

*На правах рукописи*

**ВАСИЛЬЕВА**

**Надежда Валентиновна**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ  
БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В СИСТЕМЕ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Специальность 19.00.04 – медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2017

Работа выполнена в Чувашском государственном университете  
им. И.Н. Ульянова

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, доцент  
**Николаев Евгений Львович**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, доцент,  
заведующий кафедрой психиатрии и  
наркологии Санкт-Петербургского  
государственного педиатрического  
медицинского университета  
**Гречаный Северин Вячеславович,**  
доктор медицинских наук, доцент, доцент  
кафедры детской психиатрии, психотерапии  
и медицинской психологии Северо-Западного  
государственного медицинского университета  
им. И.М. Мечникова  
**Городнова Марина Юрьевна**

**Ведущая организация:** Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Защита диссертации состоится 26 октября 2017 года в 10 часов 30 минут на  
заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских и  
кандидатских диссертаций на базе Санкт-Петербургского научно-  
исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева»  
(192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института им.  
В.М. Бехтерева (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте:  
<http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 26 сентября 2017 года

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Рассеянный склероз (РС) является хроническим нейродегенеративным заболеванием, которое несёт негативные как для самого больного, так и для общества социально-экономические последствия (Гусев Е.И. и др., 2004; Pugliatti M. et al., 2006; Landfeldt E. et al., 2016). Данное заболевание является одной из основных причин стойкой утраты трудоспособности нетравматического характера у лиц зрелого возраста (Sadovnick A.D., Ebers G.C., 1993; Pugliatti M. et al., 2006; Adelman G. et al., 2013). Подсчитано, что ожидаемая продолжительность жизни больных РС снижена на семь лет, а смертность увеличена в три раза по сравнению с общей популяцией (Lunde H.V. et al., 2017). Большие социальные издержки, связанные с РС, также обусловлены продолжительным течением заболевания, прерыванием трудовой деятельности больных из-за нетрудоспособности, высокой стоимостью медицинской помощи (Гусев Е.И., Бойко А.Н., 2007; Pugliatti M. et al., 2006; Glad S.V. et al., 2011; Gyllensten H. et al., 2017).

У больных РС, помимо неврологических, развиваются и психические нарушения (Коркина М.В. и др., 1986; Kargarfard M. et al., 2012; Sarısoy G. et al., 2012). Болезненность психическими расстройствами у больных РС выше, чем в общей популяции (Marrie R.A. et al., 2015a). У больных РС, наряду с когнитивными нарушениями (Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., 2009; Prokорова В. et al., 2017), распространены также депрессивные (Бахтеева Т.Д. и др., 2011; Lewis V.M. et al., 2017) и тревожные расстройства (Кноор Н. et al., 2012; Moss-Morris R. et al., 2012), которые значительно увеличивают риск совершения пациентами суицида (Зотов П.Б., Куценко Н.И., 2011; Данилова М.В., 2011; Dickstein L.P. et al., 2015). В то же время квалифицированная психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний, внутренней картины болезни, нарушенных отношений пациента (Резникова Т.Н. и др., 2007; Субботин А.В. и др., 2009) позволяет не только стабилизировать психическое состояние (Матвеева Т.В. и др., 2002), но и повысить качество жизни больного РС (Cosio D. et al., 2011; Dayarоđlu N., Tan M., 2012). В связи с этим вопросы выработки аргументированных подходов к оказанию психологической и психотерапевтической помощи больным РС, создание организационной системы медико-психологического их сопровождения на всех этапах лечения и реабилитации становятся перспективными задачами научного поиска.

**Степень разработанности темы исследования.** В современной литературе представлено множество данных, концентрирующих внимание на различных сторонах психологической и психотерапевтической помощи

больным РС – профилактике стресса (Artemiadis A.K. et al., 2012; Mohr D.C. et al., 2012), устранении депрессии (Beckner V. et al., 2010), уменьшении тревоги (Субботин А.В. и др., 2009), астении (Dayaroglu N., Tan M., 2012), бессонницы (Baron K.G. et al., 2011). Описаны распространённые психотерапевтические подходы – поведенческий (Кузнецова Л.А. и др., 2004; Fischer A. et al., 2011), когнитивный (Чурюканов М.В. и др., 2011; Nordin L., Rorsman I., 2012), гуманистический (Kelly N.A., 2009; Morera S.V. et al., 2009). Тем не менее, представленный в литературе опыт свидетельствует, что оказываемая больным РС психологическая помощь не носит системного характера, а решает частные вопросы, хотя некоторые авторы акцентируют внимание на важности мультидисциплинарного подхода в лечении больных РС (Захаров А.В. и др., 2010; Stathopoulou A. et al., 2010; Asano M. et al., 2014).

Таким образом, при всей высокой значимости оказания психологической помощи больным РС практически неразработанными остаются вопросы создания организационной системы медико-психологического сопровождения больных РС на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса, опирающейся как на учёт психосоциальных и клиничко-психологических характеристик пациентов, так и на потенциал междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов.

**Целью исследования** является клиничко-психологическое обоснование разработки содержательных и организационных основ медико-психологического сопровождения больных РС.

**Задачи исследования:**

1. Выявить общие и частные особенности клиничко-психологических характеристик больных РС с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типами течения.

2. На основе интегральной оценки клиничко-психологических характеристик исследованных дифференцировать психотерапевтические мишени для больных РС.

3. Охарактеризовать основные содержательные категории медико-психологического сопровождения больных РС – его определение, принципы, задачи, этапы, программы и методы.

4. Разработать организационную модель межведомственного взаимодействия специалистов при медико-психологическом сопровождении больных РС.

5. Оценить результаты лонгитудинального исследования больных РС, участвовавших в программе медико-психологического сопровождения, и

разработать практические рекомендации по медико-психологическому сопровождению больных РС.

