
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

© 2011 г. Е. В. Созинова*, Ж. М. Глозман**

* Клинический нейропсихолог,

Федеральный медико-биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

** Доктор психологических наук, профессор,

факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

Анализируется современное состояние исследований эмоционально-мотивационной сферы у пациентов с болезнью Паркинсона. В ходе эмпирического изучения этих нарушений показано, что они многопрофильны, различны по структуре и связаны с разными патогенными факторами: органическими (уровнем работы структурно-функциональных блоков мозга как субстрата психической деятельности), психологическими (зависимостью от потребностей, интеллектуальной переработки чувств, образа Я и выбираемых копинг-стратегий) и социальными (условиями окружающей среды).

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, эмоции, депрессия, тревожность, ангедония, апатия.

Джеймс Паркинсон, описавший в 1817 г. в “Эссе о дрожательном параличе” заболевание, позже названное его именем, полагал, что оно не затрагивает область чувств и интеллекта. В настоящее время представления об этом заболевании изменились: клиническая картина болезни Паркинсона (БП) дополнилась описанием групп немоторных проявлений (вегетативных, психических, сенсорных, нарушений сна и некоторых других) [12]. Известно, что немоторные симптомы часто проявляются раньше моторных (гипокинезии, ригидности и тремора покоя), и по мере прогрессирования заболевания возрастает их негативное влияние на качество жизни пациентов и их родственников, в ряде случаев начиная доминировать над двигательной дисфункцией [7, 29, 36].

К группе немоторных относят и психические нарушения: психотические, когнитивные и эмоционально-личностные. Последние являются результатом взаимодействия *трех факторов*: *органического*, вытекающего из патогенеза заболевания и индуцированного противопаркинсоническим терапевтическим и хирургическим воздействием [9, 15, 22, 26]; *психологического*, включающего преморбидные особенности пациента и его реакцию на заболевание и связанные с ним изменения [2]; *социально-экономического*, связанного с ограничением трудоспособности заболевшего, финансовыми затратами на лечение и обремененностью родственников [5].

Характерными эмоционально-личностными нарушениями для больных БП считаются депрессия, тревожность, апатия и ангедония (отсутствие переживаний удовольствия, радости и наслаждения в обычно вызывающих их ситуациях). При этом ведущая роль в их развитии признается за эндогенными факторами – дисфункцией дофаминергической, норадренергической и серотонинергической нейромедиации, вызванной специфическими патофизиологическими механизмами заболевания, а также нарушением синтеза ГАМК. С патоморфологической точки зрения, основное значение в патогенезе тревожно-депрессивных нарушений у больных БП имеют структуры ствола мозга (особенно голубое пятно), экстрапиримидной (преимущественно черная субстанция), фронтостриальной (в первую очередь хвостатое ядро) и лимбической систем [10, 14, 16, 19, 26, 28].

Идея приоритета эндогенных механизмов эмоциональных нарушений при БП над вторичной психологической реакцией на хроническое прогрессирующее заболевание и вызванные ими социально-психологические последствия поддерживается констатацией преморбидной/продромальной предрасположенности пациентов к тревожно-депрессивным состояниям. Было показано, что большинство больных БП с тревожными расстройствами, а также с депрессивными расстройствами страдали ими и в предшествующий заболеванию период жизни [20, 34, 41]. Был

выявлен типичный для пациентов с БП преморбидный эмоционально-личностный профиль, включающий в себя повышенные показатели депрессивности, тревожности и высокий уровень нейротизма [21]. Кроме того, концепция примата эндогенного фактора над экзогенным в этиологии эмоционально-личностных нарушений при БП была поддержана в нескольких крупных исследованиях [11, 24], где было показано значительное отличие эмоционального статуса у пациентов с БП и пациентов с ортопедической патологией, сходной по уровню инвалидизации со стороны двигательного аппарата.

