

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЧУВАШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.Н.
УЛЬЯНОВА» МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

**Васильева
Надежда Валентиновна**

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

Специальность 19.00.04 – медицинская психология

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Николаев Евгений Львович

Чебоксары
2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Психосоциальные аспекты клиники и лечения рассеянного склероза	11
1.1. Особенности познавательной и аффективной сферы у больных рассеянным склерозом.....	14
1.2. Личностные особенности больных рассеянным склерозом	18
1.3. Роль психотерапии в лечении и реабилитации больных рассеянным склерозом	29
Глава 2. Материал и методы исследования	49
2.1. Материал исследования	49
2.2. Методы исследования	52
Глава 3. Клинико-психологические характеристики больных рассеянным склерозом	59
3.1. Клинические и психосоциальные характеристики больных рассеянным склерозом	60
3.2. Особенности психопатологических проявлений и контроля эмоций у больных рассеянным склерозом	69
3.3. Особенности базовых убеждений, временной перспективы и перфекционизма у больных рассеянным склерозом.....	77
3.4. Особенности социальной фрустрированности и социальной поддержки у больных рассеянным склерозом	84
3.5. Особенности совладания со стрессом (копинга) у больных рассеянным склерозом	89
3.6. Особенности взаимосвязи клинико-психологических характеристик у больных рассеянным склерозом	96
3.7. Многомерный анализ психологических характеристик больных рассеянным склерозом	101

Глава 4. Организация медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом	109
4.1. Понятие медико-психологического сопровождения больного и его основные принципы	110
4.2. Задачи медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом	113
4.3. Этапы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом	117
4.4. Программы и методы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом	124
4.5. Дифференциация психотерапевтических мишеней у больных рассеянным склерозом	133
4.6. Взаимодействие специалистов при медико-психологическом сопровождении больных рассеянным склерозом	138
4.7. Результаты лонгитудинального клинико-психологического исследования больных рассеянным склерозом	143
Глава 5. Обсуждение результатов исследования	148
Заключение	154
Выводы	159
Список сокращений.....	161
Список литературы.....	162

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Рассеянный склероз (РС) является хроническим нейродегенеративным заболеванием, которое сопровождается постепенной утратой трудоспособности и выраженным ограничением жизнедеятельности больного, что 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). Несмотря на то, что распространённость РС в различных странах и регионах неодинакова (Латышева В.Я. и др. 2007; Бойко А.Н., 2008; Пажигова З.Б. и др., 2014; Voiko A. et al., 2004), 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). Ожидаемая продолжительность жизни больных РС снижается на семь лет, а смертность возрастает в три раза по сравнению с общей популяцией (LundeH.B. et al., 2017). Большие социальные издержки, связанные с РС, также обусловлены продолжительным течением самого заболевания, ранним выходом больного из активной трудовой деятельности больных в связи с утратой трудоспособности, высокой стоимостью медицинской помощи (Гусев Е.И., Бойко А.Н., 2007; Pugliatti M. et al., 2006; Glad S.B. et al., 2011; Gyllensten H. et al., 2017).

Помимо неврологических нарушений у больных РС развиваются и психические нарушения (Коркина М.В. и др., 1986; Kargarfard M. et al., 2012; Sarisooy G. et al., 2012). Так, болезненность психическими расстройствами у больных РС выше, чем в общей популяции (Marrie R.A. et al., 2015). Помимо когнитивных нарушений (Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., 2009; Prokopova B. Et al., 2017) у больных РС распространены депрессивные (Бахтеева Т.Д. и др., 2011; Lewis V.M. et al., 2017) и тревожные нарушения (KnoorH. et al., 2012; Moss-Morris

R. et al., 2012), которые значительно усиливают 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, 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; Dayaroğlu 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 научной литературе представлено множество публикаций, акцентирующих внимание на различных аспектах 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 (Dayaroğlu N., Tan M., 2012), бессонницы (Baron K.G. et al., 2011). Описаны основные 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 задачи, хотя часть авторов обращает внимание на важность 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 клинико-психологических характеристик пациентов, так и на потенциал междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов.

Целью исследования является клинико-психологическое обоснование разработки содержательных и организационных основ медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом.

Задачи исследования:

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

2. На основе интегральной оценки клинико-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 (Исурин 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 и апробация результатов. 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. По материалам исследования опубликовано 19 научных работ в отечественной и зарубежной печати, в том числе 4 статьи 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).

ГЛАВА 1. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Рассеянный склероз (РС) представляет собой нейродегенеративное аутоиммунное заболевание, которым поражено более двух миллионов человек по всему миру (Ascherio A., Munger K. L., 2016; Browne P. et al., 2014; Leray E. et al., 2016). Несмотря на то, что особенности клиники, течения и прогноза заболевания определяются спецификой иммунологических, иммунохимических и иммуногенетических механизмов (Негреба Т.В., 2006; Oksenberg J.R., McCauley J.L., 2016), все большее число исследователей указывают на значительный вклад в развитие и течение РС психосоциальных факторов (Artemiadis A.K. et al., 2011; Costa D.C. et al., 2012; Goulden R. et al., 2015; Harrison A.M. et al., 2015). С другой стороны, течение РС сопровождается демиелинизацией волокон проводящих путей, а потому проявляется, в числе прочих нарушений, расстройствами в психической сфере (Kargarfard M. et al., 2012; Sarısoy G. et al., 2012; Marrie R.A. et al., 2015).

Какие вопросы представляют наибольший интерес для исследователей, занимающихся изучением РС? Какие проблемы РС все ещё остаются в тени, несмотря на значительный общий поток научных публикаций по данной теме? Для ответа на эти вопросы мы проанализировали содержание 41 диссертационной работы на соискание учёных степеней кандидата и доктора наук, выполненных в России по тематике РС за последние пять лет (2012-2016 годы).

Анализ показал, что 39 из них выполнено по специальности «Нервные болезни», одна работа – по специальности «Психиатрия» и еще одна работа – по специальности «Медицинская психология».

Так, диссертационное исследование Е.С. Шахбазовой (2012) по специальности «Медицинская психология» раскрывает нейропсихологические

особенности состояния перцептивно-вербальных взаимодействий у подростков с РС в сравнении со здоровыми. Результатом работы стала разработка специальной компьютерной программы для использования в диагностических и научных целях.

Наиболее широк спектр неврологических работ, что вполне закономерно, поскольку РС относится к недостаточно изученным и трудно контролируемым неврологическим заболеваниям. Наибольшая часть неврологических диссертаций посвящена изучению клинико-эпидемиологических вопросов РС в различных регионах России (Гончарова З.А., 2013; Смагина И.В., 2013; Грешнова И.В., 2014; Волкова М.Г., 2014; Андреева Е.А., 2014; Бабичева Н.Н., 2015; Шарафутдинова Л.Р., 2014; Сорокина К.Б., 2016). Важное место в диссертационных исследованиях занимают вопросы изучения особенностей клиники и течения РС (Беленко Е.А., 2012; Какуля А.В., 2012; Делов Р.А., 2013; Куликова С.Н., 2013; Лазунова Е.И., 2013; Аверьянова Л.А., 2015; Маркс Е.А., 2015; Спирина Н.Н., 2015). Значительное внимание уделено терапевтическим подходам к лечению больных РС (Щур С.Г., 2013; Кичерова О.А., 2013; Корелина А.А., 2013; Руденко О.Ю., 2014; Медведева Е.Л., 2015; Джапаралиева Н.Т., 2016; Якушина Т.И., 2016).

Научный поиск учёных также серьёзно сконцентрирован на разборе возможных механизмов патологических процессов при РС (Давыдовская М.В., 2012; Лузанова Е.И., 2013; Коробко Д.С., 2014; Прахова Л.Н., 2014; Гридина А.О., 2015; Данченко И.Ю., 2015; Рязанцева А.А., 2015; Мельников М.В., 2016). Достаточно подробно изучаются сопутствующие РС соматические заболевания (Петрова Л.В., 2012; Киселёва Е.В., 2016), а также особенности РС у детей и подростков (Быкова О.В., 2014; Суровцева А.В., 2015).

Есть ряд исследований, выходящих по заявленной тематике на междисциплинарный уровень. В частности, это работы, посвящённые изучению специфики эмоциональных и когнитивных нарушений при РС с применением специальных инструментальных и лабораторных методов (Орлова Е.В., 2012; Мешкова К.С., 2013; Шкильнюк Г.Г., 2012). Также защищены две диссертационные работы по вопросам реабилитации больных РС –

немедикаментозным методам медицинской реабилитации двигательных нарушений (Ю.А. Климов, 2013) и современной концепции комплексной реабилитации больных РС (Гранатов Е.В., 2013). Однако авторы данных работ выполняют свои исследования исключительно в рамках неврологического подхода, не прибегая к психологической оценке состояния пациентов и не включая психологические воздействия в реабилитационные мероприятия.

Определённым шагом на пути к взаимодействию неврологов и врачей общей практики с психиатрами стало диссертационное исследование Сеницыной К.В. (2016), выполненное по специальности «Психиатрия», и посвящённое клинико-прогностической характеристике депрессивных расстройств при начальных проявлениях РС и их диагностике в учреждениях первичной медицинской сети. Значимость работы связана с разработкой актуальных вопросов по профилактике суицидов среди больных РС и опытом проведения психотерапевтических занятий в рамках когнитивно-поведенческой терапии.

Подводя итог анализу тематики диссертационных работ последних пяти лет, посвящённых РС, стоит отметить, что вопросы оценки психического и психологического статуса больных РС не стали научным приоритетом молодых учёных, а организация медицинской и реабилитационной помощи больным РС в большинстве случаев строится узко, исключительно в рамках неврологического подхода. Однако мировой и отечественный опыт последних десятилетий в изучении РС открывает гораздо более широкие исследовательские перспективы, которые разбираются далее.

1.1. Особенности познавательной и аффективной сферы у больных рассеянным склерозом

Когнитивные нарушения являются одним из важных клинических проявлений РС (Amato M.P. et al., 2013; Papadopoulou A. et al., 2013; Rocca M. A. et al., 2015), что определяется как клинически, так и методами нейropsychологического исследования. Причём, как отмечают исследователи, когнитивные изменения наблюдаются при различных типах течения заболевания

– ремитирующем, вторично-прогрессирующем, первично-прогрессирующем (Huijbregts S. et al., 2006).

Голландские ученые находят, что когнитивные нарушения наблюдаются в 40-65% случаев РС с вовлечением в процесс функций внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительных функций. Депрессия, тревога и астения усугубляют имеющиеся симптомы, в то время как когнитивный резерв частично защищает. Выраженность когнитивной дисфункции коррелирует на магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ) с объемом поражения и (региональной) атрофией, а степень выявляемых поражений мозга на МРТ предопределяет дальнейшее утяжеление состояния больного (Jongen P.J., TerHorst A.T., Brands A.M., 2012).

По данным Т.Н. Резниковой и др., (2007), в числе разноплановых нарушений психической деятельности при РС можно выделить нарушения интеллектуально-мнестических функций – памяти, внимания, мышления, продуктивности умственной работоспособности, счетных навыков; нейропсихологические нарушения в виде лобной акалькулии, речевых нарушений.