**Научная новизна результатов исследования.** Впервые научно обосновано понятие медико-психологического сопровождения больного РС, дано его определение, раскрыто психологическое содержание, описаны его этапы. Представлены новые сведения об особенностях соотношения клинико-психологических параметров у больных РС, раскрывающие специфику взаимосвязей возрастных и клинических характеристик пациента, и таких его адаптивных ресурсов, как вера, антисуицидальный барьер, копинг-стратегии и социальная поддержка. Впервые определена специфика временной перспективы у больных РС, характеризующаяся высоким уровнем негативного прошлого и низким уровнем гедонистического настоящего, что соответствует проявлениям тревоги и депрессии у пациентов. Впервые описана организационная модель междисциплинарного межведомственного взаимодействия специалистов при медико-психологическом сопровождении больных РС.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Теоретические обобщения и результаты эмпирического исследования позволяют расширить научные представления о понятии и содержании процесса медико-психологического сопровождения больного. В работе сформулировано определение медико-психологического сопровождения больного РС, уточнены его основополагающие принципы, конкретизированы задачи в отношении больных РС в различные периоды заболевания. На основании интегральной оценки клинико-психологического и психосоциального статуса больных РС дифференцированы психотерапевтические мишени.

Результаты исследования дают возможность руководителям медицинских учреждений, врачам-психотерапевтам, медицинским психологам, неврологам, другим специалистам в тесном взаимодействии практически реализовывать комплекс мер медико-психологического сопровождения, разрабатывать персонализированные лечебно-реабилитационные и профилактические программы, что может значительно оптимизировать систему комплексного лечения и реабилитации данных больных, повысить качество жизни пациентов. Предложенные программы и методы медико-психологического сопровождения позволяют специалистам дифференцированно реализовывать конкретные задачи, принципы, техники и формы сопровождения больных на каждом из его четырёх этапов. Материалы исследования легли в основу лекционных курсов и практических занятий, проводимых образовательными учреждениями в рамках

реализации основных и дополнительных образовательных программ в области клинической психологии, психотерапии, неврологии.

**Методологические основы исследования.** Методологической основой исследования стали: биопсихосоциальная модель здоровья и болезни (Незнанов Н.Г., 1984; Краснов В.Н., 2002; Николаев Е.Л., 2006; Кулаков С.А., 2009; Engel G., 1980), холистический подход В.М. Бехтерева в неврологии и психиатрии (Бехтерев В.М., 1921; Незнанов Н. Г., Акименко М. А., 2012), теория отношений личности А.Ф. Лазурского (1912) и В.Н. Мясищева (1960), реабилитационные подходы в психиатрии, неврологии и психологии (Кабанов М.М., 1985; Лиманкин О. В., 2012; Морозова Е.В., 2012; Епифанов В.А., Епифанов А.В., 2014), работы по организации психотерапевтической и психологической помощи (Исурина Г.Л., 1984; Карвасарский Б.Д., 1985; Александров А.А., 1992; Холмогорова А.Б., 2006; Зинченко Ю.П., 2014), концепция мишеней психотерапии и психологического воздействия (Вид В.Д., 1994; Назыров Р.К., 2011; Русина Н.А., 2011; Катков А.Л., 2013; Караваева Т.А., 2015; Ляшковская С.В., 2016).

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Медико-психологическое сопровождение больного РС представляет собой комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на психологическую поддержку и стимулирование адаптивных возможностей пациента в ситуации болезни.

2. Клиническая тяжесть состояния больных РС сопровождается усилением психопатологической симптоматики, социальной фрустрированности и снижением адаптивности копинга.

3. Более высокий уровень социальной поддержки больных РС соответствует меньшей выраженности психопатологических нарушений, большему ощущению больным собственной ценности и благосклонности окружающего мира.

4. Соотнесение периода заболевания, ключевых характеристик клинической картины и основных клинических задач на каждой стадии болезни позволяет выделить актуальные для больного РС задачи медико-психологического сопровождения.

5. Выделение четырёх этапов медико-психологического сопровождения больных РС помогает конкретизировать приоритеты стоящих перед специалистом задач, обозначить ожидаемые по итогам работы результаты, обосновать выбор определённых программ и методов сопровождения с характерным для них содержанием, техниками и формами проведения.

**Степень достоверности.** Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечена опорой на общенаучные принципы научного исследования, использованием в работе методов исследования, отвечающих поставленной цели и задачам, достаточной репрезентативностью выборки пациентов, адекватностью методов математико-статистической обработки материала, сравнением полученных результатов с результатами работ других исследователей.

**Публикации и апробация работы.** По материалам исследования опубликовано 19 научных работ в отечественной и зарубежной печати, в том числе 7 статей в изданиях, рекомендованных ВАК. Результаты исследования представлены и обсуждены на Всероссийской научной студенческой конференции «Россия. Культура. Наука» (Чебоксары, 2014), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (Санкт-Петербург, 2014), Международной научно-практической конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» (Гомель, Белоруссия, 2014), Научно-практической конференции «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева» (Санкт-Петербург, 2015), Пятом съезде психиатров, наркологов, психотерапевтов и психологов Чувашии (Чебоксары, 2015), Всероссийской научной конференции «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека» (Иваново, 2015), Региональном фестивале студентов и молодёжи «Человек. Гражданин. Учёный» (Чебоксары, 2015), Республиканской научно-практической конференции «Аутоагрессивная составляющая в жизни современного общества» (Казань, 2016), Международной научно-практической конференции «Состояние и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом» (Чебоксары, 2016), Республиканской научно-практической конференции «Духовная составляющая психического здоровья» (Казань, 2017), Научно-практической конференции «Коммуникации в информационном обществе: проблемы и возможности» (Чебоксары, 2017), 25-ом Европейском конгрессе по психиатрии (Флоренция, Италия, 2017), заседаниях Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов (Чебоксары, 2014-2017).

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и списка литературы (149 работ на русском языке и 126 на иностранных языках), изложенных на 192 страницах

машинописного текста. Диссертация иллюстрирована 39 таблицами и 7 рисунками.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

**Материал исследования.** Набор больных производился в 2014 году на базе Республиканского клинико-диагностического центра по рассеянному склерозу при Республиканской клинической больнице Минздрава Чувашии в г. Чебоксары. С учётом структуры заболеваемости и болезненности РС в регионе были сформированы две исследовательские группы – группа больных ремиттирующим рассеянным склерозом (РРС) и группа больных вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС).