По данным разных авторов, депрессия встречается у 4–76% пациентов с БП (в среднем у 40%). Выраженность депрессии у больных БП увеличивается по мере прогрессирования заболевания и зависит от его темпа, коррелирует с выраженностью когнитивного дефекта (особенно функциональной недостаточности лобных долей) и ограничениями повседневной активности [2, 7, 42, 43]. Выраженность некоторых немоторных проявлений заболевания – болевого синдрома [18], сексуальной дисфункции [33], нарушений сна [44] и когнитивных нарушений [2, 43] – также коррелирует с выраженностью депрессии у больных БП. Среди факторов, повышающих риск развития депрессии у больных БП, – преморбидная склонность к депрессиям, женский пол, молодой возраст, ранний дебют болезни, преобладание в статусе правосторонних симптомов, гипокинезии и нарушений ходьбы [17, 26]. Психологическими коррелятами депрессивных состояний больных БП выступают высокая личностная тревожность и низкая самооценка [2], также они могут сопровождаться чувством вины и самоупреками [14]. Высокое качество социальной поддержки значительно снижает выраженность депрессий у больных БП [13]. Кроме того, депрессия более чем в половине случаев коморбидна с *ангедонией* [25], причем последняя утяжеляет депрессию и коррелирует с двигательным дефицитом и ограничениями в повседневной жизни.

Тревожно-депрессивный эмоциональный фон негативно влияет на качество жизни пациентов с БП независимо от выраженности двигательного дефекта [23, 38]. Тревожные состояния достигают клинически значимого уровня у 40% пациентов с БП [37]. Тревожные расстройства, включая панические атаки и фобии, как и депрессивные, чаще сопутствуют раннему дебюту БП и более выражены в случае присутствия моторных флуктуаций, лекарственных дискинезий [34] и нарушений глотания [27]. Свои тревожные состояния пациенты

с БП описывают преимущественно через ощущения напряжения и беспокойства [32].

Апатия у больных БП, определяемая через недостаток мотивации и целенаправленного поведения, тоже зачастую коморбидна с депрессией и когнитивными нарушениями, преимущественно связанными с дисфункцией лобных отделов головного мозга [7, 47], что затрудняет их дифференциальную диагностику и квалификацию. Тем не менее, существование однозначной связи между апатией и собственно эмоциональными состояниями является предметом дискуссий [43]. Кроме того, описаны случаи БП с нарушениями мотивации и без нарушений настроения [7].

К настоящему времени было проведено большое количество исследований эмоционально-мотивационных особенностей и нарушений у пациентов с БП. Однако большинство из них концентрировалось на каком-либо одном психическом состоянии или свойстве, в частности, на исследовании коморбидности нескольких состояний или свойств, о наличии которых судили исходя из критериев различных классификаторов болезней и результатов психометрических тестов. В последнем случае использовались преимущественно короткие тесты-опросники, обработанные количественно (высчитывался общий балл), хотя наиболее используемые из них содержат в себе пункты, во-первых, недифференцированно и неравномерно освещающие сразу несколько психических состояний (например, депрессию и апатию) и, во-вторых, отражающие их соматические и когнитивные проявления. Последнее усложняет диагностику эмоционального статуса больного БП, т.к. некоторые моторные и немоторные симптомы БП (например, вегетативные и двигательные нарушения, снижение веса и расстройства сна, усталость и брадифрения) являются непосредственными проявлениями самого заболевания и могут присутствовать независимо от эмоционального состояния пациента.

Кроме того, собственно психологическое осмысление депрессии (как и некоторых других психических свойств и состояний) у пациентов с БП наталкивается на ряд трудностей уже при попытке определения основного дефекта, т.к. симптомы депрессивных расстройств различны по своей структуре, происхождению и психологическому смыслу. Термин “депрессия” сам по себе является очень широким, буквально означая “подавленность”, он включает в себя нейродинамическую недостаточность, в том числе физическую слабость, отсутствие побуждений к действию, равнодушие, ослабление или отсутствие

желаний, пониженное настроение [3], находясь, таким образом, в одном феноменологическом поле с понятиями “апатия” и “ангедония”. Типологически (с точки зрения содержания) депрессию подразделяют на тоскливую, тревожную и апатическую [1]. Типы депрессий также определяются в связи с преимущественным расстройством различных функций эмоций или их сочетания: апатическая депрессия – с расстройством функции побуждения и регуляции, тоскливая и тревожная – функции отражения [6]. В узком смысле под депрессией понимают психическое расстройство, характеризующееся низкой самооценкой, пессимистической оценкой своего будущего, негативным восприятием окружающей действительности и своего в ней положения и сопровождающееся пониженным фоном настроения (гипотимией) [4].

Таким образом, ограниченность круга собственно психологических работ, посвященных этой проблематике, недостатки измерительных инструментов и узкая направленность большинства исследований, а также размытые определения и диагностические критерии отдельных психических состояний, их гетерогенность и тесная патогенетически и психологически обусловленная взаимосвязь между собой – все это создает большой разброс данных, порой противоречащих друг другу.