Нарушения в познавательной сфере при РС встречаются не только при длительном течении заболевания. Они отмечены и у больных с недавно установленным диагнозом РС и связаны с симптомами депрессии. Эта связь объясняется различиями в тяжести состояния больного (Siepmann T.A. et al., 2008).

Когнитивная дисфункция также характерна и для подростков, болеющих РС. Так, в диссертационном исследовании Е.С. Шахбазовой (2012) делается вывод о том, что РС приводит к формированию когнитивного дефицита, особенности которого у подростков проявляются в виде вариативных симптомов, указывающих на функциональный дефицит тех или иных зон левого и, в большей степени, правого полушария мозга и отражаются в изменении взаимодействия между ними.

Когнитивные изменения описаны специалистами и при доброкачественном течении РС. Существующие определения его доброкачественного течения больше

связаны с двигательными возможностями клиента и не учитывают соответствующие заболеванию когнитивные, психологические и социальные проблемы больного (Amato M.P. et al., 2006).

А как сами пациенты воспринимают свою когнитивную дисфункцию? Ответить на это вопрос попытались Roberg B.L. et al. (2012). Результаты проведенного в Канзасе исследования показали, что пациенты с РС сообщают о больших трудностях в обработке информации, чем контрольная группа. Данные трудности значимо коррелируют с импульсивностью, снижением скорости движений, большей тревогой и нарастающей интроверсией. В противовес этому, субъективно воспринимаемая больным скорость обработки информации не соответствует объективно измеряемым показателям этой скорости. Данное несоответствие должно учитываться в профилактической работе с больными РС.

Помимо нарушений познавательной сферы, характерными для больных РС являются изменения в аффективной сфере (Лемешевская А.А., 2005; Якимова В.И., 2005; Минеев К.К., 2009; Молчанова Ж.И., 2011).

По данным Е.В. Алексеенко и др. (2008) у больных РС выявляются изменения психологического состояния, которые проявляются аффективными нарушениями в виде повышенной тревожности. У 66% пациентов эти изменения проявляются в виде выраженной тревожности, у 50% — в виде ригидности и интроверсии. Депрессивные расстройства встречаются у 83% больных в виде легкой депрессии и субдепрессивных состояний.

Более углублённое психологическое исследование структуры эмоционального дефекта у больных с РС выявляет различные варианты сочетаний эмоциональных нарушений, включающих тревогу, депрессию невротического характера и агрессивные явления. Показано, что при одновременном сочетании всех видов эмоциональных нарушений у больных с РС по данным личностного опросника наблюдается выраженная дезадаптация личности, в то время как при наличии одного вида эмоционального нарушения такого рода личностных дефектов не отмечается (Резникова Т.Н. и др., 2012).

Характеристикой больных РС может быть высокая ситуативная тревожность, значительно превышающая личностную тревогу. В исследовании белорусских учёных установлена умеренная положительная корреляционная взаимосвязь между личностной тревожностью и длительностью течения заболевания. Такие больные эмоционально напряжены, испытывают ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе, также прослеживается направленность страхов в будущее (Пантюк И.В., Буко Н.С., Венглинская Т.В., 2008).

Несмотря на то, что углубление аффективных нарушений параллельно с утяжелением клинического состояния больного представляется закономерным, исследователями описаны и противоположные ситуации. Так, увеличение числа больных РС без депрессии в группе с тяжелым течением заболевания Л.А. Кузнецова и др. (2004) объясняет нарастанием в этой стадии когнитивных нарушений, связанных с эйфорией и некритичностью к своему состоянию, что проявляется в уменьшении объёма внимания, снижении и искажении усвоения информации, необходимой для правильной оценки собственных личностных возможностей.

Л.А. Кузнецова и др. (2004) также указывают, что даже мягкая депрессия у больных РС может привести к отказу от рационального, направленного на сохранение здоровья поведения. При большой депрессии может наблюдаться катастрофическое отрицание собственного здоровья и жизни.

Депрессивные состояния у больных РС могут привести к формированию аутоагрессивного поведения (Зотов П.Б., Куценко Н.И., 2008; Данилова М.В., 2011; Зотов П.Б., Куценко Н.И., 2011). Украинскими исследователями выделены основные риск-факторы формирования аутоагрессивного поведения у данных больных: наличие у больного депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии; вторично-прогрессирующий тип течения РС и его спинальная клиническая форма; развитие депрессии у больных с длительностью заболевания РС от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование; наличие плохих материально-бытовых условий жизни больных; наличие наследственной отягощенности психическими

расстройствами, преимущественно аффективного регистра, наличие в анамнезе перинатальной патологии и невропатической конституции; преобладание в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей; наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса (Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., 2011).

По результатам работы кабинета клинической нейропсихологии и обследования 186 пациентов с РС московские исследователи констатируют, что при всех типах заболевания выявлен синдром хронической усталости (у 97% обследованных), депрессия разной степени выраженности (у 62%), умеренные когнитивные нарушения (у 49%). Уже на начальных стадиях РС при длительности заболевания до 2 лет у больных отмечаются депрессивные расстройства адаптации и агорафобия с паническими расстройствами. У больных с выраженной инвалидностью (более 5 баллов по EDSS) наблюдаются преимущественно когнитивные нарушения и депрессивные расстройства. Степень изменений познавательных функций коррелирует с выраженностью как очагового поражения мозга, так и атрофических процессов по данным МРТ. Астенические расстройства проявляются у больных повышенной истощаемостью, снижением концентрации внимания, ухудшением кратковременной памяти, раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Среди когнитивных нарушений чаще всего страдают скорость обработки информации, усвоение информации и память, хотя нарушения исполнительной и зрительно-пространственной функции также зарегистрированы у больных РС. С ранних стадий заболевания выявляются нарушения кратковременной вербальной, семантической и зрительной памяти, снижение активного внимания и скорости сенсомоторных реакций, трудности концептуального мышления (Батышева Т.Т. и др., 2009).

Проведённый анализ проблемы изменений в деятельности когнитивной и аффективной сферы больных с РС показал, что специфика нарушений познавательной и аффективной сфер при РС связана с высокой степенью

сопряжённости познавательных и эмоциональных нарушений. Когнитивные нарушения, отражая необратимые изменения в мозге больных, сопровождаются различной степени выраженности нарушениями тревожно-аффективного спектра, которые могут носить как органический, так и функциональный характер. В связи с чем становится важным выяснить роль личностной специфики пациентов, страдающих РС.

1.2. Личностные особенности больных рассеянным склерозом

В исследованиях, посвящённых РС, не менее важное место занимает анализ личностных особенностей таких пациентов (Dubayova T. et al., 2013; Kraemer M. et al., 2013; Tur C. et al., 2013; Fernández-Muñoz J. et al., 2015).

Особенности личности больного РС. Одним из наиболее подробных описаний особенностей личности больных РС является их характеристика немецким психотерапевтом Н. Пезешкианом, который наделяет их такими личностными чертами, как стремление угождать требованиям окружающих, желание скрыть факт своего заболевания из-за стыда и ощущение невозможности поделиться с окружающими информацией о характере своей болезни. Детство таких больных, по его мнению, проходит в условиях строгой родительской критики с ориентацией на успех. Взрослые больные становятся высоко чувствительными и ранимыми, плохо переносят насмешки окружающих. Проявляют повышенное чувство справедливости, но в то же время, стараясь сдерживать свою агрессию по отношению к другим. Нередко чувствуют себя беспомощными и бесполезными (Пезешкиан Н., 1996).

Описано, что больным с дебютом РС свойственны повышенная реактивная и личностная тревожность, напряженность, конфликтность, избыточная требовательность к окружающим, неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией и неблагоприятная оценка будущего, фиксация на симптомах болезни (Лемешевская А.А., 2005).

В более поздних исследованиях больных РС с помощью опросника Фридмана и Роземана и шкалы EDSS показано, что существуют значимые

различия в личностных особенностях больных - 65% из них относятся к типу личности А и 35% - к типу личности В. Связей с полом больного и его семейным положением не выявлено, но определено, что при более высоких показателях EDSS (более 4,5 баллов) среди больных преобладает личностный тип А. Ученые приходят к выводу, что для больных РС более характерен личностный тип поведения А, который соотносится с более высоким уровнем стресса, нервозности, тревоги, а также более высокими показателями шкалы EDSS (Shaygannejad V. et al., 2013).

Результаты изучения американскими учеными взаимоотношений между объемом серого вещества головного мозга и нейропсихологическими симптомами у больных РС свидетельствуют, что невысокий уровень добросовестности и высокий уровень нейротизма связаны с риском когнитивных осложнений у больных РС, который, в свою очередь, связан с объемом серого вещества головного мозга и состоянием эйфории у больных (Benedict R.H. et al., 2013).

В исследовании Л.А. Кузнецовой с соавт. показано, что при РС по мере возрастания тяжести заболевания отмечено уменьшение количества больных с алекситимией, что объясняется изменением у больных с тяжелыми формами течения заболевания системы ценностных ориентаций и особенностей мировосприятия (Кузнецова Л.А. и др., 2004).

Временная перспектива является одной из важных когнитивно-мотивационных категорий личности, отражающих не только ситуативный компонент состояния человека, но и систему его взглядов на мир и своё место в этом мире с соответствующим отношением и деятельностью, что имеет непосредственные связи с психотерапевтическими задачами (Сырцова А. и др., 2007). Однако в применении к больным РС временная перспектива практически не изучена. В доступных нам источниках имеется единственная публикация (Król J. et al., 2015), в которой сообщается, что больные с рецидивирующе-ремиттирующим РС сфокусированы на фаталистическом и гедонистическом настоящем в большей мере, чем здоровые.

Характер личностных нарушений при РС. По данным психологического исследования больных РС А.В. Субботиним и др., у них определяется высокая напряженность, низкая психическая активация, показатели комфортности и интереса также снижены (Субботин А.В. и др., 2009).

Группа исследователей РС из Института мозга человека РАН в Санкт-Петербурге считает, что психологические нарушения у больных РС затрагивают различные стороны психической деятельности как осознанные, так и неосознанные – интеллектуально-мнестические функции, эмоционально-личностную сферу, «образ Я», субъективные отношения личности, «внутреннюю картину болезни» (Резникова Т.Н. и др., 2012; Резникова Т.Н. и др., 2007; Терентьева И.Ю., 2005).

По данным Е.В. Алексеенко и др., у больных РС находят изменения психологического состояния в виде аффективных нарушений в форме повышенной тревожности. У двух третей больных эти изменения проявляются выраженной тревожностью, у каждого второго — ригидностью и интроверсией. Легкие депрессивные и субдепрессивные расстройства встречаются у четырёх из пяти больных РС. Полученные данные расширяют представления о психологических механизмах нарушений личности у пациентов с РС (Алексеенко Е.В. и др., 2008).