*Критериями включения* пациентов в исследование были: верифицированный диагноз РС (ремиттирующий тип течения); верифицированный диагноз РС (вторично-прогрессирующий тип течения); информированное согласие на участие в исследовании.

*Критерии исключения* пациентов из исследования: негативное или формальное отношение к участию в исследовании; когнитивный дефицит, не позволяющий самостоятельно заполнять опросники; наличие тяжёлой сопутствующей соматической патологии; наличие сформированного психического расстройства; наличие признаков злоупотребления или зависимости от психоактивных веществ.

Для определения репрезентативного объёма выборки проведён расчёт минимального необходимого числа пациентов по специальной формуле с учётом интенсивных показателей распространённости РС в регионе (Стекольщиков Л.В., Голенков А.В., 1995; Николаев Е.Л., 2006). Рассчитанный минимальный объём репрезентативной выборки составил 45 больных РС.

В соответствии с этим для исследования были отобраны 104 больных РС, средний возраст которых составил 38,9±10,3 года. Три четверти из них (76,0%) были лицами женского пола. Более двух третей (70,2% или 73 чел.) относились к группе больных РРС, остальные (29,8% или 31 чел.) – к ВПРС. Доли мужчин и женщин в обеих группах и возрастные характеристики групп статистически не отличались ( $p > 0,05$ ), что позволило рассматривать клинические группы как гомогенные по половому и возрастному составу. В повторном (через год) лонгитудинальном исследовании участвовали 97 пациентов (93,3%), за исключением семи больных РС, выбывших из программы по различным причинам.

Каждый больной в ходе исследования, помимо невролога, был проконсультирован врачом-психотерапевтом, который определял актуальное психическое состояние пациента, наличие и степень выраженности психопатологических синдромов. Больные также консультировались медицинским психологом. Отдельная контрольная группа из здоровых лиц не формировалась. При сравнении психологических показателей учитывались нормативные данные, имеющиеся в литературе.

### **Методы исследования.**

1. *Метод теоретико-методологического анализа* современных научных подходов к вопросам терапии и реабилитации больных РС, роли психосоциальных факторов в формировании и клинической динамике заболевания при РС, позитивных влияний целенаправленного психологического воздействия на здоровье и благополучие больных РС.

2. *Клинический метод* – изучение больного путём анализа и синтеза многогранной информации о его болезни и специфике протекания патологических процессов в системе болезненных расстройств на основе беседы, расспроса пациента, его непосредственного наблюдения, он включал в себя составляющие его методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический и клинико-патогенетический.

3. *Клинико-психологический метод* применялся для получения целостной информации о личности больного и его психологических особенностях, для сопоставления её с клиническим диагнозом, результатами инструментальных и экспериментально-психологического исследований, консультаций специалистами иного профиля, наблюдений медицинским персоналом, результатами, полученными другими методами. В его рамках использовалась специальная социокультурная анкета, содержащая социодемографический, этнокультурный разделы, раздел об отношении к здоровью и болезни (Николаев Е.Л., 2006).

4. *Экспериментально-психологический метод* заключался в применении стандартизированных психодиагностических методик для конкретизации и формализации уровня определённых клинико-психологических характеристик у больных. Использовались следующие методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Derogatis L.R. et al., 1973) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001); опросник «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ), разработанный В.К. Зарецким, А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян (Холмогорова А.Б., 2006); шкала базовых утверждений Р. Янов-Бульман в адаптации О. Кравцовой (2008); опросник временной перспективы Ф. Зимбардо

(ZTPI), адаптированный А. Сырцовой (2007); опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой (Гаранян Н.Г. и др., 2001); опросник «Уровень социальной фрустрированности» (Вассерман Л.И. и др., 2004); опросник социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой (2006); опросник копинг-стратегий Э. Хайма (Карвасарский Б.Д. и др., 1999).

5. *Статистический метод.* Для обработки полученных количественных данных использовались методы математической статистики – описательная статистика и проверка на нормальность распределения, t-критерий Стьюдента для нормально распределённых величин, z-критерий для сравнения долей, метод ранжирования, однофакторный дисперсионный анализ, корреляционный анализ Пирсона, факторный анализ. Математико-статистический анализ результатов проводился при помощи компьютерной обработки данных с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.

Все больные проходили психологическое обследование дважды – в течение первых трёх дней после поступления в стационар (по всем психодиагностическим методикам) и через год после начала участия в программе медико-психологического сопровождения (по пяти методикам – SCL-90-R, «Запрет на выражение чувств», ZTPI, опросник перфекционизма, F-SOZU-22).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Клинико-психологические характеристики больных РС**

*Клинические характеристики больных.* 80,8% больных чаще всего предъявляли жалобы на неуверенность и шаткость походки, 76,9% – плохую переносимость физических нагрузок, 69,2% – слабость в одной или нескольких конечностях, 64,4% – головные боли, 57,7% – головокружение, трудности в поддержании равновесия, 48,1% – чувство онемения, «стягивания», «ползания мурашек», тремор в конечностях, 48,1% – недержание стула и газов, запоры, диарею, нарушения мочеиспускания, 35,6% – нарушения зрения, 23,1% – затруднения речи. Также у них были жалобы со стороны психической сферы – повышенная утомляемость (76,9%), плохое настроение (37,5%), ослабление памяти и внимания (34,6%), плохой сон (18,3%), раздражительность (18,3%), плаксивость (11,5%), тревога (6,7%), сонливость (5,8%) и страхи (2,9%).

Усреднённый показатель Расширенной шкалы нарушений жизнедеятельности Куртцке (EDSS) (Kurtzke J.F., 1983) составлял 3,6 балла. Уровень EDSS у больных ВПРС был достоверно выше, чем у больных РРС. Это подтверждает, что больные ВПРС имеют клинические объективно более тяжёлые проявления заболевания. Достоверных различий по полу у больных РС

отмечено не было (таблица 1). Продолжительность заболевания у обследованных больных РС варьировала от шести месяцев до 31 года. Средняя длительность заболевания пациентов на момент исследования составила  $9,2 \pm 7,6$  года. Достоверных различий в средней длительности заболевания у мужчин и женщин с РРС и ВПРС не установлено ( $p > 0,05$ ).