Вместе с тем эмоции являются важными полифункциональными, психофизиологически неоднородными образованиями, “они параллельно участвуют в актах отражения, побуждения, регуляции, смыслообразования, фиксации опыта и субъективной репрезентации, являясь специфической формой психического отражения в виде непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, то есть отношения их объективных свойств к потребностям субъекта” [6, с. 198]. Исследование эмоционально-мотивационных профилей больных БП является важной теоретической и практической задачей, дающей возможность изучить варианты симптомокомплексов при БП и их механизмы, прояснить психологические и психофизиологические аспекты этого заболевания.

Таким образом, в нашем исследовании были поставлены следующие задачи:

- 1) выявить структуру и профиль эмоционально-мотивационных нарушений у пациентов с БП;
- 2) выяснить характер взаимодействия между различными эмоционально-мотивационными нарушениями;

- 3) определить корреляты эмоционально-мотивационных нарушений и их отдельных компонентов.

МЕТОДИКА

Участники исследования – 53 пациента с БП в возрасте от 45 до 83 лет (средний возраст 64 ± 8.6), 32 муж. и 21 жен. со стадиями заболевания по Хен-Яру: 2 (16 пациентов), 2.5 (22 пациента) и 3 (15 пациентов). Все пациенты имели смешанную (акинетико-ригидно-дрожательную) форму БП. Продолжительность заболевания – от 1 года до 12 лет (средняя продолжительность 5 ± 2.6 года).

Проанализировав данные литературы [25, 38, 46], мы отобрали батарею тестов-опросников для исследования психических состояний пациентов с БП, наиболее часто используемых в англоязычных источниках. Методики использовались без статистической адаптации в переводе Е.В. Созиновой.

1. *Гериатрическая шкала депрессии* [45]. Отдельные пункты шкалы были объединены нами в смысловые категории: “Депрессивные мысли и чувства”, “Негативные ожидания”, “Тревожность и навязчивые состояния”, “Повышенная сензитивность”, “Снижение активности и инициативности”, “Когнитивное снижение”. В итоге, в соответствии с доминирующей направленностью депрессивного аффекта, нами было выделено 3 субшкалы: “Тоскливая депрессия”, “Апатическая депрессия” и “Тревожная депрессия”.

2. *Шкала удовольствия* [39], охватывающая 4 сферы гедонических переживаний: “Наслаждение сенсорными впечатлениями”, “Наслаждение едой и напитками”, “Наслаждение социальным взаимодействием” и “Наслаждение времяпрепровождением (досугом)”.

3. *Лилльская шкала апатии* [40], отражающая 9 сфер, в которых проявляется апатия: “Содержательность жизни”, “Увлеченность”, “Инициативность”, “Стремление к новым впечатлениям”, “Мотивированность”, “Живость эмоциональных реакций”, “Вовлекаемость в происходящее”, “Общительность” и “Рефлексия”.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рассмотрим сначала значимые корреляции ($p < 0.05$) между некоторыми общими характеристиками пациентов и выраженностью типологи-

Таблица 1. Корреляции между показателями выраженности эмоционально-мотивационных нарушений и общими характеристиками пациентов

Параметры	Апатическая депрессия	Тоскливая депрессия
Возраст пациента	–	0.34
Продолжительность заболевания	0.34	–
Правосторонний дебют заболевания	–	0.47
Пациент проживает с супругой (-ом)	–0.49	–
Пациент работает	–0.38	–0.42

Таблица 2. Корреляции между данными Гериатрической шкалы депрессии (ГШД) и Шкалы удовольствия (ШУ)

Параметры	Общий балл по ГШД	Тоскливая депрессия
Общий балл по ШУ	0.52	0.53
Субшкала “Наслаждение сенсорными впечатлениями”	–	0.48
Субшкала “Наслаждение социальным взаимодействием”	–	0.58

Таблица 3. Иерархия выраженности параметров мотивационного снижения у пациентов с БП

Параметры	Среднее значение
Увлеченность	3.13
Стремление к новым впечатлениям	2.67
Общительность	2.33
Мотивированность	2.27
Рефлексия	2.07
Инициативность	1.33
Вовлекаемость в происходящее	1.20
Содержательность жизни	1.13
Оживленность эмоциональных реакций	0.53

Таблица 4. Корреляции между данными Гериатрической шкалы депрессии (ГШД), Шкалы удовольствия (ШУ) и Лилльской шкалы апатии (ЛША)

Параметры	Апатическая депрессия (ГШД)	Наслаждение едой и напитками (ШУ)
Увлеченность	0.62	–
Общительность	0.55	–
Стремление к новым впечатлениям	–	0.70

чески разных видов *депрессии* – апатической и тоскливой (табл. 1).

