

Психологические особенности и социальная адаптация пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона

Оригинальная статья

Богачева В.А., Захаров Д.В., Буряк Ю.В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Целью исследования было изучить личностные особенности и психологическое состояние пациентов с дрожательным гиперкинезом при болезни Паркинсона. Исследовались мужчины и женщины в возрасте от 49 до 75 лет с установленным диагнозом «болезнь Паркинсона» дрожательной (основная группа) и акинетико-ригидной формы (контрольная группа), 1–2-й стадий по Хен и Яру. 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 исследования уровня социальной адаптации пациентов был выбран опросник социальной дезадаптации, связанной с тремором, что позволило оценить социальные последствия имеющихся расстройств, а также реальную тяжесть тремора. Психологические факторы играют существенную роль в формировании и протекании болезни Паркинсона (БП). Впервые проведено исследование социальной адаптации у пациентов с тремором при БП. Исследование личностных особенностей пациентов с БП показало, что независимо от формы заболевания для всех пациентов с БП характерны снижение представления о своей социальной репутации, привлекательности, популярности, уважении окружающих, а также об умении добиваться поставленной цели; отсутствие длительных привязанностей, необщительность, слабая способность к самоотдаче, бедная фантазия. Только для пациентов с акинетико-ригидной формой характерны большая покорность, склонность к повиновению, покладистость, терпение, недоверчивость, отстранение от других людей. Пациенты с сочетанным тремором больше склонны к проявлениям тревоги, чем пациенты с изолированным тремором. Дрожательный гиперкинез вызывает социальную дезадаптацию и самостигматизацию пациентов.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, психологическое состояние, социальная адаптация, тремор.

Информация об авторах:

Богачева Вероника Андреевна — ronika1988@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0878-3452>

Захаров Денис Валерьевич — zaharov_dv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2266-9197>

Буряк Юлия Владимировна — buryak-yulya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1722-3000>

Как цитировать: Богачева В.А., Захаров Д.В., Буряк Ю.В. Психологические особенности и социальная адаптация пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:2:35-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-35-41>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Psychological features and social adaptation of patients with the tremor form of Parkinson's disease

Research article

Bogacheva V.A., Zakharov D.V., Buriak I.V.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg, Russia

Summary. The aim of the study was to study the personality characteristics and psychological state of patients with tremulous hyperkinesia in Parkinson's disease. We studied men and women aged 49 to 75 years with an established diagnosis of «Parkinson's disease» of a tremulous (main group) and akinetic-rigid form (control group), stages 1-2 according to Hyun and Yar. To study the psychological state of patients, the Giessen personality questionnaire was used, which made it possible to take into account personal, intrapsychic

Автор, ответственный за переписку: Богачева Вероника Андреевна — ronika1988@mail.ru

Corresponding author: Veronika A. Bogacheva — ronika1988@mail.ru

and socio-psychological variables, as well as to investigate their corresponding characteristics; to establish relationships between intra- and interpersonal variables; to correlate personality traits with interpersonal interaction, social behavior, social attitudes and reactions of the individual. To study the level of social adaptation of patients, a questionnaire of social maladaptation associated with tremor was selected, which made it possible to assess the social consequences of existing disorders, as well as the real severity of tremor. Psychological factors play a significant role in the formation and course of Parkinson's disease (PD). The study of social adaptation in patients with tremor in PD was first conducted. The study of the personality characteristics of patients with PD showed that, regardless of the form of the disease, all patients with PD are characterized by a decrease in the perception of their social reputation, attractiveness, popularity, respect for others, and the ability to achieve their goals; lack of long-term attachments, lack of sociability, poor ability to surrender, poor fantasy. Only patients with an akinetic-rigid form are characterized by humility, obedience, complaisance, patience, distrust, distancing from other people. Patients with combined tremor are more prone to anxiety than patients with isolated tremor. Shivering hyperkinesia causes social disadaptation and self-stigmatization of patients.