Таблица 1 – Показатели шкалы EDSS у больных РС ( $M \pm \sigma$ )

Категория	Все больные РС	Клиническая группа	
		Больные РРС	Больные ВПРС
Мужчины	$3,46 \pm 1,49$	$2,97 \pm 1,15$	$4,58 \pm 1,53$
Женщины	$3,58 \pm 1,58$	$3,19 \pm 1,18$	$4,48 \pm 1,87$
Все	$3,55 \pm 1,55$	$3,12 \pm 1,19^*$	$4,56 \pm 1,81$

*Примечание.* Здесь и далее: \* – различия достоверны при уровне значимости  $p < 0,05$ , \*\* – различия достоверны при уровне значимости  $p < 0,001$ .

У 25% пациентов были отмечены когнитивные нарушения, у 31,7% – астенический синдром и у 34,62% астеноневротический синдромы. 9,6% больных РС проявляли признаки депрессивного, а 4,8% – тревожного синдромов (рисунок 1).

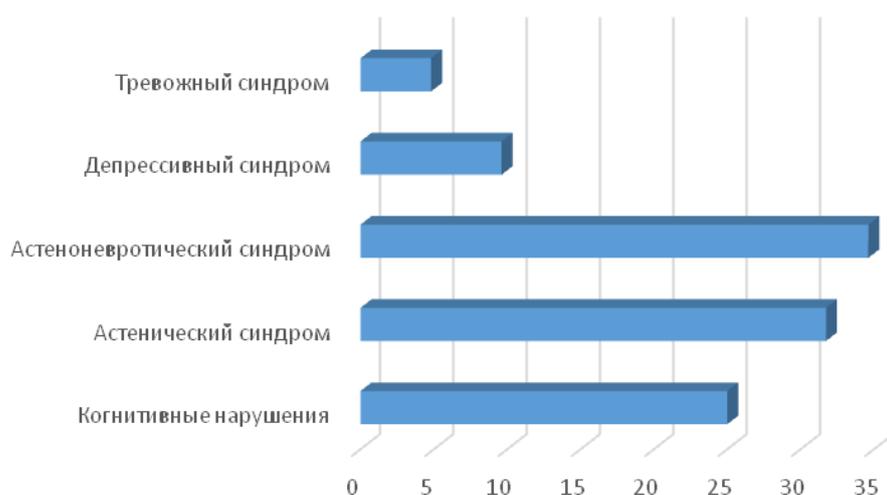


Рисунок 1. Общая структура психических нарушений у больных РС (%).

Клиническая картина неврологических нарушений у больных РС дополнялась психическими нарушениями с преобладанием астенического синдрома у мужчин и астеноневротического синдрома у женщин. Прогрессирование РС (переход РРС в ВПРС) сопровождалось формированием у больных психических нарушений астеноневротического характера.

*Психосоциальный статус* больных РС определялся сочетанием факторов адаптивного и дезадаптивного характера. К факторам адаптивного характера были отнесены: позитивная самооценка здоровья, высокий уровень

образования, относительное экономическое благополучие, ценностные ориентиры на семью, доступность квалифицированной медицинской помощи, готовность обращаться и возможность получать социальную поддержку в семье. К факторам дезадаптивного характера отнесены: снижение профессиональной активности, нестабильные внутрисемейные отношения, ожидание завышенных результатов от лечения, магические представления пралогического характера, толерантное отношение к суициду.

*Особенности психопатологических проявлений.* Средние показатели по восьми из девяти основных шкал SCL-90R достоверно превышали аналогичные показатели у здоровых ( $p < 0,001$ ), не было отмечено высокого уровня проявлений агрессивности и нетерпения по отношению к окружающим ( $p > 0,05$ ) (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели SCL-90-R у больных РС и здоровых в баллах ( $M \pm \sigma$ )

Показатель	Больные РС	Норма
Соматизация	1,42±0,72**	0,57±0,47
Обсессивно-компульсивные симптомы	1,02±0,69**	0,50±0,42
Межличностная сенситивность	0,92±0,71**	0,50±0,43
Депрессия	1,07±0,79**	0,46±0,43
Тревожность	0,96±0,71**	0,43±0,37
Враждебность	0,72±0,70	0,59±0,76
Фобическая тревожность	0,61±0,71**	0,24±0,31
Паранойяльные симптомы	0,72±0,64**	0,43±0,41
Психотизм	0,46±0,58**	0,30±0,35
Общий индекс тяжести	0,93±0,61*	0,64±0,43

Наиболее актуальными для больных РС также были проблемы с тревожным и беспокойным сном. Нарушения сна были отмечены у больных РС в виде утренней бессонницы и трудностей засыпания. Депрессивные переживания подтверждались наличием чувства вины и мыслей о смерти.

Специфика *контроля эмоций* у больных РС определялась уровнем общего запрета на выражение позитивных и негативных чувств (таблица 3) с преобладанием запрета на выражение страха у мужчин. Отличия больных РС от здоровых не затрагивали запрета на выражение печали ( $p > 0,05$ ), что позволило рассматривать печаль как наиболее приемлемую для больных РС возможность выражения имеющегося у них эмоционального напряжения, принимающего клиническую форму депрессивных нарушений.