Результаты показывают, что одинокое проживание, отсутствие работы, преклонный возраст больного, длительность болезни и ее правосторонняя латерализация увеличивают риск возникновения депрессии.

По данным *Гериатрической шкалы депрессии*, 36% наших пациентов имели умеренную депрессию, 13% – выраженную. Частота встречаемости симптомов отдельных эмоционально-мотивационных нарушений по всей выборке представлена на рис. 1. У 80% испытуемых снижение активности и инициативности являлось доминирующим в структуре депрессии (у остальных 20% доминанта в структуре депрессии распределилась следующим образом: негативные ожидания – 79%, тревожность и навязчивые состояния – 72%, повышенная сензитивность – 44%, когнитивное снижение – 41%).

Между собой значимо коррелировали ($p < 0.05$) следующие субшкалы внутри Гериатрической шкалы депрессии: апатическая и тоскливая депрессия ($r = 0.54$), тревожная и тоскливая депрессия ($r = 0.36$).

По данным *Шкалы удовольствия*, только 37% пациентов были ангедоничны, а это значит, что большинство больных БП (63%) могли замечать позитивные моменты, относящиеся к разным сферам жизни, и получать от них удовольствие. В табл. 2 представлены значимые корреляции ($p < 0.05$) между данными Гериатрической шкалы депрессии (более высокому баллу соответствует более выраженная депрессия) и Шкалы удовольствия (более высокому баллу соответствует более выраженная ангедония).

Внутри Шкалы удовольствия между собой значимо коррелировали ($p < 0.05$) следующие пункты: “Наслаждение сенсорными впечатлениями” и “Наслаждение времяпрепровождением” ($r = 0.76$), “Наслаждение сенсорными впечатлениями” и “Наслаждение социальными взаимодействиями” ($r = 0.73$), “Наслаждение социальными взаимодействиями” и “Наслаждение времяпрепровождением” ($r = 0.54$). Также оказалось, что пациенты, имеющие детей, чаще получали удовольствие от еды и напитков ($r = 0.47$; $p < 0.05$).

По данным *Лилльской шкалы апатии* была прослежена частота встречаемости основных симптомов *мотивационных нарушений* у пациентов с БП, представленная на рис. 2.

Для всех пациентов выборки были характерны снижение увлеченности и общительности, у по-

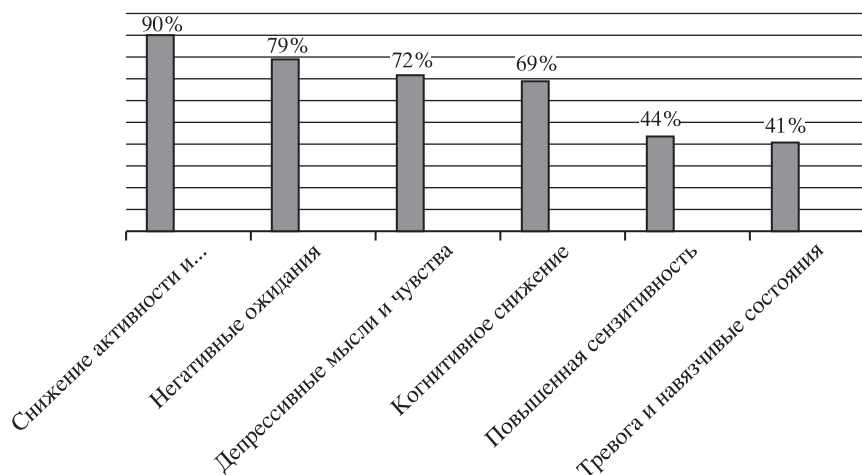


Рис. 1. Частота встречаемости симптомов эмоционально-мотивационных нарушений у пациентов.

