

В группе пациентов с акинетико-ригидной формой БП 52 человека (74,3%) имели умеренный уровень реактивной тревожности, 12 пациентов (17,1%) низкий уровень, а 6 пациента (8,6%) высокий. Следует отметить, что большую часть (80%) пациентов составляли случаи с высоким уровнем личностной тревожности, а умеренный уровень тревожности был выявлен лишь у 14 пациентов (20%). Пациентов с низким уровнем личностной тревожности в этой группе выявлено не было.

Нами были найдены достоверные различия ($p < 0,01$) в группах по уровню реактивной

тревожности. Очевидно, что в группе пациентов с дрожанием отмечается более низкий уровень реактивной тревожности, чем у пациентов с акинетико-ригидной формой. В обеих группах уровень личностной тревожности достигает высоких значений (медиана 50,50) — Рис.2.

Таким образом, большинство обследованных нами пациентов с БП в высокой степени склонны к восприятию стрессовых ситуаций как угрожающих и вызывающих тревогу, которая, однако, может проявляться только напряжением, беспокойством, нервозностью, не достигая невротического уровня. Больше половины пациентов имеют устойчивый высокий уровень тревожности.

Заключение

Таким образом, нами впервые проведено исследование личностных особенностей пациентов с БП, которое показало, что независимо от формы заболевания для всех пациентов с БП характерно снижение представления о своей социальной репутации, привлекательности, популярности, уважении окружающих, а также умения добиваться поставленной цели; необщительность, слабая способность к самоотдаче, бедная фантазия, отсутствие длительных привязанностей. Только для пациентов с акинетико-ригидной формой характер-

ны покорность, повинование, покладистость, терпение, недоверчивость, отстранение от других людей.

Полученные нами данные по исследованию тревожности можно рассматривать как особенность личности пациентов с БП и в меньшей степени как проявление реакции больного на хроническое неизлечимое заболевание. В связи с тем, что обследование проводилось до назначения пациентам противопаркинсонической терапии, высокий уровень тревожности не может быть связан с леводопотерапией, что согласуется с данными специальной литературы [10].

Литература/References

1. Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А., Шубина Ю.В. Качество жизни пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 1:33–37. [Bogacheva VA, Zaharov DV, Mihajlov VA, Shubina YuV. The impact of tremor on the quality of life of Parkinson disease patients. *Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2015; 1:33–37. (In Russ.).]
2. Богачева В.А., Коцюбинская Ю.В., Михайлов В.А., Алексеева Т.С. Комплаенс при болезни Паркинсона с позиции биосоциальной концепции. *Неврологический вестник*. 2019; 51:1:20–24. [Bogacheva VA, Kosyubinskaya YuV, Mihajlov VA, Alekseeva TS. Compliance with Parkinson's disease from the standpoint of biopsychosocial concept. *Nevrologicheskij vestnik*. 2019; 51:1:20–24. (In Russ.).]
3. Зялялова З.А. Дрожательные фенотипы болезни Паркинсона. В кн.: *Болезнь Паркинсона и расстройства движений*. Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. М.: НЦН РАМН; 2011:55–59. [Zalyalova Z.A. Drozhatelnyye fenotipy bolezni Parkinsona. V kn.: *Z.A. Zalyalova. Bolezn Parkinsona I rasstroystva dvizheniy*. Pod red. S.N. Illarionshkina, O.S. Levina. M.: NTsN RAMN; 2011:55–59. (In Russ.).]
4. Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть 2. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2010; 3:62–64. [Karavaeva TA, Kolotil'shchikova EA, Mizinova EB. The change in the psychotherapeutic and rehabilitation strategies in the treatment of neurotic disorders in the time of socio-economic changes Part II. *The Dynamic of Psychological Characteristics of the Neurotic Disorders Patients in the Last 3 Decades*. *Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2010; 3:62–64. (In Russ.).]
5. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб.; 2018. [Karavaeva T.A., Kosyubinskij A.P. *Holisticheskaya diagnostika pogranych psichicheskikh rasstrojstv*. SPb.; 2018. (In Russ.).]
6. Костенко Е.В. Комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона. В кн.: Е.В. Костенко, Т.М. Маневич, Л.В. Петрова. *Лечебное дело*. 2014; 1:63–78. [Kostenko E.V. *Kompleksnaya reabilitatsiya patsiyentov s boleznyu Parkinsona*. V kn.: E.V. Kostenko. T.M. Manevich. L.V. Petrova. *Lechebnoye delo*. 2014; 1:63–78. (In Russ.).]
7. Левин О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание. В кн.: О.С. Левин. *Неврология/Ревматология*; 2011; 2:18–22. [Levin OS. *Bolezn Parkinsona kak neyropsikhiatricheskoye zabollevaniye*. V kn.: O.S. Levin. *Nevrologiya/Revmatologiya*; 2011; 2:18–22. (In Russ.).]
8. Шток В.Н., Левин О.С., Федорова Н.В. *Экстрапирамидные расстройства*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство; 2002. [Shtok V.N., Levin O.S., Fedorova N.V. *Ekstrapiramidnyye rasstroystva*. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2002. (In Russ.).]
9. Bower JH [et al.]. The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging: Results for Parkinson's disease. *Neurology*. 2005; 64:1:282–283.
10. Camp C. Paralysis agitans, multiple sclerosis and their treatment. C. Camp. *Modern Treatment of Nervous and Mental Disease*. Ed. JS White, H Kimpton. Philadelphia: Lea & Febiger; 1913; 2:651–671.
11. Eggers C [et al.]. Akinetic-rigid and tremor-dominant Parkinson's disease patients show different patterns of FP-CIT Single photon emission computed tomography. *Movement Disorders*. 2011; 26:3:416–423.
12. Heberlein I [et al.]. Personality, depression and pre-morbid lifestyle in twin pairs discordant for Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1998; 64(2):262–266.
13. Hubble JP [et al.]. Personality and depression in Parkinson's disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181 (11):657–662.

14. Kelly LS [et al.]. *Early-Adult Life Correlates of Personality in Parkinson's Disease*. *Journal of Neurology Research*. 2014; 4:2/3:51–62.
15. Kelly LS. *Indicators of Early Adult and Current Personality in Parkinson's Disease*. 2011; URL: <http://scholarcommons.usf.edu/etd/3371> (21.03.2013).
16. Menza M. *The personality associated with Parkinson's disease*. *Current Psychiatry Reports*. 2000; 2(5):421–426.
17. Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, Uhde TW. *Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease*. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147:217–220.
18. Watanabe K. *A case-control study of Parkinson's disease*. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 1994; 41(1):22–33.

Сведения об авторах

Богачева Вероника Андреевна — врач-невролог, младший научный сотрудник отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, кандидат медицинских наук. E-mail:ronika1988@mail.ru

Захаров Денис Валерьевич — врач-невролог, заведующий отделением реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, кандидат медицинских наук. E-mail:zaharov_dv@mail.ru

Михайлов Владимир Алексеевич — врач-невролог, научный руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, доктор медицинских наук. E-mail:vladmikh@yandex.ru

Бочаров Виктор Викторович — ведущий научный сотрудник, руководитель Лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, кандидат психологических наук. E-mail:bochvikvik@gmail.com