*Особенности базовых убеждений.* Более, чем у половины больных, была снижена убежденность в степени собственной удачливости и жизненного везения (54,8%); чуть менее половины больных были убеждены в

недостаточной справедливости мира (47,1%); почти каждый третий сомневался в доброте окружающих людей (38,46%) и был уверен в случайном характере происходящего вокруг (32,7%); каждый четвёртый больной был разуверен в общей благосклонности мира (28,85%) и его контролируемости (25%), а также в ценности своего собственного «Я» (25,7%), а каждый пятый – был убеждён в снижении своих собственных возможностей по управлению происходящими с ним событиями (22,1%). Около половины больных РС характеризовались недостатком уверенности в общей осмысленности мира (46,2%), каждый четвёртый – в общей благосклонности мира (27,9%) и собственной ценности (27,9%). Больные ВПРС были достоверно меньше уверены в доброте людей ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3 – Показатели запрета на выражение чувств у больных РС и здоровых в баллах ( $M \pm \sigma$ )

Показатель	Больные РС	Норма
Запрет на выражение печали	1,68±0,53	1,77±0,51
Запрет на выражение радости	1,39±0,49**	1,07±0,47
Запрет на выражение гнева	1,99±0,47*	1,82±0,43
Запрет на выражение страха	1,68±0,49*	1,45±0,48
Общий запрет на выражение чувств	1,42±0,59*	1,17±0,51

*Временная перспектива.* Больные РС, в целом, характеризовались достоверно более высокими значениями показателей негативного прошлого ( $p < 0,05$ ) и более низкого – гедонистического настоящего ( $p < 0,05$ ). Эти показатели соответствовали клиническим проявлениям тревоги и депрессии, снижали позитивный характер самооценки личности.

*Перфекционизм.* Были получены результаты, свидетельствовавшие о достоверно более высоких значениях ( $p < 0,01$ ) общего перфекционизма у больных РС. Его выраженность была обусловлена восприятием других людей как делегирующих высокие требования ( $p < 0,01$ ), а также поляризованным мышлением ( $p < 0,01$ ) (таблица 4). В целом больных РС можно было охарактеризовать как имевших высокие показатели когнитивного перфекционизма.

*Особенности социальной фрустрированности и социальной поддержки.* Отсутствие социальной фрустрированности определено только у 5% больных РС. У каждого четвёртого больного РС (25,0%) выявлен высокий или умеренный уровень социальной фрустрированности, у остальных – социальная фрустрированность имела неопределённый уровень или не декларировалась. Отмечена достоверно большая социальная фрустрированность больных ВПРС в

сфере ближайшего социального окружения – друзей, коллег, товарищей, соседей, представителей противоположного пола ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4 – Показатели перфекционизма у больных РС и здоровых в баллах ( $M \pm \sigma$ )

Показатель	Больные РС	Норма
Восприятие других людей как делегирующих высокие требования	13,31±6,07**	11,0±5,2
Завышенные притязания и требования к себе	9,73±4,15	10,7±4,0
Высокие стандарты деятельности	9,65±3,77	9,1±3,7
Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	4,97±3,07	4,3±2,7
Поляризованное мышление	8,91±3,04**	7,5±2,9
Общий показатель перфекционизма	55,71±17,31**	47,7±13,7

Показатели социальной поддержки у больных РС в целом не отличались от таковых у здоровых. Исключением являлся единственный параметр удовлетворённости социальной поддержкой, который отражал статистически более низкие его значения у больных РС ( $p < 0,05$ ).

*Особенности совладания со стрессом.* Наличие заболевания у больных с РС сопровождалось негативными изменениями в копинге на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях – уменьшением способности к проблемному анализу ситуаций ( $p < 0,05$ ), снижением оптимизма ( $p < 0,01$ ), подавлением эмоций ( $p < 0,05$ ), свертыванием сотрудничества ( $p < 0,01$ ). Одновременно усиливались проявления пассивности в форме растерянности ( $p < 0,05$ ) и смирения ( $p < 0,01$ ). Возрастала религиозная настроенность личности ( $p < 0,01$ ). Мужчины были более направлены на когнитивно-ориентированный адаптивный копинг, женщины – на социально-ориентированный копинг. У больных ВПРС адаптивность личность возрастала при большем осознании собственной значимости, уменьшалась – при отходе от тактики сотрудничества в решении жизненно важных проблем.

*Корреляционный анализ* позволил выявить основные тенденции взаимосвязей клинико-психологических характеристик у больных РС. Так, определено, что клиническая тяжесть состояния у больных РС усиливалась от группы РРС к группе ВПРС и сопровождалась нарастанием психопатологической симптоматики, социальной фрустрированности, снижением адаптивности копинг-стратегий. С другой стороны, с возрастом у больных РС усиливался антисуицидальный барьер, улучшалось восприятие окружающего мира. Более высокий уровень социальной поддержки соответствовал у больных РС меньшей выраженности психопатологических

нарушений, большему ощущению ими собственной ценности и благосклонности окружающего мира.

*Многомерный анализ психологических характеристик.* С помощью факторного анализа клинико-психологических характеристик пациентов было установлено, что в обеих клинических группах клинико-психологическая характеристика больных РС описывалась пятью факторами близкой по относительным значениям и содержанию структуры (показатель общей дисперсия  $D$  в группе РС – 54,3%, в группе ВПРС - 59,2%). Полученные факторы были связаны с наблюдавшимися при РС психопатологическими нарушениями ( $D_{\text{РРС}}=21,4\%$  и  $D_{\text{ВПРС}}=18,2\%$ ), неудовлетворённостью социальной поддержкой ( $D_{\text{РРС}}=13,1\%$  и  $D_{\text{ВПРС}}=15,6\%$ ), перфекционистским самоконтролем ( $D_{\text{РРС}}=8,2\%$  и  $D_{\text{ВПРС}}=10,5\%$ ), подавлением эмоций ( $D_{\text{РРС}}=6,7\%$  и  $D_{\text{ВПРС}}=8,2\%$ ) и спецификой временных ориентаций ( $D_{\text{РРС}}=4,9\%$  и  $D_{\text{ВПРС}}=6,7\%$ ). Эти данные послужили клинико-психологической основой для выделения нескольких групп психотерапевтических мишеней для больных РС, которые легли в основу проводимой психотерапии в рамках персонализированных программ медико-психологического сопровождения больных РС.

### **Организация медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом**

Согласно нашему определению, *медико-психологическое сопровождение больного* – это комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учётом клинической специфики и динамики патологического процесса. На основе литературных данных, результатов проведённого клинико-психологического исследования и опыта практической психотерапевтической работы с больными РС выделены *принципы* их медико-психологического сопровождения: принцип непрерывности и этапности, принцип комплексности, принцип доступности, принцип дифференцированности, принцип интегративности, принцип системности.