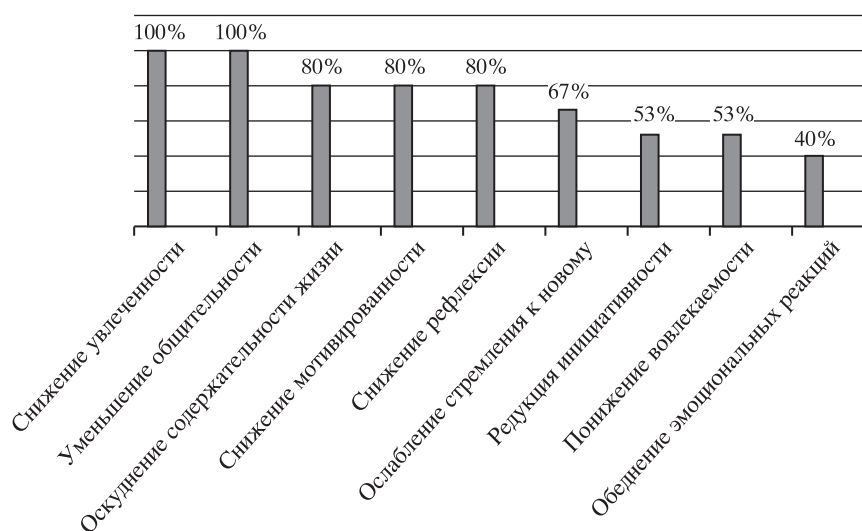


Рис. 2. Частота встречаемости симптомов мотивационных нарушений у пациентов с БП.

давящего большинства жизнь стала менее содержательной, снизились показатели мотивации и рефлексии.

Далее было вычислено среднее значение по каждой из субшкал Лилльской шкалы апатии (интервал значений по каждой субшкале от 0 до 8); это позволило нам выстроить иерархию выраженности параметров мотивационного снижения пациентов с БП (табл. 3).

Уменьшение общительности по данным Лилльской шкалы значимо коррелировало с женским полом пациентов ($r = 0.52$; $p < 0.05$), а обеднение эмоциональных реакций – с увеличением возраста ($r = 0.68$; $p < 0.05$). Интересно, что продолжительность заболевания отрицательно коррелировала с выраженностью апатии: с содержательностью повседневной жизни ($r = -0.51$; $p < 0.05$), мотиви-

рованностью ($r = -0.53$; $p < 0.05$), эмоциональной реактивностью ($r = -0.53$; $p < 0.05$) и рефлексией ($r = -0.70$; $p < 0.05$), что отражает адаптацию к болезни.

Сравнение трех шкал между собой выявило значимые ($p < 0.05$) корреляции между ними (табл. 4).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По данным Гериатрической шкалы депрессии, 49% обследованных нами пациентов имели депрессивный статус, что согласуется с данными многочисленных источников о высокой распространенности депрессии (см., например, [36]). Ангедония в нашем исследовании в большинстве случаев являлась коморбидной депрессии,

что также согласуется с литературными данными [25]. Наиболее распространенной и выраженной в структуре эмоционально-мотивационных нарушений больных БП оказалась апатическая депрессия. Симптомы тоскливой депрессии оказались типичными для пациентов с БП, однако их выраженность в структуре эмоционального дефекта оказалась незначительной. Симптомы тревожной депрессии были выявлены менее чем у половины выборки, и они также оказались мало выраженными.

Положительная корреляция выраженности апатической депрессии с продолжительностью заболевания, с одной стороны, и отрицательная со степенью семейной и социальной устроенности (наличием партнера и работой) – с другой, подтверждают влияние на этот параметр как органического (все большее вовлечение в патологический процесс лобных и других отделов головного мозга), так и социально-психологических факторов. Согласно данным Лилльской шкалы апатии, апатическая депрессия также коррелировала со снижением увлеченности и общительности больных БП. Кроме того, апатия проявлялась у них в оскудении содержательности жизни, снижении мотивированности и рефлексии, ослаблении стремления к новым впечатлениям, редукции инициативности, понижении вовлекаемости в происходящее и обеднении эмоциональных реакций. Причем наиболее представленным в структуре апатии пациентов с БП оказалось снижение увлеченности и стремления к новым впечатлениям, что в том числе может быть обусловлено преморбидными личностными особенностями пациентов с БП: согласно литературным данным, они обычно не расположены к поиску новых впечатлений, особенно связанных с риском, склонны к долгим раздумьям и повышенной осторожности [30]. Сенсорные впечатления, наряду с социальным взаимодействием, оказались наиболее подтвержденными гедонистическому обкрадыванию сферами жизни больных БП и в то же время в наибольшей степени коррелировали с выраженностью тоскливой депрессии. Полученные данные отражают инактивное отношение больных БП к окружающему миру и другим людям, затруднения проявления и осознания себя, а также вероятную недостаточность не только уровня побуждений, но и уровня оценки и реализации своих потребностей. Однако наличие положительной корреляции между выраженностью апатической и тревожной депрессии позволяет предположить также действие механизмов обратного влияния: негативный образ Я и низкий уровень самопринятия приводит к тому, что пациенты стыдятся