Нарушения адаптации личности у больных РС выражены в заострении личностных характеристик, психической напряженности, снижении психической активности, которые проявляются на уровне поведения и субъективных переживаний. По результатам анализа усредненного профиля СМОЛ у больных РС наблюдается повышенная эмоциональная напряженность, ипохондричность, склонность к фиксациям, сниженному фону настроения, тревожности и конфликтности. Также имеются признаки, отражающие заострение возбудимых черт личности (Резникова Т.Н. и др., 2006).

У многих больных РС наблюдается нарушение телесного «образа Я», повышенное эмоциональное напряжение, тревога, что может отражать неприятие телесных проблем. Нарушение телесного образа может объясняться

как поражением структур головного мозга, так и являться неосознаваемой проекцией внутриличностных конфликтов, связанных с самим заболеванием (Резникова Т.Н. и др., 2007).

Гендерные особенности личности при РС. Исследователями отмечено, что женщины, страдающие РС, общительны, открыты и в решении проблем, связанных с течением заболевания склонны опираться на свое ближайшее социальное окружение. Мужчины наоборот предпочитают самостоятельно принимать решения, проявляя стабильность эмоционального состояния как такового и хорошее умение владеть собой (Пантюк И.В. и др., 2008).

В исследовании, проведенном в Швеции, изучено, что значит для женщин с РС, чувствовать себя хорошо. По результатам феноменологической герменевтической интерпретации интервью с 15 пациентками с РС определено, что для этих женщин хорошее самочувствие связано с нахождением определённого ритма повседневной жизни, ощущением контроля над болезнью и ощущением того, что болезнь не является доминирующим опытом и переживанием. Данные результаты могут быть использованы в работе с женщинами, страдающими РС (Olsson M. et al., 2010).

Психологические защитные механизмы у больных РС. Учеными выявлено наличие соотношений таких личностных характеристик при РС, как тип эмоционального реагирования и системы психологических защитных механизмов с относительными оценками скорости метаболизма глюкозы в участках корковых и подкорковых структур обоих полушарий, относящихся к различным системам головного мозга. Ведущую роль в этих соотношениях играют лобные, височные и теменные области коры, а также структуры лимбического круга (миндалина и гиппокамп). Полученные данные свидетельствуют о преимущественной роли левого полушария в реализации разных типов эмоционального реагирования личности, а правого - в обеспечении системы психологических защитных механизмов (Резникова Т.Н. и др., 2004).

Исследование Л.А. Кузнецовой и др. показывает, что при РС также отмечено «подключение» бессознательных защитных механизмов отрицания и

вытеснения, выводящих из сферы сознания человека травмирующую по своему содержанию информацию (Кузнецова Л.А. и др., 2004).

Также отмечено, что более чем у двух третей больных РС присутствуют нарушения эмоционально-личностной сферы. Ведущими психологическими защитными механизмами у них являются: проекция, интеллектуализация, отрицание, регрессия при повышенной напряженности всей системы психологических защит (Резникова Т.Н. и др., 2007).

Роль стресса при РС. По данным S. Kern, больные РС в начальной стадии заболевания значительно различаются по показателям психологического дистресса в сравнении с контрольной группой. Психологический дистресс у этих больных связан с неврологическими ограничениями, но он также присутствует и у пациентов с минимальным или даже отсутствием неврологических ограничений. Психологический дистресс можно считать независимым предиктором качества жизни у больных РС (Kern S., 2009).

Психопатологические осложнения при РС тесно связаны с возрастом начала заболевания и степенью тяжести состояния больного. Кроме того, более высокий уровень направленной на себя враждебности, обращение к неадаптивным эго-защитам и ослабленная сила Эго также тесно связаны с некоторыми формами психологического дистресса, в частности, с депрессивными симптомами. Данные специфические маркеры личности могут указывать на истощение ресурсов пациента по совладанию с физическим и психологическим стрессом, вызванным заболеванием, и должны учитываться клиницистами (Hyphantis T.N. et al., 2008).

Все большее число исследований по РС свидетельствует о негативном влиянии психологического стресса на течение заболевания. Исследование A.Ožura, S.Sega сфокусировано на изучении профиля депрессии, возможностей по преодолению стресса и воспринимаемого дистресса у больных РС методом чернильных пятен Роршаха. В сравнении с контрольной группой больные РС имеют статистически более низкий потенциал преодоления стресса, сложности обработки информации, измененный образ тела, сниженную готовность реагировать на эмоциональные стимулы и уменьшение межличностного интереса.

К удивлению, у больных уровень воспринимаемого стресса ниже, чем в группе контроля. Показатели по методике чернильных пятен Роршаха также не взаимосвязаны с состоянием тяжести больного по шкале EDSS (Ožura A., Segá S., 2013).

У больных РС проявляется выраженная потребность в общении и постоянная готовность к ее удовлетворению. Им характерна предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Отмечено наличие тревожности, скованности, неуверенности. Им свойственно наличие усталости, расстройство сна и быстрая утомляемость. Рассеянный склероз приводит к возникновению психотравмирующих ситуаций из-за формирования устойчивого неврологического симптомокомплекса (Пантюк И.В. и др., 2008).

Особенности копинга при РС. В основе копинга лежит соотношение между условиями среды и имеющимися у человека ресурсами для ответа на эти условия; устойчивые паттерны копингов образуют так называемые копинг-стратегии. Преобладание того или иного типа копинг-стратегий у пациента с РС может определять приверженность к лечению препаратами ПИТРС, а также представить возможность для прогнозирования дальнейшего течения заболевания (Дибривная К.А. и др., 2013).

В исследовании больных РС немецкими учеными при помощи корреляционного анализа и иерархической регрессии определена прогностическая значимость влияния волевых компетенций на депрессию с учетом демографических и клинических параметров. Регрессионный анализ депрессивных проявлений по шкале CES-D позволяет разработать статистическую модель, согласно которой 68% разброса объясняется ежедневными стрессовыми ситуациями, саморегуляцией, усталостью и уровнем образования больных. Полученные результаты позволяют предположить, что личностно обусловленные сознательные компетенции совладания, вызываемые ежедневными стрессовыми ситуациями, могут быть важным фактором депрессивных состояний настроения у больных РС. Тем не менее, необходимы

дальнейшие исследования для уточнения специфических для больных РС факторов стресса (Nielsen-Prohl J.et al., 2013).

Касаясь копинг-стратегий больных РС, стоит заметить, что они менее склонны использовать положительные и проблемно-ориентированные стратегии и больше – стратегии избегания. В то же время отсутствуют достоверные различия в копинг-стратегиях у когнитивно сохранных больных и больных с когнитивными нарушениями (Goretti B.et al., 2010a).

В работе B. Goretti et al. у больных РС не отмечено влияния когнитивных нарушений на копинг-стратегии. Тем не менее, пациенты, испытывающие трудности с выполнением заданий на внимание и трудностями в исполнительных функциях, менее склонны обращаться к позитивным копинг-стратегиям (Goretti B.et al., 2010).

Изучение немецкими учеными во главе с C.G. Haase особенностей нейропсихологического дефицита и копинг-стратегий у больных РС с учетом тяжести клинического состояния ведет к заключению об отсутствии существенных различий между группами пациентов, которые предпочитают активные ($EDSS < \text{или} = 1$) или отвлекающие ($EDSS > \text{или} = 2$) стратегии копинга. Установлены положительные корреляционные связи между уровнем депрессивных показателей и депрессивными, а также отрицающими копинг-стратегиями. С увеличением когнитивного дефицита у больных РС возрастает уровень депрессии без какой-либо специфической связи с конкретными копинг-стратегиями, что обуславливает необходимость применения к больным индивидуального нейропсихологического терапевтического подхода для помощи в ситуации когнитивного дефицита и улучшения социального функционирования (Haase C.G.et al., 2008).

Одним из проективных методов изучения особенностей личности является метод чернильных пятен Роршаха. Проведенное словенскими учеными исследование 51 больного РС обоего пола позволило получить новые данные о специфике их внутренних переживаний. Установлено, что больные РС воспринимают себя как менее компетентные, чем другие, за счет снижения

чувства собственного достоинства. Значительная их часть опирается на избегающий стиль совладания с проблемами. Полученные данные обозначают особые потребности, которые имеют больные РС в связи с упрощенным стилем обработки информации, в том числе, потребности в общении с медицинскими работниками, принятии решений в отношении лечения, его планирования и его соблюдения. Данную личностную специфику больных РС важно учитывать не меньше, чем когнитивные изменения (Ozura A. et al., 2010).

Больным РС присущ невротический синдром астенического типа. Однако у этих пациентов не отмечено ярко выраженного депрессивного синдрома. В их эмоциональном состоянии, в отношении к себе и окружающим отсутствуют элементы сниженного настроения и подавленности. Наоборот, пациенты активны и готовы сотрудничать с медиками и близкими людьми, чтобы преодолеть или уменьшить негативные проявления заболевания, значительно снижающие качество их жизни (Пантюк И.В. и др., 2008).

В работе М.В. Чурюканова и др. в ходе исследования клинических и психологических особенностей пациентов с центральным болевым синдромом при РС установлено, что эти больные имеют высокий уровень катастрофизации, соматизации, психотицизма и используют неадаптивные стратегии преодоления боли, которые могут вносить существенный вклад в формирование клинической симптоматики (Чурюканов М.В. и др., 2011).

Внутренняя картина болезни у больных РС. Для минимизации выраженного тревожного состояния больные РС с тревожной базовой predisпозицией используется подсознательный механизм защитного поведения, проявляющийся в ограничительном поведении и избегании неуспеха, что блокирует реализацию личностных потребностей больного в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях и ведет к формированию депрессивной реакции и социальной дезадаптации. При тревожном отреагировании на факт наличия болезни у больных формируется преимущественно тревожное отношение к болезни, при ограничительном поведении — обсессивно-фобическое отношение к болезни. Блокировка

потребностей в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях способствует развитию ипохондрического и эгоцентрического отношения к болезни (Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., 2011).

В исследованиях выявлено, что у больных РС преобладают следующие типы отношения к болезни: эргопатический, неврастенический, анозогнозический. При эргопатическом и анозогнозическом типах социальная адаптация существенно не нарушается, при анозогнозическом типе внутренней картины болезни больные отказываются от обследования и лечения, приписывая проявления болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеванием. Неврастенический тип характеризуется психической дезадаптацией интрапсихической направленности. Аффективная сфера у больных с этим типом проявляется в дезадаптивных реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии (Пантюк И.В. и др., 2008).

Детальное изучение внутренней картины болезни у больных РС приведено в диссертационном исследовании В.И. Семиволос. В нем установлено, что для больных РС характерно доминирование смешанного (30%), сенситивного (20%), эргопатического (20%) и диффузного (14%) типов отношения к болезни. Дезадаптивные типы отношения к заболеванию (смешанный, сенситивный, диффузный, тревожный, паранойяльный) отмечены у большинства (66%) больных. При дезадаптивных типах отношения к заболеванию (сенситивном, смешанном и диффужном) больные РС имеют значительные эмоционально-личностные нарушения. Наиболее выраженные нарушения эмоционально-личностных особенностей наблюдаются при диффузном типе. Очаги демиелинизации в мозолистом теле связаны с дезадаптивными типами отношения к заболеванию (Семиволос В.И., 2009).