Клиническое содержание медико-психологического сопровождения больных РС в первую очередь соотносилось с периодом или стадией заболевания, так как доминирующая клиническая картина была непосредственно связана с терапевтическими задачами, которые стояли перед специалистами, осуществляющими процесс диагностики, лечения, реабилитации и профилактики (таблица 5).

Таблица 5 – Соотношение задач медико-психологического сопровождения с клиническими характеристиками и терапевтическими задачами в различные периоды заболевания РС

Пе-ри-од	Клиническая картина	Терапевтические задачи	Задачи медико-психологического сопровождения
Дебют (начало)	Манифестация первых клинических симптомов заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– определение структуры ведущих клинических синдромов;</li> <li>– установление клинического диагноза заболевания;</li> <li>– определение тактики лечения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– психологическая диагностика;</li> <li>– выявление факторов риска психопатологических нарушений;</li> <li>– определение персонализированной программы сопровождения;</li> <li>– психообразование;</li> <li>– снижение эмоциональной напряжённости;</li> <li>– помощь пациенту в принятии своего заболевания;</li> <li>– формирование комплаенса</li> </ul>
Рецидив (обострение)	Резкое усиление и возможное появление новых клинических симптомов заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– снижение выраженности клинических симптомов;</li> <li>– замедление прогрессирования заболевания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– помощь пациенту в адаптации к симптомам заболевания;</li> <li>– снижение эмоциональной напряжённости;</li> <li>– уменьшение индивидуальной значимости стрессовых факторов;</li> <li>– укрепление мотивации на лечение;</li> <li>– повышение антисуицидального барьера;</li> <li>– работа с экзистенциальными переживаниями;</li> <li>– работа с социальным окружением, обеспечение поддержки</li> </ul>
Ремиссия (стабилизация)	Временное ослабление проявления (или исчезновение) клинических симптомов заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– снижение частоты рецидивов заболевания;</li> <li>– удлинение продолжительности ремиссии заболевания;</li> <li>– повышение качества жизни пациента</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– усиление сохранных когнитивных функций;</li> <li>– поддержание приверженности лечению;</li> <li>– повышение адаптивности копинга;</li> <li>– углубление социальной интеграции;</li> <li>– помощь в разрешении актуальных психологических переживаний;</li> <li>– помощь в текущих проблемных ситуациях</li> </ul>

Содержание медико-психологического сопровождения больных РС также определялось соотношением специфики периода развития заболевания и совокупностью психических и физических возможностей пациента. В связи с этим в медико-психологическом сопровождении больных РС были выделены *четыре этапа*. Прохождение больным информационно-диагностического, психокоррекционного, психотерапевтического и психореабилитационного этапов медико-психологического сопровождения было связано с последовательностью работы над решением определённых задач и достижением определённых результатов в ходе лечения и реабилитации.

Персонализированная программа медико-психологического сопровождения больного РС предполагала разработку индивидуального маршрута с выбором конкретных *программ и методов* – психообразовательной программы, программы нейропсихологического тренинга, программы тренинга социальных навыков, программы поведенческого тренинга, метода когнитивно-поведенческой терапии, метода лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, метода семейной психотерапии, метода суппортивной психотерапии. В основе каждой программы и метода лежал определённый психотерапевтический подход, вид психологического тренинга или психосоциального воздействия, проводимого в индивидуальной, групповой или семейной форме одним или несколькими специалистами.

Дифференцированная и скоординированная работа специалистов в рамках определённых программ и методов позволила наиболее полно учитывать специфику клинического состояния пациента, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля, задачи и ожидаемые результаты сопровождения на данном этапе.

В ходе реализации персонализированной программы медико-психологического сопровождения больного РС психотерапевт и медицинский психолог целенаправленно работали с *психотерапевтическими мишенями*, которые были предварительно выделены на основе описанного факторного анализа клинико-психологических характеристик пациентов. Так, были определены пять групп *психотерапевтических мишеней* для больных РС: а) специфичные для клинической группы (астенические, тревожно-депрессивные и когнитивные нарушения); б) специфичные для личности (психопатологические нарушения, неудовлетворённость социальной поддержкой, перфекционистский самоконтроль, подавление эмоций и специфика временных ориентаций); в) специфичные для психотерапевтического контакта (ожидание нереалистичных результатов

лечения, прагматические защиты, толерантность к суициду); г) специфичные для микросоциальной ситуации (низкая профессиональная активность, неудовлетворённость материальным статусом, нестабильность семейных отношений) и д) специфичные для метода (ослабление когнитивных функций, непонимание механизмов развития заболевания).

*Взаимодействие специалистов.* Сложный и многоплановый характер задач, стоящих на каждом из этапов медико-психологического сопровождения больных РС, обуславливал необходимость интеграции усилий специалистов, работающих в структуре различных ведомств и задействованных в оказании помощи больным РС. На рисунке 2. представлена схема, отражающая реализованную в работе организационную модель межведомственного взаимодействия специалистов и организаций при проведении медико-психологического сопровождения больных РС.

Основную роль здесь играют специалисты Республиканского центра по РС (неврологи, психотерапевт, медицинский психолог, физиотерапевт, психиатр, врач ЛФК и др.), которые находятся в тесном сотрудничестве со специалистами амбулаторно-поликлинического звена своего учреждения и других медицинских учреждений региона, к ведению которых относятся больные РС по месту проживания. Параллельно идёт совместная работа с кафедрами вузов, службами медико-социальной экспертизы, психолого-психотерапевтической службой региона и Федеральным центром РС.

Опыт реализации медико-психологического сопровождения больных РС показал, что также важно строить *взаимодействие с негосударственными общественными структурами*, в частности с Общероссийской общественной организацией инвалидов больных РС, которая имеет положительный опыт помощи больным РС через активизацию и объединение возможностей социальных партнёров, содействие реабилитации и адаптации пациентов.