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

Information about the authors:

Veronika A. Bogacheva — ronika1988@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0878-3452>

Denis V. Zakharov — zakharov_dv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2266-9197>

Iuliia V. Buriak — buryak-yulya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1722-3000>

To cite this article: Bogacheva VA, Zakharov DV, Buriak IV. Psychological features and social adaptation of patients with the tremor form of Parkinson's disease. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:2:35-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-35-41>. (In Russ.)

The authors declare that there is no conflict of interest

Актуальность. 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 прогрессии своего заболевания. Следовательно, психологические факторы играют существенную роль в формировании нервно-психических нарушений при болезни Паркинсона (БП). Наблюдения показывают, что дебют заболевания и установление диагноза, а затем тяжелые двигательные нарушения обычно вызывают у пациентов выраженный стресс [1].

Еще в 1913 г. в научной литературе [10] обсуждался тип личности, наблюдаемый у пациентов с БП. Они были описаны как жесткие, сдержанные и замкнутые. Позже сформировалось предположение [15], 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), психотических (галлюцинации, иллюзии). Тенденция к драматизации своего состояния в большой мере связана с психологическими особенностями пациентов с БП, описанными в мировой литературе [7; 8]. К ним можно отнести интровертированность, пунктуальность, эмоциональную ригидность, склонность к депрессивным реакциям, пониженную активность

в области социальных достижений [8; 17]. Уровень уступчивости по мере прогрессирования заболевания, как правило, возрастает, в то время как экстраверсия и нейротизм имеют тенденцию к снижению. Ретроспективная оценка особенностей личности показала, что пациенты с БП обладают высоким преморбидным уровнем интроверсии и обсессивно-компульсивных тенденций [16], однако требуются дальнейшие исследования объективных показателей преморбидной личности, таких как принятие риска и предпочтение определенных типов поведения.

Несколько исследований «случай-контроля» обнаружили, что после развития БП у пациентов ухудшились лидерские качества, стремление к общению, гибкость мышления; они стали более спокойными, осторожными и уравновешенными по сравнению с контролем [11; 12; 18].

В 2005 г. Bower J.H. с коллегами провели исследование особенностей 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 (ММПИ) и сравнение с контрольной группой, идентичной по полу и возрасту. Высокие баллы преморбидной тревожности были в значительной степени связаны с БП. Также было выявлено, 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 (University of South Florida, USF, Florida, USA) в 2011 г. провели исследование [13], 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 с 60%-й вероятностью 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 [4; 5].

Психосоциальная адаптация при БП зависит от взаимодействия когнитивных, поведенческих, физических, личностных и социальных факторов [2]. Несмотря на то, что течение БП медленно прогрессирующее, при отсутствии адекватного лечения исходом заболевания является грубая бытовая и социальная дезадаптация пациентов [3; 6]. Это означает, что поведение человека в социальном аспекте частично отклоняется от принятых в обществе норм поведения, т. е. не согласуется с основными требованиями и принципами, установленными в обществе и коллективе. Социальная дезадаптация проявляется срывом компенсаторных механизмов, позволяющих личности успешно действовать в семье, на производстве, в обществе в целом. Есть предположения, что тремор также приводит к социальной дезадаптации, однако научного подтверждения этого факта нет.

Цель. Целью исследования было изучить личностные особенности и психологическое состояние пациентов с дрожательным гиперкинезом при болезни Паркинсона.

Материалы и методы

Исследование одобрено локальным этическим комитетом при ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Все участники перед исследованием прошли процедуру подписания информированного согласия.

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 49 до 75 лет с установленным диагнозом «болезнь Паркинсона» дрожательной и акинетико-ригидной формы, 1–2-й стадий по Хен и Яру; наличие информированного согласия на обследование и лечение.

Критерии исключения:

– сосудистые очаги и/или объемные образования в области базальных ганглиев или черной субстанции;

- прием нейролептиков;
- депрессия;
- деменция;

– грубые речевые расстройства, приводящие к невозможности выполнения предлагаемых заданий;

- 3–4-я стадии БП по Хен и Яру;
- соматические заболевания в состоянии выраженной декомпенсации;
- гиперкинезы другой этиологии;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- особые состояния больного (беременность, алкольная и наркотическая зависимость).