внешних проявлений заболевания, что, наряду с ограничением двигательных возможностей, уже вторично может приводить к снижению их социально-психологической активности, а, возможно, и к последующему защитному обесцениванию этих сфер жизнедеятельности.

Интересно, что продолжительность БП отрицательно коррелировала с выраженностью апатии у пациентов: с содержательностью повседневной жизни, мотивированностью, эмоциональной реактивностью и рефлексией, что может являться результатом изменения их совладающего поведения в более адаптивную сторону.

Также известно, что триада когнитивных паттернов (негативный образ себя, негативный опыт, негативный образ будущего), описанная еще А. Беком [8], является характерным содержанием сознания пациентов с депрессиями позднего возраста, неотягощенных соматической и неврологической патологией [4]. В связи с этим положительная корреляция выраженности тоскливой депрессии (а также обеднения эмоциональных реакций по данным Лилльской шкалы апатии) с более поздним возрастом пациентов позволяет предположить наличие связи этого типа депрессий с эмоциональными особенностями инволюционного возраста, обусловленными аккумулятивным действием органических и психосоциальных факторов. Это подтверждается тем, что негативные ожидания пациентов с БП оказались больше связаны с тоскливой депрессией, чем с тревожной. В то же время тоскливая депрессия (как и апатическая), вероятно, сильнее связана с когнитивными нарушениями, чем тревожная, а тревожная – с преморбидными личностными особенностями (привычными паттернами переработки и эмоциональной оценки информации).

Положительная корреляция выраженности тоскливой депрессии (по данным Гериатрической шкалы депрессии) с правосторонним дебютом БП (большим включением левого полушария в патологический процесс) и отрицательная – со степенью социальной устроенности больных (наличием работы – не коррелирует с возрастом больных) также подчеркивает комплексное влияние на это состояние разных органических и психосоциальных факторов и согласуется с многочисленными литературными данными.

Таким образом, в нашем исследовании была предпринята попытка уточнить структуру и присовокупить профиль эмоционально-мотивационных нарушений у пациентов с БП, установить характер взаимодействия между эмоционально-мотивационными нарушениями, определить их корреляты.

Экспериментально доказано, что эмоционально-мотивационные нарушения являются характерными для пациентов с БП. Причем они многопрофильны, различны по структуре и связаны с разными патогенетическими факторами: органическими (уровнем работы структурно-функциональных блоков мозга как субстрата психической деятельности), психологическими (зависимость от потребностей, интеллектуальной переработки чувств, образа Я и выбираемых копинг-стратегий) и социальными (условиями окружающей среды).

ВЫВОДЫ

1. Депрессии у пациентов с БП являются типологически разнородными. Наиболее распространенной и выраженной в структуре эмоционально-мотивационных нарушений больных БП является апатическая депрессия. Апатический и тоскливый типы депрессии обусловлены взаимодействием и взаимовлиянием комплекса органических и социально-психологических факторов: старением мозга, генерализацией патологического процесса (увеличение влияния лобных отделов головного мозга и большее вовлечение левого полушария соответственно), семейным положением пациента и наличием работы. Тревожная депрессия у больных БП в большей степени связана с их преморбидными личностными особенностями.

2. Апатия и адинамия пациентов с БП чаще всего проявляются в снижении увлеченности и общительности. Наиболее выраженным компонентом в структуре апатической депрессии больных БП является снижение увлеченности и стремления к новым впечатлениям.

3. Ангедония у пациентов с БП преимущественно покрывает сферу сенсорных впечатлений и социальных интеракций и в большинстве случаев коморбидна депрессии.

4. У ряда пациентов с большей продолжительностью БП проявилась большая насыщенность и содержательность повседневной жизни, большая мотивированность, эмоциональная реактивность и рефлексия, что может являться результатом их успешной адаптации к своему заболеванию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волошин В.М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 40–46.