*Результаты лонгитудинального исследования.* Больные РС, включённые в данное исследование, помимо психологических, психосоциальных воздействий и психотерапии, получали специфическое медикаментозное лечение препаратами, изменяющими течение РС, физиотерапию, массаж и лечебную физкультуру. Медико-психологическое сопровождение 97 пациентов по персонализированным программам продолжалось после выписки больного РС из стационара на амбулаторном уровне. Общая продолжительность участия каждого больных РС в программе медико-психологического сопровождения составила шесть месяцев.



Рисунок 2. Организационная модель межведомственного мультидисциплинарного взаимодействия организаций и специалистов при медико-психологическом сопровождении больных РС.

Через год после начала прохождения программы на основании клинических показателей каждого пациента (баллов EDSS, частоты обострений РС в течение двенадцати предшествующих месяцев, характера психопатологических нарушений) осуществлялась оценка динамики клинического состояния пациентов (улучшение, стабилизация, ухудшение), отражённая в таблице 6.

Таблица 6 – Оценка клинического состояния больных РС по данным лонгитудинального исследования (%)

Клиническая группа	Улучшение состояния	Стабилизация состояния	Ухудшение состояния
Больные РРС	8,70	87,00	4,35
Больные ВПРС	-	78,57	21,43
Всего	6,19	84,54	9,28

При сравнительном анализе клинико-психологических показателей пяти методик в группах больных РС с различной динамикой клинического состояния выявлены статистические различия. В группе больных с улучшением отмечены достоверно более низкие показатели депрессии ( $p < 0,05$ ), тревожности ( $p < 0,05$ ), общего индекса тяжести ( $p < 0,05$ ). Показатели удовлетворённости социальной поддержкой в данной группе были максимальными ( $p < 0,05$ ) и соответствовали нормативным значениям ( $p > 0,05$ ). У больных с ухудшением установлен низкий уровень временной ориентации на положительное прошлое ( $p < 0,05$ ), который был больше выражен в группе больных со стабилизацией состояния ( $p < 0,05$ ). При ухудшении состояния по данным лонгитудинального исследования была отмечена низкая удовлетворённость социальной поддержкой ( $p < 0,05$ ). У больных с улучшением и стабилизацией состояния общий показатель перфекционизма соответствовал нормативным значениям ( $p > 0,05$ ), а при ухудшении состояния был достоверно выше ( $p < 0,05$ ).

В целом лонгитудинальное исследование показало, что через двенадцать месяцев после начала программы медико-психологического сопровождения больных РС у восьми из десяти пациентов (84,54%) достоверно чаще, чем ухудшение ( $p < 0,01$ ) или улучшение ( $p < 0,01$ ) наблюдалась стабилизация, что характеризовалось отсутствием нарастания EDSS, отсутствием обострений, отсутствием или смягчением психопатологических нарушений, отсутствием ухудшения клинико-психологических показателей года. Большая частота стабилизации состояния при конкретном течении РС не была выявлена ( $p > 0,05$ ). У каждого пятого больного ВПРС (21,43%) через год достоверно чаще, чем при РРС, наблюдалось ухудшение ( $p < 0,05$ ), что проявлялось ростом EDSS, увеличением частоты обострений, появлением новых или усилением имевшихся психопатологических нарушений, ухудшением клинико-психологических показателей. Это, по-видимому, было связано с неуклонным прогрессированием заболевания, имеющим выраженную органическую природу. Также установлено, что у каждого одиннадцатого больного РРС

(8,70%) отмечено улучшение состояния с отсутствием роста EDSS, отсутствием обострений РС или снижением их частоты, отсутствием психопатологических нарушений и положительной динамикой клинико-психологических показателей.

## **ВЫВОДЫ**

1. Общими для больных РС особенностями клинико-психологического характеристик являются: сниженный уровень психического здоровья, повышенный контроль эмоций, утрата способности радоваться на фоне негативного восприятия прошлого, категоричность мышления с тревогой в отношении окружающих, низкая уверенность в справедливости мира и собственной удачи, неудовлетворённость социальной поддержкой, снижение адаптивности копинга. Частными особенностями больных РРС являются: склонность к депрессии и переяданию, позитивное отношение к прошлому, готовность к сотрудничеству при разрешении проблем. Частные особенности больных ВПРС: большая выраженность астеноневротических нарушений, тревоги и нарушений сна, сравнительно больший приоритет будущего, меньшая вера в доброту окружающих, фрустрированность своим социальным окружением, снижение способности к сотрудничеству на фоне роста религиозности и чувства собственной значимости.

2. На основе интегральной оценки клинико-психологических характеристик больных РС дифференцировано содержание нескольких групп психотерапевтических мишеней: астенические, тревожно-депрессивные и когнитивные нарушения (мишени, специфичные для клиники РС); психопатологические нарушения донозологического уровня, неудовлетворённость социальной поддержкой, перфекционистский самоконтроль, подавление эмоций и специфика временных ориентаций (мишени, специфичные для личности больного); ожидание от лечения высоких результатов, прагматические защиты, толерантность к суициду (мишени, специфичные для психотерапевтического контакта); снижение профессиональной активности, неудовлетворённость материальным статусом, нестабильность семейных отношений (мишени, специфичные для микросоциальной ситуации больного); ослабление когнитивных функций, отсутствие понимания механизмов развития РС (мишени, специфичные для психотерапевтического метода).

3. К основным принципам медико-психологического сопровождения больного РС отнесены: принцип тотальности, непрерывности, открытости, комплексности, системности. При решении задач медико-психологического

сопровождения они реализуются на информационно-диагностическом, психокоррекционном, психотерапевтическом или психореабилитационном его этапах на основе предложенных программ и методов медико-психологического сопровождения.

4. Разработанная организационная модель межведомственного мультидисциплинарного взаимодействия организаций и специалистов здравоохранения, социальной защиты и образования при медико-психологическом сопровождении больных РС позволяет наиболее полно задействовать ресурсные возможности региона. Координация деятельности с Федеральным научно-методическим центром РС способствует внедрению в практику современных научных разработок. Взаимодействие с общественными организациями активизирует сотрудничество с социальными партнёрами по расширению возможностей адаптации и реабилитации больных РС.