Т.Н. Резникова с соавт. также выделяют у большинства больных РС гипонозогностический тип отношения к болезни с отрицанием и недооценкой симптомов болезни и предполагают, что такой тип реагирования на болезнь связан с изменениями активности метаболических процессов в лобных отделах коры головного мозга (Резникова Т.Н. и др., 2004).

Исследователи отмечают, что у большинства больных РС определяется отрицательная модель прогноза и ожидаемых результатов лечения, наличие чувства бесперспективности в плане здоровья и несформированность целей и программ относительно заболевания (Резникова Т.Н. и др., 2004).

Особенности социальных отношений при РС. Система субъективных отношений у больных РС нарушена и характеризуется снижением уверенности, повышением уровня тревоги, ослаблением коммуникативных навыков в отношении к себе, своей семье, противоположному полу и социальному окружению, что свидетельствует о снижении адаптивных возможностей личности (Резникова Т.Н. и др., 2007).

При РС у больных может определяться синдром социофобии, который создает для большинства больных трудности в социальной адаптации и снижает качество жизни. Эти больные жалуются на боязнь осуждения со стороны других лиц, т.к. считают, что их могут принять за пьяниц, наркоманов из-за особой моторики. Такие больные стараются меньше появляться в общественных местах, выбирают для передвижения менее людные улицы, максимально уменьшают количество встреч с другими людьми. При ремиттирующем течении РС у больных отмечается тенденция к подавлению негативного аффекта, затруднения в его разрядке (Кузнецова Л.А. и др., 2004).

Что касается качества жизни при РС, то само заболевание оказывает существенное влияние на основные составляющие качества жизни пациентов. В большей степени это касается больных, принимающих иммуномодуляторы. Вероятно, это связано с более длительным течением заболевания и, как правило, имеющейся группой инвалидности и нетрудоспособностью таких пациентов (Кузнецова Е.Д., 2013).

Психологическое состояние больных РС во многом связано с состоянием лиц, осуществляющих уход и заботу за ними. В литературе имеются результаты психологического исследования ухаживающих за больными РС лиц. Так, в работе британских ученых N. Hughes, L. Locock, S. Ziebland, это - супруги, партнеры, родители, дети, братья, сестры или друзья больных, которые страдают РС от 6

месяцев до 50 лет. В результате нарративного интервью с ухаживающими предложена таксономия деятельности по уходу, включающая эмоциональную поддержку, личную гигиену, физический уход, решение бытовых задач, правовую поддержку, другую деятельность. Описаны четыре вида идентичности, ухаживающего с гибкими или перекрывающимися границами: включенность, принуждение, поглощенность и отвержение (Hughes N. et al., 2013).

Отвечая на закономерный вопрос о происхождении описанных выше индивидуально-личностных особенностей больных РС, хотелось бы обратить внимание на мнение Т.Н. Резниковой и др., о том, что данные особенности могут быть обусловлены как психогенными причинами, так и спецификой функционирования метаболических процессов головного мозга больных. Подобные соотношения чаще всего и могут характеризовать взаимовлияние клинической и психологической картины у больных РС (Резникова Т.Н. и др., 2007), что подтверждается и разнообразием психопатологических симптомов, наблюдаемых у больных РС, объясняемых различными точками зрения в отношении их происхождения (Матвеева Т.В. и др., 2002).

Завершая данный раздел, стоит особо подчеркнуть, что наиболее изученными личностными сторонами больных РС являются характеристики, связанные с их отдельными личностными чертами и личностным профилем, гендерными проявлениями личности при болезни, стрессовыми реакциями, психологическими защитами, спецификой копинг-стратегий и внутренней картины болезни, социальными отношениями и качеством жизни. Перспективными направлениями изучения личности являются ее базовые убеждения, временная перспектива и характеристики перфекционизма.

1.3. Роль психотерапии и психологической помощи в лечении и реабилитации больных рассеянным склерозом

В данном разделе представлен анализ современной научной литературы на предмет роли психотерапии и психологической помощи в системе лечения и реабилитации больных РС - обоснования необходимости ее применения,

основных показаний к ее назначению, конкретных применяемых подходов, методов и форм, возможных результатов, оценки эффективности психотерапии, особенностей ее применения в работе с больными РС.

Научная обоснованность применения психотерапии при РС. Серьезным обоснованием использования возможностей психотерапии в лечении и реабилитации больных РС может быть, прежде всего, значимая роль стрессового фактора в клинико-динамических изменениях в течении РС. Так, американские исследователи из Нового Орлеана J. Lovera, T. Reza считают, что существует определенная связь между стрессом и рецидивами РС, при которой более высокому риску рецидива соответствует более выраженный стресс. Более высокий уровень стресса, по их мнению, также соответствует отчетливым зонам поражения головного мозга, выявляемым при МРТ с контрастированием гадолинием. В то же время, рандомизированные клинические исследования подтверждают, что психотерапия сопровождается у больных РС статистически значимым уменьшением новых зон поражений головного мозга, определяемых при МРТ (Lovera J., Reza T., 2013).

Схожие данные получены D. C. Mohretal в Чикаго - стресс-менджмент при РС способствует снижению вероятности появления новых очагов поражения головного мозга во время лечения (Mohr D. C. et al., 2012). Гамбургские исследователи проследили связь между групповыми образовательными программами, поведенческими интервенциями, проводимыми лицом к лицу с больным РС, и снижением воспалительной активности, регистрируемой по данным МРТ (Heesen C. et al., 2012).

Стрессовые воздействия у больных РС могут относиться и к более ранним периодам жизни. Немецкие ученые уверены в существовании связи между детским негативным опытом - психотравмой в виде насилия, отсутствия заботы, игнорирования и развитием в последующей взрослой жизни РС (Spitzer C. et al., 2012), что совершенно обоснованно требует проведения психотерапевтических вмешательств у таких больных.

По мнению Т.Н. Резниковой и др. (2007), в лечебный процесс при РС наряду с базовой терапией необходимо включение психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, спектр направленности которых довольно широк - снижение эмоциональной напряженности, коррекция внутренней картины болезни и взаимоотношений больных с ближайшим окружением и социумом, восстановление психических функций.

Кроме того, при разработке социальных и медико-реабилитационных программ с применением психотерапевтических методик и специфических медикаментозных схем совершенно необходимо учитывать возможные психопатологические состояния у больных РС (Матвеева Т.В. и др., 2002).

Также с учетом того, что у большинства больных РС имеется повышенный уровень тревоги, перекрывающий ее нормальные пределы, а сама тревога связана с переживанием по поводу осознания и принятия диагноза, оставление пациента без внимания усиливает риск развития депрессии. В таких случаях необходимо проведение психотерапии, чтобы психологически позитивно влиять на процесс лечения, облегчать пациенту задачу осознания и принятия факта болезни, избавлять его от чувства беспомощности и вины (Субботин А.В. и др., 2009).

Показания для психотерапии при РС. К патологическим состояниям, при которых показана психотерапия, прежде всего, относят аффективные нарушения, наиболее часто сопровождающие течение РС – *депрессию* (Cooper C.L. et al., 2011; Artemiadis A.K. et al., 2012; Heesen C. et al., 2012; Moss-Morris R. et al., 2012) и *тревогу* (Knoop H. et al., 2012; Moss-Morris R. et al., 2012). По данным калифорнийских ученых, положительное влияние психотерапии на депрессивные симптомы при РС связано с ростом ориентации больных на позитивные изменения за счет усиления положительных эмоций и возрастания оптимизма (Hart S.L. et al., 2008). Черты перфекционизма у больных РС также соответствуют риску развития депрессивных нарушений, что может быть не только показанием для психотерапии, но и психотерапевтической мишенью (Smith M.M., Arnett P.A., 2013).

Другим распространенным патологическим состоянием больных РС, предполагающим назначение психотерапии, является *астения* (Dayaroğlu N., Tan M., 2012; Heesen C. et al., 2012; Knoор Н. et al., 2012; Thomas S. et al., 2013). Примером положительных результатов в работе с астеническими проявлениями при РС являются результаты исследования британских ученых во главе с S. Thomas, полученные в ходе применения когнитивно-поведенческого психотерапевтического подхода. Оценка эффекта произведена по результатам отзывов на фокус группе, посещаемости и данным тестирования (Thomas S. et al., 2010).

Психотерапия также помогает пациентам с РС более успешно преодолевать негативные психоэмоциональные *последствия стресса* (дистресса) (Dennison L., Moss-Morris R., 2010; Artemiadis A.K. et al., 2012; Moss-Morris R. et al., 2013). Она успешно применяется в коррекции *нарушений сна* (Baron K.G. et al., 2011; Dayaroğlu N., Tan M., 2012). Специальные поведенческие интервенции помогают пациентам с РС лучше справляться с *двигательными нарушениями* (Heesen C. et al., 2012), а поведенческие по своей основе нейрореабилитационные техники - решать проблемы когнитивного *дефицита* (Brenk A. et al., 2008; Rosti-Otajärvi E. et al., 2013; Rosti-Otajärvi E. et al., 2013). В позитивную сторону после применения психотерапии изменяются и показатели *качества жизни* больных РС (Ghafari S. et al., 2009).

Поведенческий подход. Психотерапевтические методы, относящиеся к поведенческому подходу, ориентированы на обучение техникам, позволяющим больному улучшить самоконтроль (Карвасарский Б.Д., 2006). Большинство описанных в современной научной литературе небиологических терапевтических подходов при РС опирается на использование потенциала поведенческого подхода.

Поведенческие вмешательства, включающие специальные упражнения, управление стрессом, образовательные программы, психотерапию и мультидисциплинарную нейрореабилитацию получают, в целом, все более широкое признание в клинической практике и исследованиях при РС – уверены

немецкие ученые А. Fischer et al., (2011). Множество научных оценок такого подхода сфокусированы на измерении психосоциальных результатов - качества жизни, астении, депрессии. Тем не менее, становится более очевидным, что нейропсихологические симптомы РС, как минимум, частично опосредованы биологическими процессами, такими как воспаление, нейроэндокринная дисфункция или локальное поражение головного мозга. С учётом этого, успешное лечение данных симптомов при помощи поведенческих подходов может влиять на биологические процессы при РС (Fischer A. et al., 2011).

Биологическая обратная связь. Л.А. Кузнецова и др. (2004) предлагает в лечении больных РС проводить нейробиоуправление или альфа-стимулирующий тренинг - собственную версию поведенческой техники биологической обратной связи. Суть предложенного метода состоит в том, что с помощью звукового сигнала через механизм адаптивной обратной связи пациент учится волевыми усилиями контролировать и опосредованно увеличивать мощность альфа-ритма головного мозга. Его сосредоточенность на позитивных образах, мыслях, ощущении отдыха, уравновешенности и покоя помогает ему соотносить это состояние со звуковым сигналом подкрепляющего характера. Подобная биоповеденческая терапия у больных РС приводит к существенному снижению уровня тревоги и депрессии (Кузнецова Л.А. и др., 2004; Кузнецова Л.А., 2007).