2. Глозман Ж.М., Шток В.Н., Салтыкова Н.М., Федорова Н.В. Клинико-психологическое исследование депрессии при паркинсонизме // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1995. № 3. С. 29–36.
3. Колесов Д.В., Колесов Д.Д. Состояния человека (семантика, психология, медицина). М.–Воронеж: МОДЭК, 2008.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003.
5. Созинова Е.В., Глозман Ж.М. Качество жизни родственников пациентов, находящихся на ранних стадиях болезни Паркинсона // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2009. № 3. С. 88–92.
6. Тхостов А.Ш. Депрессия и психология эмоций // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: НЦПЗ РМН, 1997. С. 180–198.
7. Aarsland D., Bronnick K., Ehrt U. et al. Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress // Journ. of neurology, neurosurgery and psychiatry. 2007. V. 78. P. 36–42.
8. Beck A. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. N.Y.: International Universities Press, 1976.
9. Blomstedt P., Harizab M.I., Leesb A. et al. Acute severe depression induced by intraoperative stimulation of the substantia nigra: a case report // Parkinsonism and related disorders. 2008. V. 14(3). P. 253–256.
10. Braak H., Braak E. Pathoanatomy of Parkinson's disease // Journ. of neurology. 2000. V. 247(21)2. P. 3–10.
11. Brandt-Christensen M., Lopez A.G. et al. Depressive disorders and anti-Parkinson drug treatment: a case register study // Acta Psychiatry Scandinav. 2007. V. 115(6). P. 466–472.
12. Chaudhuri K.R., Healy D.J., Schapira A.H.V. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management // Lancet Neurology. 2006. V. 5. P. 235–245.
13. Cheng, Y., Liu C. et al. Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: a cross-section study in a Chinese cohort // Parkinsonism and related disorders. 2008. V. 14(1). P. 43–45.
14. Cummings J.L. Depression in Parkinson's disease // American journal. of psychiatry. 1992. V. 149. P. 443–454.
15. Czernecki V., Schupbach M. et al. Apathy following subthalamic stimulation in Parkinson disease: a dopamine responsive symptom // Movement disorders. 2008. V. 23(7). P. 964–969.
16. Dujardin K. Apathy in neurodegenerative diseases: pathophysiology, diagnostic evaluation, and treatment // Review of neurology. 2007. V. 163(5). P. 513–521.