Пациенты были разделены на две группы — основная и контрольная. В основную группу вошло 100 человек с дрожательной формой БП, возраст 49–75 лет (средний возраст $66,10 \pm 0,58$), из которых мужчины — 53 (53%) и женщины — 47 (47%) человек. 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 контрольную группу было включено 35 человек, возраст 59–75 лет (средний возраст $68,20 \pm 0,76$), из которых мужчины — 17 (48,6%) и женщины — 18 человек (51,4%) с акинетико-ригидной формой болезни Паркинсона. 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 контрольной группе 82,9% пациентов отмечали хорошие внутрисемейные отношения, 11,4% пациентов охарактеризовали отношения как «безразличные» и 5,7% — «недоброжелательные». 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 исследования уровня социальной адаптации пациентов был выбран опросник социальной дезадаптации, связанной с тремором, что позволило оценить социальные последствия имеющихся расстройств, а также реальную тяжесть тремора.

Результаты

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 опро-

сника, после чего они были преобразованы в стандартные T-баллы, приведенные в Табл.1, где М — выборочное среднее; m — ошибка среднего; Me — медиана.

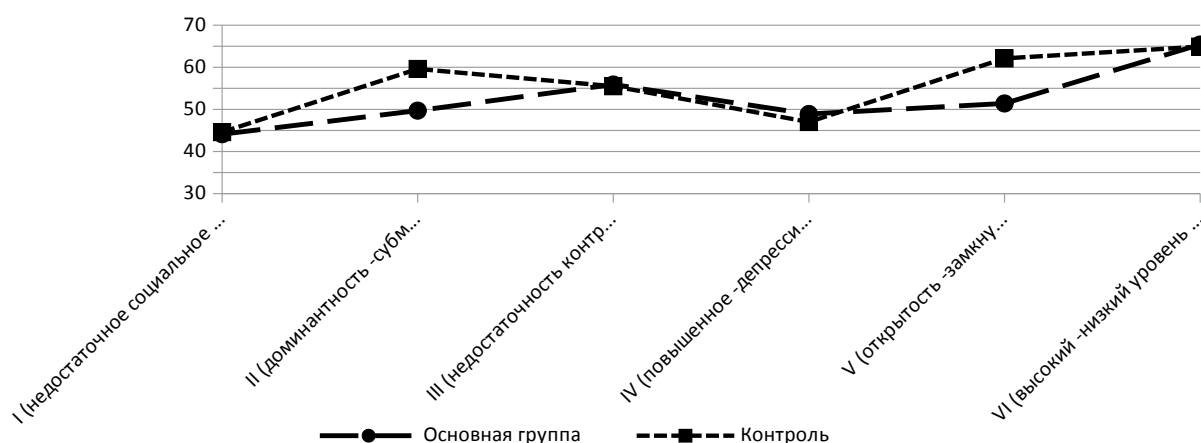
Личностные характеристики пациентов с дрожательной формой отклоняются от средних значений по шкалам социального одобрения, контроля и социальных способностей. Показатели шкалы социального одобрения находятся в зоне нижнего полюса шкалы ($44,09 \pm 0,94$), что может выражаться в снижении у пациента представления 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, что показано на Рисунке. По шкале социального одобрения ($44,62 \pm 1,34$) показатели достоверно не отличаются от основной группы ($p = 0,976$) 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 основной группы по этим шкалам достоверно не отличаются от средних значений, а показатели контрольной группы

Таблица 1. Результаты тестирования пациентов основной и контрольной группы по Гиссенскому личностному опроснику
Table 1. Results of testing of patients of the main and control groups according to the Giessen personality


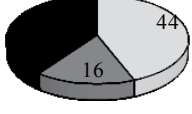
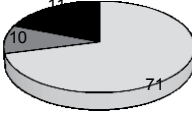
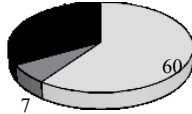


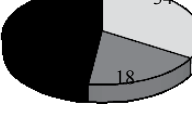
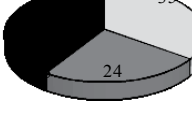

Шкала	Показатели личностных особенностей по группам, М±m/Me	
	основная (дрожательная форма)	контрольная (акинетико-ригидная форма)
I — социального одобрения	44,09±0,94/44,26	44,62±1,34/44,26
II — доминантности	49,74±0,80/47,25	59,63±1,30/60,98
III — контроля	55,86±0,65/55,51	55,51±1,18/55,51
IV — преобладающего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



Примечание. * — $p < 0,01$ — достоверные различия между группами.
 Note. * — $p < 0,01$ — significant differences between groups.