Методы релаксации. Прогрессивная мышечная релаксация является практически реализуемой техникой поведенческой терапии и положительно связана с улучшением качества жизни у больных РС (Ghafari S. et al., 2009).

Исследование турецких ученых свидетельствует, что использование прогрессивной мышечной релаксации позволяет достоверно значимо снижать у больных РС уровень астении и улучшать качество сна (Dayaroğlu N., Tan M., 2012).

Стресс-менеджмент. Являющаяся важной частью психотерапевтической работы с больными РС специальная программа стресс-менеджмента, включающая различные психорелаксационные техники - аутогенную тренировку, прогрессивную мышечную релаксацию, сеансы музыкотерапии - помогает, по

мнению Л.А. Кузнецовой и др. (2004), справляться больным с повседневными жизненными трудностями.

Греческим исследователям также отмечено снижение негативных влияний стрессовых воздействий и уменьшение выраженности симптомов депрессии у больных РС после применения восьминедельной программы стресс-менеджмента, включающей свободное дыхание и прогрессивную мышечную релаксацию (Artemiadis A.K. et al., 2012).

Когнитивный подход. Когнитивный подход, дополняющий возможности поведенческих техник когнитивным анализом и научением (Карвасарский, 2006), является на сегодняшний день признанным, наряду с применением антидепрессантов, подходом в лечении депрессивных расстройств. В связи с чем вполне понятно, что немалое число работ исследователей посвящено применению методов когнитивного подхода в лечении больных РС.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Подробное обоснование показаний для применения КПТ в лечении больных РС, описание ее возможностей в помощи пациентам в преодолении осложнений заболевания, его прогрессирования, разбор вопросов эффективности и применимости подобных интервенций представлен в работе британских исследователей из Университета Саутгемптона (Dennison L., Moss-Morris R., 2010).

Российские ученые выделяют специфический для больных РС психологический фактор – катастрофизацию, необходимость коррекции которого с помощью КПТ они особо подчеркивают. Авторы уверены, что учет этого в протоколах ведения больных РС может существенно улучшить качество помощи больным данной группы (Чурюканов М.В. и др., 2011).

Можно выделить некоторые особенности подходов КПТ больных РС. Если целью терапии, фокусированной на принятии заболевания и приверженности лечению, является активное и осознанное отношение к жизни, ее более полное принятие больным, то обучение навыкам релаксации непосредственно нацелено на выработку копинг-стратегий по преодолению симптомов эмоциональных нарушений (Nordin L., Rorsman I., 2012).

По опыту новосибирских ученых, в ходе КПТ анализируются ключевые моменты в жизни больного РС. Особое внимание уделяется периоду, предшествующему манифестации заболевания. Больным предлагается идентифицировать связанные с этими событиями чувства и эмоции. При необходимости психотерапия сопровождается назначением психофармакотерапии (Кузнецова Л.А. и др., 2004).

Какие позитивные изменения могут происходить в результате применения КПТ у больных РС? В ходе КПТ уменьшаются проявления избегающего поведения, фокусировки и погруженности в патологические симптомы в связи с астенией, изменяется уровень тревоги. Основным позитивным фактором КПТ в отношении астении является изменение представлений и убеждений пациента о самой астении, что предлагается обязательно учитывать при применении КПТ в работе с больными РС (Кпоор Н. et al., 2012). КПТ в сочетании со специальными упражнениями и образовательными программами перспективны в улучшении копинг-возможностей пациентов и уменьшении выраженности у них когнитивных симптомов (Jongen P.J. et al., 2012).

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ). РЭТ является одним из основных направлений когнитивной психотерапии (Карвасарский, 2006). В процессе РЭТ при РС особое внимание уделяется выявлению скрытой агрессии пациента и способам ее оптимального отреагирования, обсуждаются конструктивные пути ее проявления с разработкой индивидуальной программы тренировки. Преобразованию агрессивных стимулов способствует выявление существующих у пациента иррациональных убеждений и обучение работе с ними по методу А. Эллиса по специальной схеме А-В-С (активирующее событие – система убеждений – последствия). Обсуждение ключевых событий жизни, их значения, смысла и связи с другими событиями позволяет проникнуть в качественный мир пациентов, “реанимировать” способность к созданию индивидуальных символов, усилить метафорическое мышление, что также способствует процессу позитивных преобразований (Кузнецова Л.А. и др., 2004).

Психотерапия, основанная на осознанности. Данный вид психотерапии, опирающийся на психологический феномен осознанности, объединяет сравнительно новые психотерапевтические техники, развивающиеся в русле когнитивного подхода. Она также начинает широко использоваться в терапии депрессии (Пуговкина О.Д., 2014). В рамках психотерапии, основанной на обращении к феномену осознанности, выделяют групповую программу “Mindfulness-based stress reduction program” (MBSR) – снижение стресса, основанное на осознанности, направленную на уменьшение последствий, вызванных соматическими, психосоматическими и психическими расстройствами. Вторая методика – “Mindfulness-based cognitive therapy” (MBCT) – когнитивная терапия, основанная на осознанности, нацелена на профилактику рецидива депрессивных нарушений (Fjorback L.O., 2012).

В Швейцарии проведено специальное рандомизированное исследование влияния применения психотерапии, основанной на осознанности, на качество жизни, связанное со здоровьем, депрессию и астению у больных с РС. В исследовании участвовали 150 случайным образом отобранных больных РС с рецидивирующе-ремиттирующим и вторично-прогрессирующим течением, 76 из которых прошли 8-недельную терапию, основанную на осознанности, и 74 пациента, получавших обычное лечение. Все измерения проводились трижды – до лечения, сразу после лечения и через шесть месяцев. Согласно полученным результатам, в группе после психотерапии в сравнении с обычным лечением улучшились нефизические показатели первичных результатов. При повторе измерений в группах с клинически значимыми уровнями депрессии, астении и тревоги до воздействия данные показатели улучшились более выражено, чем в общей клинической выборке. В выводах исследования содержатся свидетельства о том, что программа психотерапии, основанной на осознанности, не только способствует повышению качества жизни, связанного со здоровьем и благополучия у больных РС, но она является вполне удовлетворяющим и доступным средством помощи (Grossman P. et al., 2010).

Целью другого исследования, проведенного в университете Глазго, также стало изучение эффективности у больных РС психотерапии, основанной на осознанности. По данной теме проведён анализ литературных источников из семи научных баз данных. Отбор и первичная обработка данных осуществлены двумя экспертами независимо друг от друга. В окончательный анализ включены три исследования со 183 участниками, проведённые в Великобритании, Швейцарии и США. 80% участников исследования были женщинами, средний возраст пациентов составил $48,6 \pm 9,4$ года. Рецидивирующе-ремиттирующая форма течения РС определена у 67% пациентов, у 26% - вторичная прогрессирующая форма. Продолжительность курса психотерапии составила 6-8 недель, отсев участников находился в пределах 5-43%. Все пациенты обследовались до и после прохождения курса психотерапии. По результатам выявлены статистически значимые положительные эффекты, сохраняющиеся на протяжении 3-х и 6-месячного периода наблюдения после лечения и относящиеся к качеству жизни, психическому здоровью (тревога и депрессия) и некоторым показателям физического здоровья (Simpson R. et al., 2014).

Позитивная психотерапия. Еще одним методом, который по своему содержанию может быть отнесен к когнитивному подходу, является позитивная психотерапия. Основатель данного метода в современной психосоматической медицине германский врач иранского происхождения Н. Пезешкин наделяет больных РС определенными личностными чертами, среди которых – чувствительность, ранимость, стремление к справедливости. Он предлагает строить терапевтический процесс с ними в рамках концепции позитивной психотерапии на последовательном прохождении пяти ступеней: наблюдения (дистанцирования), инвентаризации, ситуативного ободрения, вербализации и расширения цели (1996). Психотерапевт в работе с пациентом опирается на позитивную интерпретацию проблемы, расширение представлений пациента о проблеме путем знакомства с иным реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах, а также на притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (Карвасарский Б.Д., 2006).

Гуманистический подход. Данный психотерапевтический подход является наиболее разнородным по относящимся к нему методам. В целом, он ориентирован на максимально полное исследование уникальности и универсальности природы человека, на помощь пациенту в его личностном росте (Карвасарский Б.Д., 2006). Исследования, описывающие применение при РС техник именно этого подхода, немногочисленны и посвящены, в основном, различным вариантам музыкотерапии.

Музыкотерапия. Позитивное влияние музыкотерапии по результатам исследования больных РС отмечено немецкими исследователями (Schmid W., Aldridge D., 2004). Музыкотерапия, в частности, позитивно влияет на настроение больных РС, их самопринятие, уменьшает выраженность астении (Aldridge D. и др., 2005). Результаты применения музыкотерапии также сопровождаются при РС смягчением симптомов тревоги и депрессии (Ostermann T., Schmid W., 2006).

Бразильские ученые указывают, что музыкотерапия в форме создания пациентом своей индивидуальной музыкальной автобиографии является мощным терапевтическим инструментом, при помощи которого больные РС получают возможность для реконструкции личностной идентичности и улучшения качества жизни. Данный метод помогает лучшему пониманию больными РС своих чувств и осознанию тела, а также способствует их обращению к альтернативным способам самовыражения, активации и контекстуализации аффективных воспоминаний, достижению ими ощущения продолжающейся жизни несмотря на тяжелое заболевание (Moreira S.V. et al., 2009).

Арт-терапия. В литературе имеются единичные примеры обращения в лечении больных РС к возможностям арт-терапии. Исследователь Kelly N.A. (2009) из Нью-Йорка публикует описание клинического случая, посвященного использованию визуального искусства в снижении негативного влияния стресса у больного с впервые диагностированным случаем РС (Kelly N.A., 2009).

Суппортивное выслушивание. Недирективная техника суппортивного выслушивания, отнесенная нами к методикам гуманистического подхода, также

характеризуется исследователями как продуктивная практика при работе с больными РС (Dennison L. et al., 2013).

Комбинированный подход. Применение комбинированного психотерапевтического подхода подразумевает одновременное использование методик и техник различных психотерапевтических направлений, а также различных форм психотерапии. Его преимуществом является мощность терапевтического воздействия и нацеленность на различные психотерапевтические мишени.

Выявляемые нарушения адаптации личности и уровня психической активности у пациентов с РС требуют использования различных комбинированных подходов для психологической коррекции, что имеет большое значение в разработке программ по повышению эффективности реабилитационных мероприятий, позволяющих поддержать качество жизни больных на должном уровне (Алексеев Е.В. и др., 2008).

Примером такого комбинированного подхода является предложение голландских ученых использовать для преодоления симптомов астении при РС специальный терапевтический комплекс TREFAMS-ACE, включающий в себя такие методы, как аэробную тренировку, когнитивно-поведенческую терапию и управление сохранением энергии (Beckerman H. et al., 2013).