17. Ehrt U., Bronnick K. et al. Subthreshold depression in patients with Parkinson's disease and dementia-clinical and demographic correlates // International journal of geriatric psychiatry. 2007. V. 22(10). P. 980–985.
18. Ehrt U., Larsen J.P. et al. Pain and its relationship to depression in Parkinson disease // American journal of psychiatry. 2009. V. 17(4). P. 269–275.
19. Frisina P.G., Haroutunian V. et al. The neuropathological basis for depression in Parkinson's disease // Parkinsonism and related disorders. 2009. V. 15(2). P. 144–148.
20. Gonera E.G., Van Hof M. et al. Symptoms and duration of prodromal phase in Parkinson's disease // Movement Disorders. 1997. V. 12. P. 871–876.
21. Ishihara-Paul L., Wainwright N.W. et al. Prospective association between emotional health and clinical evidence of Parkinson's disease // European journal of neurology. 2008. V. 15(11). P. 1148–1154.
22. Kulisevsky J., Pascual-Sedano B., Barbanj M. et al. Acute effects of immediate and controlled-release levodopa on mood in Parkinson's disease: A double-blind study // Movement disorders. 2007. V. 22(1). P. 62–67.
23. Kuopio A.M., Marttila R.J., Helenius H. et al. The quality of life in Parkinson's disease // Movement disorders. 2000. V. 15. P. 216–223.
24. Leiva-Santana C., Monge-Argiles J.A., Galvan-Berenguer B. A study of personality in Parkinson's disease: the influence of motor and non-motor factors // Revista de neurologia. 2007. V. 45(1). P. 7–12.
25. Lemke M.R., Brecht H.M., Koester J. et al. Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinson's disease during treatment with pramipexole // Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. 2005. V. 17(2). P. 214–220.
26. Lemke M.R. Depressive symptoms in Parkinson's disease // European journal of neurology. 2008. V. 15(1). P. 21–25.
27. Manor Y., Balas M. et al. Anxiety, depression and swallowing disorders in patients with Parkinson's disease // Parkinsonism and related disorders. 2009. V. 15(6). P. 453–456.
28. Mayeux R., Stern Y., Williams J.B. et al. Clinical and biochemical features of depression in Parkinson's disease // American Journal of psychiatry. 1986. V. 143. P. 756–759.
29. McKinlay A., Grace R.C., Dalrymple-Alford J. et al. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinson's disease patients without dementia // Parkinsonism and related disorders. 2008. V. 14(1). P. 37–42.
30. McNamara P., Durso R., Harris E. Alterations of the sense of self and personality in Parkinson's disease // International journal of geriatric psychiatry. 2008. V. 23(1). P. 79–84.
31. Mimura M. Depression and apathy in Parkinson disease // Brain Nerve. 2007. V. 59(9). P. 935–942.
32. Mondolo F., Jahanshahi M. et al. Evaluation of anxiety in Parkinson's disease with some commonly used rating scales // Neurological sciences. 2007. V. 28(5). P. 270–275.
33. Moore K.A., Seeney F. Biopsychosocial predictors of depressive mood in people with Parkinson's disease // Behavioral medicine. 2007. V. 33(1). P. 29–37.
34. Pontone G.M., Williams J. R. et al. Prevalence of anxiety disorders and anxiety subtypes in patients with Parkinson's disease // Movement disorders. 2009. V. 24(9). P. 1333–1338.
35. Rahman S., Griffin H.J., Quinn N.P., Jahanshahi M. Quality of life in Parkinson's disease: the relative importance of the symptoms // Movement Disorders. 2008. V. 23(10). P. 1428–1434.
36. Reijnders J., Ehrt U., Weber W. et al. A Systematic Review of Prevalence Studies of Depression in Parkinson's Disease // Movement Disorders. 2008. V. 23(2). P. 183–189.
37. Richard I.H., Schiffer R.B., Kurlan R. Anxiety and Parkinson's disease // Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. 1996. V. 8. P. 383–392.
38. Schrag A., Jahanshahi M., Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? // Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. 2000. V. 69. P. 308–312.
39. Snaith R.P., Hamilton M. et al. A scale for the assessment of hedonic tone – the Snaith-Hamilton Pleasure Scale // The British Journal of psychiatry. 1995. V. 167. P. 99–103.
40. Sockeel P., Dujardin K. et al. The Lille apathy rating scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in Parkinson's disease // Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. 2006. V. 77. P. 579–584.
41. Schuurman A.G., van den Akker M.P., Ensink K.T. et al. Increased risk of Parkinson's disease after depression: a retrospective cohort study // Neurology. 2002. V. 58 P. 1501–1504.
42. Starkstein S.E., Mayberg H.S., Leiguarda R. et al. A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline and physical impairments in patients with Parkinson's disease. // Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. 1992. V. 55. P. 377–382.
43. Starkstein S.E., Merello M. et al. A validation study of depressive syndromes in Parkinson's disease // Movement disorders. 2008. V. 23(4). P. 538–546.
44. Suzuki K., Miyamoto M. et al. Correlation between depressive symptoms and nocturnal disturbances in Japanese patients with Parkinson's disease // Parkinsonism and related disorders. 2009. V. 15(1). P. 15–19.
45. Yesavage J.A., Brink T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A pre-

- liminary report // Journ. of psychiatric research. 1983. V. 17. P. 37–49.
46. Zahodne L.B., Young S. *et al.* Examination of the Lille Apathy Rating Scale in Parkinson disease // Movement disorders. 2009. V. 24(5). P. 677–683.
47. Zgaljardic D.J., Borod J.C. *et al.* Relationship between self-reported apathy and executive dysfunction in nondemented patients with Parkinson disease // Cognitive behavioral neurology. 2007. V. 20(3). P. 184–192.

EMOTIONAL-MOTIVATION SPHERE IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

E. V. Sozinova*, Zh. M. Glozman**

**Clinical neuropsychologist, Federal Medical and Biophysical Centre named after A.I. Burnazyan, Moscow*

***Sc.D. (psychology), professor, psychological department, Moscow State University named after M.V. Lomonosov, Moscow*

Present-day researches of emotional-motivation sphere in patients with Parkinson's disease are analyzed. Empirical study of this disturbances revealed that the ones are multi-profiled, diversified and linked to different pathogenetic factors: organic (the level of operating of structure-functional blocks of brain as a substrate for mental activity), psychological (dependence on needs, intellectual processing of feelings, self-image and choosing of coping strategies) and social (environmental conditions).

Key words: Parkinson's disease, emotions, depression, anxiety, anhedonia, apathy.