Рис. Сравнительная характеристика личностных особенностей пациентов основной и контрольной группы
 Fig. Comparative characteristics of personal characteristics of patients of the main and control groups

Таблица 2. Результаты исследования социальной дезадаптации пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона
Table 2. Results of the study of social disadaptation of patients with the tremulous form of Parkinson's disease

Заставил ли Вас тремор перестать...	Данные по вариантам ответов, %
...работать	
... искать работу или стремиться к повышению по службе?	
...самому делать покупки?	
...заниматься любимым хобби или видом спорта?	
... передвигаться общественным транспортом?	
...водить машину?	
...выходить поесть в кафе (ресторане)?	
...выезжать куда-либо на выходные?	
...принимать приглашение в гости, на вечеринку и т. п.?	 <p data-bbox="893 1821 1332 2002"> <input type="checkbox"/> не смущает <input type="checkbox"/> смущает <input type="checkbox"/> сопровождается физическими проблемами <input type="checkbox"/> смущает и сопровождается физическими проблемами </p>

имеют высокие показатели по шкалам, что характеризует пациентов с акинетико-ригидной формой как людей, склонных к подчинению, терпеливости, покладистости, зависимости, замкнутости и отстраненности от других.

Обсуждение

По нашему мнению, имеющиеся особенности личности у пациентов с БП являются как прерогативными, что подтверждают литературные данные [13; 14; 15], так и проявлениями дегенеративного заболевания, что также соответствует данным современных исследований [8; 11; 12; 18].

Анализ данных, полученных по опроснику социальной дезадаптации пациентов с тремором при болезни Паркинсона, показал, что, прежде всего, тремор влияет на решение пациента отказаться от приглашений в гости (79%), посещения общественных мест, в частности, связанных с принятием пищи (66%), и просто от поездок куда-либо (65%). Следует отметить, что пациенты испытывали не только смущение из-за наличия дрожания, но и отмечали связанные с ним физические проблемы, наличие которых в большинстве случаев вызывало дезадаптацию. Тремор не оказал существенного нарушения адаптации в ситуациях, связанных с совершением покупок и передвижением в общественном транспорте, и в 71% случаев не беспокоил пациентов, что отражено в Табл.2.

При сравнении данных пациентов, дрожательный гиперкинез которых был представлен только тремором покоя, и данных пациентов, имеющих сочетание тремора покоя с постурально-кинестическим тремором, также выявлено, что во всех исследованных ситуациях общее состояние пациентов подгруппы «сочетание тремора» отражает большую степень дезадаптации и формирование самостигматизации, чем в подгруппе «тремор покоя».

Заключение

Таким образом, нами впервые проведено исследование социальной адаптации у пациентов с тремором при БП. Исследование личностных особенностей пациентов с БП показало, 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; отсутствие длительных привязанностей, необщительность, слабая способность к самоотдаче, бедная фантазия. Только для пациентов с акинетико-ригидной формой характерны покорность, повинование, покладистость, терпение, недоверчивость, отстранение от других людей. Пациенты с сочетанным тремором больше склонны к проявлениям тревоги, чем пациенты с изолированным тремором. Дрожательный гиперкинез вызывает социальную дезадаптацию и самостигматизацию пациентов.