Бахтеева Т.Д., Марута Н.А. (2011) считают, что психотерапия депрессивных проявлений у больных РС имеет свою специфику, и включает индивидуальную, групповую, семейную психотерапию, состоит из комплекса кризисной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии. Целью проведения психотерапии является стабилизация психического состояния больного, выработка адекватного эмоционального реагирования на факторы, провоцирующие депрессивные расстройства, формирование новых форм поведения, исключающих тревожный, аффективный и эпилептоидный механизмы реагирования (Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., 2011).

Комбинированный подход в психотерапии в работе кабинетов клинической нейропсихологии амбулаторной неврологической службы Москвы позволяет

проводить с больными РС индивидуальный подбор немедикаментозного лечения, в том числе, психотерапевтической коррекции (включая индивидуальную и групповую психотерапию, цветолечение, музыкотерапию). В задачи комплексного лечения здесь входят не только коррекция диагностированных нейропсихологических нарушений, но и адаптация к имеющимся двигательным ограничениям, помощь в выборе оптимальных стратегий преодоления когнитивного и двигательного дефекта и инвалидности рекомендации по социализации пациентов — максимально полноценная интеграция в общество (Батышева Т.Т. и др., 2009).

Альтернативный подход. К психотерапевтическим подходам альтернативного характера можно отнести индийскую религиозно-философскую концепцию и психотехническую практику йоги, которая в применении к задачам психотерапии часто сводится к управлению эмоционально-вегетативной сферой (Карвасарский).

Йога. Результаты многочисленных исследований, посвященных роли йоги в лечении РС довольно противоречивы. Так, исследование американских ученых из Калифорнийского университета подтверждает, что применение техник йоги при РС связано с позитивными изменениями в физическом функционировании и качестве жизни больных РС (Salgado B.C. et al., 2013). Описано, что использование йоги в течение месяца в ходе комплексного лечения ведет к уменьшению физической боли и улучшению качества жизни у женщин с РС (Doulatabad S.N. et al., 2012). Применение йоги при РС в дополнение к принятым методам лечения рассматривается индийскими исследователями в качестве эффективного средства коррекции нарушений, вызванных нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (Patil N.J. et al., 2012).

С другой стороны, Bowling AC. (2010) с осторожностью относит йогу, наряду с акупунктурой, тай-чи, приемом клюквы и витамина Д к относительно малоопасным и полезным средствам альтернативной медицины при РС. Итальянские ученые (Crescentini C. et al., 2014) с учетом потенциала йоги в формировании когнитивного резерва мозга, пишут о необходимости проведения

дополнительных систематизированных исследований по изучению роли йоги и медитации в предупреждении когнитивной деградации при РС. К мнению о недостаточности имеющихся данных для однозначного утверждения о позитивном влиянии йоги на состояние здоровья больных РС также присоединяются немецкие (Boehm K. et al., 2012) и американские ученые (Mishra S.K. et al., 2012).

Формы психотерапии. Представленные выше методы и техники психотерапии независимо от их теоретического содержания в работе с больными могут проводиться в различных формах. Традиционно – это индивидуальная, групповая и семейная формы. С учетом того, что групповая психотерапия имеет большие потенциальные возможности, чем индивидуальная, в частности, при неврозах (Карвасарский), больший акцент в обзоре ставится именно на ней.

Групповые формы психотерапии. Групповая психотерапия и групповое консультирование является одним из важных методов лечения и реабилитации больных РС, который позволяет лучше познавать опыт, чувства и убеждения пациентов. Групповая дискуссия помогает больным преодолевать негативные чувства и мысли, способствует их движению в направлении более осознанной жизни, также влияя на повышение качества жизни (Mazaheri M. et al., 2011).

В научном обзоре N. Firth (2014), работающего в Шеффилдском университете, рассмотрены результаты применения групповой формы психологической помощи при РС. Четырнадцать представленных исследований носят экспериментальный и количественный характер, и включают группу сравнения (либо контрольную, либо группу с иным видом вмешательства). В сравнении с контрольной группой, психологически ориентированные групповые вмешательства ведут к значительному улучшению в течении депрессии, умеренному улучшению в самооффективности и качестве жизни больных, и незначительным изменениям в переживании больными тревоги. Также установлено, что психологически ориентированное групповое воздействие в краткосрочной перспективе при депрессии менее эффективно в сравнении с индивидуальной КПТ или фармакотерапией, но вполне сопоставимо в

долгосрочной перспективе. Затруднения в оценке эффективности вызваны неоднородным характером воздействий в исследованиях и недостаточной ясностью специфичности результата. Эффективность психологически ориентированных групповых воздействий при РС показана в ограниченном числе исследований.

Опыт проведения немецкими исследователями групповой музыкотерапии с 225 больными РС в условиях стационара, на которой разбирались темы инвалидности, неуверенности, тревоги, депрессии, низкой самооценки, свидетельствует, что музыкотерапия является полезным дополнением к лечению не только за счет предоставления психологической поддержки ее участникам, но и благодаря работе над индивидуальными копинг-стратегиями (Lengdobler H., Kiessling W.R., 1989).

Дистанционная психотерапия по телефону. Исследование V. Beckner et al. (2010) показало, что применение в лечении больных РС с депрессией дистанционной КПТ по телефону (Т-CBT) и эмоционально фокусированной поддерживающей терапии по телефону (Т-SEFT) сопровождается позитивными изменениями. Выявлено, что уровень воспринимаемой социальной поддержки и удовлетворенности этой поддержкой до начала психотерапии связан с результатом лечения. Больные с высоким уровнем социальной поддержки демонстрируют большее снижение депрессивных симптомов при использовании Т-CBT. Больные с низким уровнем социальной поддержки показывают одинаковое снижение при обоих методах лечения. Полученные результаты свидетельствуют, что для больных РС с высоким уровнем социальной поддержки КПТ может быть более оправданным методом лечения депрессии по сравнению с Т-SEFT.

В работе Mohr D.C. et al. (2000) изучена эффективность 8-недельной КПТ, проводимой по телефону, для лечения депрессивной симптоматики при РС. В терапии использовалась специально разработанная рабочая книга пациента, которая позволяла структурировать лечение, обеспечивала наглядное пособие и помогала с выполнением домашнего задания. По завершении КПТ депрессивная

симптоматика у испытуемых значительно уменьшилась в сравнении с пациентами, получавшими обычное лечение. Более того, в данной группе больных на протяжении 4-месячного периода наблюдения была выше приверженность лечению иммуномодулирующим препаратом - интерфероном бета-1а.

Целью исследования американских ученых (Cosio D. et al., 2011) было изучение влияния КПТ на качество жизни больных РС. Для этого 127 пациентам с РС и проявлениями депрессии проводилась либо КПТ по телефону (Т-CBT), либо эмоционально фокусированная поддерживающая терапия по телефону (Т-SEFT). Пациенты, получающие Т-CBT показали значительно большее улучшение в качестве жизни в сравнении с пациентами, получающими Т-SEFT. Улучшение качества жизни после Т-CBT обнаружило связь с уменьшением депрессивных проявлений и улучшением эмоционального состояния. В отношении астении данные связи выражены меньше. Полученные результаты позволяют считать КПТ, проводимую по телефону, полезной для улучшения качества жизни больных РС.

В работе исследователей из Чикаго (Baron K.G. et al., 2011) поставлена задача оценки распространенности бессонницы у больных РС с сопутствующей депрессией, поиска связей между психологическими симптомами, симптомами РС и бессонницей, а также установления эффективности 16-недельной протоколированной психотерапии депрессии в преодолении бессонницы. В ходе исследования больные получали КПТ по телефону или эмоционально фокусированную поддерживающую терапию по телефону. До начала лечения бессонница была связана с депрессией, тревогой и специфичными для РС эмоциональными нарушениями. После курса психотерапии распространенность бессонницы у больных РС снизилась с 78% до 43%, ее снижение было связано с уменьшением выраженности тревоги и депрессии. У больных с резидуальной бессонницей чаще наблюдались признаки большого депрессивного расстройства, выраженной клинической тяжести РС, повышенной тревоги и снижения психических компонентов качества жизни. Полученные результаты свидетельствуют, что бессонница встречается чаще среди больных РС с

коморбидной депрессией, чем среди больных с изолированным течением РС, что предполагает необходимость лечения бессонницы помимо устранения коморбидных психических симптомов.

Компьютерная и онлайн формы психотерапии. С учетом позитивной роли КПТ в лечении астении у больных РС британскими учеными предложена интернет-версия данного вида терапии – MSInvigor 8. Онлайн программа представлена 8 интерактивным сессиями. В дополнение к 8-10 неделям занятий больные РС получают до трех 30-60 минутных телефонных сессий суппортивной направленности. Исследователи сообщают о значительном уменьшении симптомов тревоги, депрессии и улучшении показателей качества жизни (Moss-Morris R. et al., 2012).

Также сообщается о пилотажных исследованиях и планировании дальнейших клинических испытаний применения КПТ в компьютерной форме в лечении депрессии у больных РС (Cooper C.L. et al., 2011).

В работе (Stuifbergen A.K. et al., 2012) представлены положительные результаты клинического применения другой 8-недельной программы когнитивной реабилитационной интервенции (MACFIMS) при РС, которая включает: групповые сессии, фокусированные на выработке эффективных компенсаторных когнитивных стратегий, а также специальную программу когнитивной реабилитации в домашних условиях, основанную на использовании возможностей компьютера

С учетом того, что онлайн-психотерапия депрессии уже показала свою эффективность, голландские исследователи рекомендуют применять программы интернет-самопомощи для больных РС (Boeschoten R.E. et al., 2012).

Оценка эффективности психотерапии при РС. Научная информация об использовании различных психотерапевтических методов и подходов при РС сопровождается данными об их различной степени эффективности в отношении различных патологических состояний. Так, краткосрочный шестинедельный когнитивный тренинг эффективен в положительном влиянии на

нейропсихологический дефицит, депрессивные симптомы и качество жизни у больных с РС на протяжении не менее чем 6 месяцев (Brenk A. et al., 2008).

В отношении астении при РС более эффективна, по мнению голландских ученых, КПТ, чем релаксационный тренинг (Кпоор Н. et al., 2012). Также есть данные, что КПТ демонстрирует большую эффективность в уменьшении стрессовых воздействий у больных РС, чем техника суппортивного выслушивания. КПТ наиболее показана пациентам с низким уровнем социальной поддержки высоким уровнем дистресса (Moss-Morris R. et al., 2013).

Финскими исследователями выявлены более позитивные изменения в ходе нейропсихологической реабилитации при РС у пациентов мужского пола, имеющих выраженные нарушения внимания (Rosti-Otajärvi E. et al., 2014). Также определено, что позитивный эффект стратегически ориентированной нейропсихологической реабилитации в отношении приобретенного когнитивного дефицита может прослеживаться до девяти месяцев. Результаты более очевидны у больных с умеренными или выраженными нарушениями внимания (Rosti-Otajärvi E. et al., 2013b).