5. По данным лонгитудинального исследования больных РС, участвовавших в программе медико-психологического сопровождения, у абсолютного большинства из них в течение года наблюдается стабилизация клинического состояния. У каждого пятого больного ВПРС достоверно чаще отмечено ухудшение состояния, что связано с неуклонным прогрессированием заболевания. У каждого одиннадцатого больного РРС по результатам медико-психологического сопровождения отмечено улучшение клинического состояния.

### **Практические рекомендации**

1. Медико-психологическое сопровождение больных с впервые в жизни установленным диагнозом РС целесообразно начинать с информационно-диагностического этапа. Включение в программу медико-психологического сопровождения других больных РС может производиться с любого этапа при условии учёта клинической картины заболевания и психологических особенностей пациента.

2. В ходе медико-психологического сопровождения больных РС на его различных этапах рекомендуется сочетать индивидуальные и групповые формы работы с пациентом, активно привлекать к участию в группах больных РС, имеющих позитивный опыт адаптации к заболеванию.

3. Снижение у больного РС способности к активному передвижению и уменьшение его возможностей к самостоятельному посещению специалистов предполагает возрастание роли дистанционных технологий медико-психологического сопровождения больного РС посредством телефона или интернета.

4. Разработанная система медико-психологического сопровождения больных РС может быть рекомендована к внедрению в других регионах страны с обязательным учётом специфики контингента больных РС и особенностей развития ресурсов здравоохранения и межведомственного взаимодействия в регионе.

### *Список работ, опубликованных по теме диссертации*

#### **Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК**

1. Васильева Н.В. Особенности познавательной и аффективной сферы у больных рассеянным склерозом / Е.Л. Николаев, Н.В. Васильева // Вестник Чувашского университета. — 2014. — № 2. — С. 316-319.

2. Васильева Н.В. Индивидуально-личностные особенности больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева, Е.Л. Николаев // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. — 2015. — Т. XLVII. — № 1. — С. 67-72.

3. Васильева Н.В. Клинико-психологические особенности совладания (копинга) у больных рассеянным склерозом / Е.Л. Николаев, Н.В. Васильева, А.В. Голенков // Практическая медицина. — 2015. — № 5 (90). — С. 59-62.

4. Васильева Н.В. Клинико-психологические особенности нарушения социального функционирования у больных рассеянным склерозом / Е.Л. Николаев, Н.В. Васильева // Практическая медицина. — 2017. — № 1. — Т.2. — С. 51-54.

#### **Научные публикации в журналах, входящих в международную базу данных Web of Science**

5. Vasil'eva N. Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // European Psychiatry. — April 2017. — Vol. 41. — P. S536.

6. Vasil'eva N. Time perspective in multiple sclerosis patients: Looking for clinical targets for psychological interventions / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // European Psychiatry. — April 2017. — Vol. 41. — P. S780.

7. Vasil'eva N. Is social frustration typical of multiple sclerosis patients? / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // European Psychiatry. — April 2017. — Vol. 41. — P. S791.

#### **Другие научные публикации**

8. Васильева Н.В. Специфика нарушений психической сферы при рассеянном склерозе / Васильева Н.В. // Россия. Культура. Наука: сборник трудов Всероссийской 48-й научной студенческой конференции. — Чебоксары, 2014. — С. 400-401.

9. Васильева Н.В. Особенности временной перспективы трансцендентного будущего у больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева, Е.Л. Николаев // Тезисы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность? — Санкт-Петербург, 2014. — С. 237-238.

10. Васильева Н.В. Клинико-психологические характеристики психического статуса больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева, Е.Л. Николаев // Научно-практическая конференция, посвящённая 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева» / Под редакцией Н.Г. Незнанова, Н.Н. Петровой. — Санкт-Петербург, 2015. — С. 52-54.

11. Васильева Н.В. Психотерапевтические подходы в системе комплексного лечения больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы V Международной научно-практической конференции. — Гомель, 2014. — Вып. 5. — С. 45-46.

12. Васильева Н.В. Роль психотерапевта в лечении больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева // Материалы V съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов и психологов Чувашии. — Чебоксары, 2015. — С. 143-145.

13. Васильева Н.В. Психотерапевтическая помощь больным рассеянным склерозом в условиях стационара / Н.В. Васильева // II Всероссийская научная конференция студентов и молодых учёных с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека». — Иваново, 2015. — С. 181.

14. Васильева Н.В. Психотерапевтические подходы в оказании помощи больным рассеянным склерозом / Н.В. Васильева // Человек. Гражданин. Учёный: сборник трудов Регионального фестиваля студентов и молодёжи. — Чебоксары, 2015. — С. 251-252.

15. Васильева Н.В. Психологические особенности адаптивного поведения больных рассеянным склерозом / Н.В. Васильева // Материалы республиканской научно-практической конференции «Аутоагрессивная составляющая в жизни современного общества». — Казань, 2016. — С. 36-38.

16. Васильева Н.В. Приспособительные стратегии личности при рассеянном склерозе / Н.В. Васильева // Состояние и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом: сборник материалов I

Международной научно-практической конференции. — Чебоксары, 2016. — С. 55-58.

17. Васильева Н.В. Особенности социально-психологической удовлетворённости личности в ситуации заболевания рассеянным склерозом / Н.В. Васильева // Духовная составляющая психического здоровья: материалы республиканской научно-практической конференции. — Казань, 2017. — С. 114-116.

18. Васильева Н.В. Социально-психологическая дезадаптация личности при рассеянном склерозе / Н.В. Васильева // Коммуникации в информационном обществе: проблемы и возможности: сборник научных статей. — Чебоксары, 2017. — С. 51-53.

19. Vasilieva N. Clinical and gender differences in coping in multiple sclerosis patients / E. Nikolaev, N. Vasilieva, E. Litvinova // Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference “Psychological health of the person: Life Resource and Life Potential”. — Krasnoyarsk, 2017. — P. 381-390.