Литература / References

1. Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А., Шубина Ю.В. Качество жизни пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона. *Обзор 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. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behтерева*. 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, Koczyubinskaya 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. Голубев В.Л. Диагностика и терапия дрожательной формы болезни Паркинсона. *Болезнь Паркинсона и расстройства движений*. Под ред. С.Н. Иллариошкина, Н.Н. Яхно. М.: Диалог; 2008. Golubev V.L. Diagnostika i terapiya drozhatel'noj formy bolezni Parkinsona. *Bolezn' Parkinsona i rasstrojstva dvizhenij*. Pod red. S.N. Illarioshkina, N.N. Yaxno. M.: Dialog; 2008. (In Russ.).
4. Залялова З.А. Дрожательные фенотипы болезни Паркинсона. *Болезнь Паркинсона и расстройства движений*. Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. М.: НЦН РАМН, 2011. Zalyalova Z.A. Drozhatel'ny'e fenotipy bolezni Parkinsona. *Bolezn' Parkinsona i rasstrojstva dvizhenij*. Pod red. S.N. Illarioshkina, O.S. Levina. M.: NCzN RAMN, 2011. (In Russ.).
5. Иванова-Смоленская И.А. Дрожательные гиперкинезы: феноменология, классификация, диагностика. *Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению*. Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. Ivanova-Smolenskaya I.A. Drozhatel'ny'e giperkinezny: fenomenologiya, klassifikaciya, diagnostika. *Ekstrapiramidny'e rasstrojstva: rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu*. Pod red. V.N. Shtoka, I.A. Ivanovoj-Smolenskoj, O.S. Levina. M.: MEDpress-inform, 2002:264–281. (In Russ.).
6. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А. *Дрожательные гиперкинезы: руководство для врачей*. М.: Атмосфера, 2011.

- Illarioshkin S.N., Ivanova-Smolenskaya I.A. Drozhatel'ny'e giperkinezy: rukovodstvo dlya vrachej. M.: Atmosfera, 2011. (In Russ.).
7. Левин О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание. Неврология/Ревматология. 2011;2:18–22.
Levin OS. Parkinson's disease as a neuropsychiatric disease. Nevrologiya/Revmatologiya. 2011;2:18–22. (In Russ.).
 8. Костенко Е.В., Маневич Т.М., Петрова Л.В. Комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона. Лечебное дело. 2014;1:63–78.
Kostenko EV, Manevich TM, Petrova LV. Complex rehabilitation of patients with Parkinson's disease. Lechebnoe delo. 2014;1:63–78. (In Russ.).
 9. Bower JH, Grossardt BR, Maraganore DM, Ahlskog JE, de Andrade M, Rocca WA. 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. Modern Treatment of Nervous and Mental Disease / Ed. J.S. White, H. Kimpton. Philadelphia: Lea &Febiger, 1913;2:651–671.
 11. Heberlein I, Ludin HP, Scholz J, Vieregge P. Personality, depression and premorbid lifestyle in twin pairs discordant for Parkinson's disease. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1998;64(2):262–266.
 12. Hubble JP, Venkatesh R, Hassanein RE, Gray C, Koller WC. Personality and depression in Parkinson's disease. Journal of Nervous and Mental Disease. 1993;181(11):657–662.
 13. Kelly LS. Indicators of Early Adult and Current Personality in Parkinson's Disease. 2011.
 14. Kelly LS, Sullivan K, Mortimer J [et al.]. Early-Adult Life Correlates of Personality in Parkinson's Disease. Journal of Neurology Research. 2014;4(2/3):51–62. doi:10.14740/JNR280W.
 15. Menza M. The personality associated with Parkinson's disease. Current Psychiatry Reports. 2000;2(5):421–426.
 16. Poewe W, Ransmayr G, Plöerer S. Premorbid personality of Parkinson's patients. Journal of Neural Transmission. 1983;19:215–224.
 17. Todes C, Lees AJ. The premorbid personality of patients with Parkinson's disease. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1985;48:97.
 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 — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail:ronika1988@mail.ru;

Захаров Денис Валерьевич, доктор медицинских наук, заведующий отделением интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева E-mail: zaharov_dv@mail.ru;

Буряк Юлия Владимировна — младший научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева E-mail: buryak-yulya@mail.ru.

Поступила 25.11.2021

Received 25.11.2021

Принята в печать 07.12.2021

Accepted 07.12.2021

Дата публикации 29.06.2022

Date of publication 29.06.2022