Поведенческие техники показали свою результативность в борьбе с астенией, депрессией, а также – двигательными нарушениями. Групповые образовательные программы, а также индивидуальные поведенческие интервенции связаны со снижением воспалительной активности, регистрируемой по данным МРТ (Heesen C. et al., 2012). Не менее обнадеживающей информацией является сообщение о том, что стресс-менджмент во время лечения способствует снижению вероятности появления новых очагов поражения головного мозга у больных РС. Однако данный эффект продолжается не более 24 месяцев и не сопровождается позитивными клиническими изменениями (Mohr D.C. et al., 2012).

Исследователи подчеркивают, что психотерапия и психокоррекционная работа с больными РС вполне может быть эффективной в условиях стационара и поддаваться измерению и оценке, которые выражаются в статистически значимых изменениях эмоциональных показателей (Субботин А.В. и др., 2009).

Растет число рандомизированных контролируемых исследований эффективности психотерапии при РС. В мультицентровом рандомизированном клиническом исследовании британских ученых отражена эффективность в лечении больных РС программы FACETS, нацеленной на снижение выраженности астении и повышение самоэффективности пациента в отношении астении. Программа состоит из прикладных когнитивно-поведенческих техник и техник, направленных на стиль жизни, рассчитана на шесть сессий, проводимых в групповой форме, и направлена на обучение совладанию с симптомами астении (Thomas S. et al., 2013).

Также британскими учеными проанализированы исследования эффективности КПТ в лечении депрессии при РС, результаты которых опубликованных в базах данных MEDLINE, PsycINFO и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний до июня-июля 2013 года. В анализ включены клинические испытания, в которых проводились сравнения индивидуальной КПТ, групповой КПТ, КПТ при непосредственном контакте, дистанционной КПТ с ситуациями лечения без применения КПТ. В результате анализа идентифицированы семь исследований с общим числом пациентов 433 человека, в которых доказана эффективность КПТ в лечении депрессии при РС. При этом, три исследования посвящены индивидуальной КПТ, три работы - групповой КПТ, одна работа - дистанционной КПТ через компьютер. Авторы делают вывод об эффективности использования КПТ при РС и предлагают сконцентрировать дальнейшие исследования на вопросах оптимальной длительности и условиях лечения пациентов с различными характеристиками (Hind D. et al., 2014).

Условия результативности лечения и реабилитации больных с РС. В качестве важных условий результативности психотерапевтического процесса при РС авторы выделяют разнообразные факторы. По мнению финских исследователей, значимая роль в эффективности нейропсихологической реабилитации больных РС отводится положительному рабочему альянсу между специалистом и пациентом (Rosti-Otajärvi E. et al., 2013). В психообразовательные

и реабилитационные программы для больных РС должны обязательно включаться вопросы духовности и духовного благополучия (Iranmanesh S. et al., 2014).

Обобщенный клинический и демографический портрет больного РС рисуют белорусские ученые. В психотерапии, по их мнению, следует учитывать, что в большинстве своем это семейные лица трудоспособного возраста, с длительностью течения заболевания три-пять лет, имеющие третью группу инвалидности, перенесшие сопутствующие заболевания (частые ОРВИ), герпесные инфекции, детские инфекционные заболевания и не имеющие наследственных заболеваний; ведущие здоровый образ жизни; после постановки диагноза, пережившие психотравмирующую ситуацию (развод, потеря престижного места работы, резкое изменение круга общения и т.п.) и обладающие средним уровнем интеллектуального развития; имеют выраженный невротический синдром астенического типа с психосоматическими нарушениями (Пантюк И.В. и др., 2008).

А.В. Захаров и др. (2010) предлагает рассматривать проблемы больных РС шире - с позиций реабилитационного процесса, как комплексного процесса на «возвращение человека в социум», и чем раньше это будет начато, тем значительнее может быть положительный эффект.

Австралийские авторы подчеркивают, что *мультидисциплинарный подход* в лечении и реабилитации является важным компонентом симптоматической и поддерживающей терапии больных РС. На их взгляд, мультидисциплинарные программы не влияют на уровень нарушений здоровья, но могут значительно повышать опыт активности и непосредственного участия больных РС в процессе лечения и реабилитации (Khan F. et al., 2007). Важность мультидисциплинарного подхода в лечении также подчеркивается греческими (Stathopoulou A. et al., 2010), немецкими A. Fischer et al., (2011), датскими (Sørensen J. et al., 2012), канадскими и американскими исследователями (Asano M. et al., 2014).

Согласно мнению французского исследователя С. Donzé (2007), реабилитацию следует рассматривать как непрерывный процесс для

максимального сохранения и восстановления функций и качество жизни больных РС.

Обобщая, можно заметить, что психотерапия и психологические методы воздействия занимают все более значимое место в системе лечения и реабилитации больных РС. Основными показаниями для назначения психотерапии при РС являются: депрессивные и тревожные нарушения, астенические нарушения, двигательные нарушения, когнитивный дефицит, нарушения сна. Применяемые в современной клинической практике психотерапевтические методы по своему содержанию могут быть отнесены к поведенческому, когнитивному, гуманистическому, комбинированному или альтернативному подходам. Психотерапия наиболее часто реализуется в индивидуальной и групповой форме. Расширяется применение дистанционных форм психотерапии – посредством телефона, компьютера и сети интернет. Позитивный эффект психотерапии при РС подтверждён результатами рандомизированных контролируемых исследований и может отражаться в результатах МРТ головного мозга. Эффект психотерапии при РС варьирует от нестойкого до продолжающегося более 6 месяцев и года в зависимости от тяжести заболевания и патологических состояний, выбранных в качестве психотерапевтических мишеней. Наиболее оправдано включение психотерапии в комплексные мультидисциплинарные программы лечения и реабилитации.

* * *

Таким образом, на сегодняшний день в системе лечения и реабилитации больных РС наиболее разработаны вопросы медикаментозной терапии и применения отдельных видов психотерапии и психологического воздействия. Единая и скоординированная система медико-психологической помощи больным РС отсутствует, тогда как, комплексные мультидисциплинарные программы в данном направлении считаются наиболее эффективными.

В связи с чем, становится оправданной разработка системы медико-психологического сопровождения больных РС в условиях действующей практики

медицинской и реабилитационной помощи больным РС с опорой на привлечение дополнительных внутренних и внешних ресурсов.

Считаем, что такая система должна быть создана на примере и на основе учета специфики клинических и психологических факторов конкретного контингента больных РС. Как показал проведённый анализ литературы, наиболее значимой и востребованной для разработки подобной системы является информация о психосоциальном статусе пациентов, особенностях их психического статуса и уровне стресса, степени контроля эмоций, преобладающих копинг-стратегиях и полноценности социального функционирования, уровне перфекционизма, особенностях базовых убеждений и временной перспективы. Полученные результаты могут помочь определить наиболее актуальную направленность и детальное содержание медико-психологического сопровождения больных РС.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа выполнена в ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» на кафедре социальной и клинической психологии. Набор больных производился в 2014 году на базе Республиканского клинико-диагностического центра по рассеянному склерозу при Республиканской клинической больнице Минздрава Чувашии в г. Чебоксары, где больные РС получают высококвалифицированную амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинской помощь, в т.ч. лечение специфическими препаратами. Все больные участвовали в данном исследовании добровольно, что было подтверждено письменным информированным согласием каждого из них.

2.1. Материал исследования

Для выполнения задач данного исследования отбор испытуемых проводился из числа больных, страдающих РС, поступивших в стационар Республиканского клинико-диагностического центра по РС впервые в жизни с целью подтверждения диагноза или повторно - для снятия обострения заболевания, подбора терапии, подготовки к решению медико-социальных экспертных и других вопросов.

По итогам деятельности Республиканского клинико-диагностического центра по РС за период 2009-2013 годов, в структуре больных РС, получавших медицинскую помощь, более 90% составили больные с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типами течения. Доля больных первично-прогрессирующим РС составила не более 5% всех больных РС.

С учётом этих особенностей были сформированы соответствующие клинические исследовательские группы – группа больных ремиттирующим рассеянным склерозом (РРС) и группа больных вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС). Другие больные из-за невысокой

представленности и некорректности сравнения возможных результатов в исследование не включались.

Помимо невролога, каждый больной был проконсультирован врачом-психотерапевтом, который определял актуальное психическое состояние пациента, наличие и степень выраженности психопатологических синдромов. Больные также консультировались медицинским психологом.

Критериями включения пациентов в исследование были следующие:

- 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.

Определение объёма выборки. Для определения репрезентативного объёма выборки больных РС для данного исследования проведён расчёт минимального необходимого числа пациентов с данным диагнозом (n) по следующей формуле (Стекольников Л.В., Голенков А.В., 1995; Николаев Е.Л., 2006а):

$$n = \frac{t^2 p (1000 - p)}{\Delta^2}$$

При этом, t – доверительный коэффициент (в нашем случае, не менее двух), p – интенсивный показатель в % (в данном случае, распространённость РС), Δ – максимальный размер ошибки выборки (не более 5%). При выборе значения интенсивного показателя мы ориентировались на усреднённый показатель распространённости РС в Чувашской Республике за 25 лет, который по данным Г.П. Егоровой (2004), составил $28,13 \pm 1,8$ случаев на 100 тыс. населения и не имел

выраженной тенденции к значительным изменениям в последующие годы. Рассчитанный таким образом минимальный объем репрезентативной выборки больных РС составил 45 человек.

Общая характеристика обследованных. В соответствии с описанными критериями для исследования было отобрано 104 больных РС, средний возраст которых составил 38,88±10,32 года.

Как видно из таблицы 1, более трёх-четвертей из них были лицами женского пола (76,0%), среди которых был также отмечен более низкий минимальный возраст (19 лет). Больным с максимальным возрастом (64 года), принявшим участие в исследовании, был пациент мужского пола.

Таблица 1 – Общие половозрастные характеристики больных РС

Категория	Абсолютное число, чел.	Относительное число, %	Минималь- ный возраст, годы	Максималь- ный возраст, годы
Мужской пол (n=25)	25	24,0	23	64
Женский пол (n=79)	79	76,0	19	59

Большая часть исследованных (73 чел. или 70,19%) относилась к группе больных РРС. В ней были одинаково ($p>0,05$) представлены мужчины (72,0%) и женщины (69,6%). Несмотря на то, что минимальный возраст больного был ниже в группе РРС (19 лет), а максимальный – в группе ВПРС (64 года) (табл. 2), средний возраст больных группы РРС достоверно не различался со средним возрастом больных группы ВПРС ($p>0,05$). Доли мужчин и женщин в обеих клинических группах также статистически не различались ($p>0,05$), что позволило рассматривать данные клинические группы, как гомогенные по половому и возрастному составу.

Таблица 2 – Половозрастные характеристики больных РС двух клинических групп

Категория	Больные РРС (n=73)	Больные ВПРС (n=31)
Мужской пол, чел.	18	7
Мужской пол, %	72,0	28,0
Женский пол, чел.	55	24
Женский пол, %	69,6	34,4
Средний возраст, годы ($M \pm \sigma$)	38,00+10,58	40,94+9,54
Минимальный возраст, годы	19	23
Максимальный возраст, годы	59	64

Отдельная контрольная группа из здоровых лиц не формировалась. При сравнении психологических показателей учитывались нормативные данные, имеющиеся в литературе.

2.2. Методы исследования

1. Теоретико-методологический анализ современных подходов к вопросам терапии и реабилитации больных РС, вопросам роли психосоциальных факторов в формировании и клинической динамике заболевания при РС, вопросам позитивных влияний различных форм целенаправленного психологического воздействия на здоровье и благополучие больных РС. Анализ проводился путём обобщения данных отечественной и зарубежной научной литературы в области медицины и психологии на русском и английском языках с преимущественным вниманием к материалам, опубликованным в течении последних пяти лет, в т.ч. диссертационных исследований на соискание учёных степеней по научным специальностям «Неврология», «Психиатрия», «Медицинская психология» (2012-2016 гг.).

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 (Воскресенский Б.А., 1991; Ляшковская С.В., 2016).

В рамках клинического метода, как исследовательского подхода, для решения его отдельных задач использовались следующие составляющие его методы (Ляшковская С.В., 2016):

- *клинико-анамнестический* – для подробного изучения истории жизни и развития больного, условий и особенностей формирования его личности и актуальных патологических проявлений в связи с болезнью и вне ее;

- *клинико-психопатологический* – для выявления и дифференциации основных клинических психопатологических симптомов и синдромов, которые формируют общую картину заболевания пациента и характеризуют специфику структуры его патологического состояния;

- *клинико-патогенетический* – для оценки закономерностей и механизмов формирования конкретных патологических проявлений в болезни пациента, поиска их истоков, специфики динамики и вариантов исходов заболевания.

3. Клинико-психологический метод применялся в таком диагностическом взаимодействии специалиста с пациентом в контексте его заболевания, в рамках которого становилось возможным не только получить непосредственную целостную информацию о личности больного и его психологических особенностях, но и сопоставить её с клиническим диагнозом, результатами инструментальных и экспериментально-психологического исследований, консультаций специалистами иного профиля, наблюдений медицинским персоналом, результатами, полученными другими методами (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Щелкова О.Ю., 2009; Николаев Е.Л. и др., 2014; Ляшковская С.В., 2016).

В формате клинико-психологического метода для получения информации об особенностях психосоциального статуса больных РС использовалась *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, которые в одинаковом виде предъявлялись каждому пациенту и регистрировали особенности его индивидуального реагирования на стимульный материал (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Щелкова О.Ю., 2009; Николаев Е.Л. и др., 2014; Ляшковская С.В., 2016). Его применение было обосновано необходимостью конкретизации и формализации уровня определённых клинико-психологических характеристик у больных РС.

В формате экспериментально-психологического метода в работе использовался комплекс психодиагностических методик, направленных на уточнение клинико-психологических особенностей больных РС, находящихся в ситуации тяжёлого неврологического заболевания с неблагоприятным прогнозом:

- определение актуального психического состояния, в том числе, состояния эмоциональной сферы, выраженности психического дистресса и контроля эмоций;
- выявление особенностей отношения к себе и окружающему миру, своему прошлому, настоящему и будущему;
- установление специфики социального функционирования;
- раскрытие характера совладания со стрессовыми ситуациями.

С целью получения углублённой информации эмпирического характера по данным вопросам в психодиагностической работе с больными РС использовались следующие методики:

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90. Широко известная клиническая шкала американских авторов (Derogatis L.R. et al., 1973), адаптированная для применения в России (Тарабрина Н.В., 2001). Позволяет устанавливать у опрашиваемых степень выраженности и соотношение клинических проявлений широкого психопатологических расстройств. В большей степени предназначен для выявления непсихотического уровня психических нарушений. Представлен 90 утверждениями, по отношению к каждому из которых опрашиваемый определяет степень соответствия собственному опыту в

течение текущей недели. По результатам обработки определяются показатели по девяти основным шкалам: соматизации, навязчиво-компульсивных нарушений, межличностной чувствительности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов и психотизма. Дополнительные к основным вопросы характеризуют нарушения в области сна, приема пищи, ощущений вины, мыслей о смерти. Также высчитываются индексы, характеризующие характер ответов испытуемого на вопросы и степень глубины нарушений (Тарабрина Н.В., 2001).

Опросник «Запрет на выражение чувств». Методика разработана В.К. Зарецким, А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян и представлена в диссертационном исследовании А.Б. Холмогоровой (Холмогорова А.Б., 2006). Опросник применяется для определения особенностей контроля за положительными и отрицательными эмоциями испытуемых – радостью, печалью, страхом и гневом. При ответе испытуемый соглашается или не соглашается с каждым из восьми утверждений. В результате рассчитывается выраженность запрета на проявление конкретной эмоции и общий показатель запрета (Холмогорова А.Б., 2006; Холмогорова А.Б. и др., 2011).

Шкала базовых убеждений. Методика разработана американским психологом Р. Янов-Бульман и адаптирована в России О. Кравцовой (2008). Диагностирует устойчивые представления испытуемого о мире и самом себе, которые проявляются в повседневном поведении, стереотипах мышления и эмоциональных реакциях человека. Состоит из 32 утверждений и соответствующих каждому из них шести вариантов ответов. При обработке ответов результаты определяются восемь шкал (благоприятность мира, доброта людей, справедливость мира, контролируемость мира, случайность как принцип распределения происходящих событий, ценность собственного "Я", степень самоконтроля, степень удачи) и три базовых убеждения (общее отношение к благожелательности окружающего мира, общее отношение к осмысленности мира, убеждение относительно собственной ценности).

Опросник временной перспективы Зимбардо (ZTPI) разработан американским психологом Ф. Зимбардо и адаптирован в России А. Сырцовой (Сырцова А. и др., 2007; Сырцова А. и др., 2008). Направлен на выявление специфики отношения испытуемого ко времени как континуальной категории, которая может отражать как особенности текущей жизненной ситуации, так и стабильные черты личности. 56 пунктов опросника выявляют представления, предпочтения, убеждения и ценности человека в отношении времени. Для выбора ответа предложены пять вариантов ответов. После обработки результатов получают данные по пяти шкалам - негативного прошлого, позитивного прошлого, гедонистического настоящего, фаталистического настоящего, будущего (Сырцова А. и др., 2007; Сырцова А. и др., 2008).

Опросник перфекционизма Н. Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой в версии из 29 пунктов. Помогает диагностировать структуру и выраженность отдельных проявлений перфекционизма - восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания; завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; поляризованное мышление - «все или ничего». Суммарно вычисляется общий показатель перфекционизма (Гаранян Н.Г. и др., 2001).

Опросник «Уровень социальной фрустрированности», разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева коллективом авторов под руководством проф. Л.И. Вассермана, позволяет определить степень социального благополучия, а также социальной составляющей качества жизни больных РС. Определение степени удовлетворённости испытуемого в области двадцати сфер повседневной социальной жизни помогает выделить пять основных категорий социального функционирования: удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими, удовлетворенность ближайшим социальным окружением, удовлетворенность своим социальным статусом, социально-экономическим положением, своим здоровьем и работоспособностью. Ранжирование полученных

результатов позволяет выявить особенности структуры социальной фрустрированности испытуемого (Вассерман Л.И. и др., 2004).

Для изучения уровня позитивного потенциала социальной среды больного РС использовался *Опросник социальной поддержки F-SOZU-22* в адаптации А.Б. Холмогоровой (2006). Ответы испытуемым на 22 утверждения опросника при шести вариантах ответов позволяют установить отдельные уровни эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции и удовлетворенности социальной поддержкой. При суммировании значений четырех шкал устанавливается общий показатель социальной поддержки (Холмогорова А.Б., 2006).

Опросник копинг-стратегий Хайма представляет собой немецкую психодиагностическую методику (Heim E., 1988), адаптированную в клинической практике в России (Карвасарский Б.Д. и др., 1999). Путём выбора трёх наиболее приемлемых вариантов из 26 предложенных, испытуемый демонстрирует специфику своих личных предпочтений в обращении к когнитивным, эмоциональным и поведенческим стратегиям копинга в стрессовой ситуации. Каждый выбор испытуемого относится к одной из трёх групп адаптивных возможностей – адаптивных, неадаптивных и относительно адаптивных (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 выявления достоверности различий средних значений, z-критерий для выявления достоверности различия долей, метод ранжирования, однофакторный дисперсионный анализ, корреляционный анализ Спирмена, факторный анализ. Математико-статистический анализ результатов проводился при помощи компьютерной обработки данных с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.

Больные РС 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). В повторном (через год) лонгитудинальном исследовании участвовали 97 пациентов (93,3%), за исключением семи больных РС, выбывших из программы по различным причинам.

ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

В соответствии с задачами исследования было проведено изучение клиническо-психологических характеристик больных РС, которое базировалось на изучении клинической картины психических нарушений у пациентов, анализе данных психологического исследования и результатов опроса при помощи социокультурной анкеты.

Большинство исследованных составили больные женского пола (75,96%), что соответствует хорошо известным данным о большей распространённости РС среди лиц женского пола (Browne P. et al., 2014). Для уточнения половой структуры клинических групп в данном исследовании проведено сравнение представленности женщин в группе больных РРС (75,34%) и группе больных ВПРС (77,42%) при помощи z-критерия. Статистический анализ показал отсутствие достоверных различий по данному признаку ($p > 0,05$).

Средний возраст всех испытуемых составил $38,88 \pm 10,32$ года. Достоверных различий по возрасту между мужчинами ($37,84 \pm 10,50$ года) и женщинами ($39,22 \pm 10,31$ года) также установлено не было ($p > 0,05$), что позволило проводить сравнительный анализ исследуемых клинико-психологических и психосоциальных характеристик с учётом фактора пола.

В дополнение было проведено сравнение по возрасту больных РС двух клинических групп: РРС ($38,00 \pm 10,58$ года) и ВПРС ($40,94 \pm 9,54$ года). Статистический анализ также показал, что достоверность различий между группами по возрасту отсутствовала ($p > 0,05$), что также свидетельствовало в пользу возможности проведения сравнительного анализа полученных в двух клинических группах показателей больных РС.

На основе приведённых обоснований далее представлены результаты клинико-психологического изучения больных РС как обобщённо, по всей

выборке, так и с учетом клинического варианта (типа) течения заболевания (РРС и ВПРС) и пола (мужского и женского).

3.1. Клинические и психосоциальные характеристики больных рассеянным склерозом

В соответствии с задачами исследования клинически и клинико-психопатологически были обследованы 104 больных РС (25 мужчин и 79 женщин) в возрасте от 19 до 64 лет, проходивших лечение в неврологическом отделении Республиканской больницы в г. Чебоксары.

Больные чаще всего предъявляли жалобы на неуверенность и шаткость походки (80,77%), плохую переносимость физических нагрузок (76,92%), слабость в одной или нескольких конечностях (69,23%), головные боли (64,42%), головокружение, трудности в поддержании равновесия (57,69%), чувство онемения, «стягивания», «ползания мурашек», тремор в конечностях (48,08%), недержание стула и газов, запоры, диарею, нарушения мочеиспускания (48,08%), нарушения зрения (35,58%), затруднения речи (23,08%).

Также у больных были отмечены жалобы со стороны психической сферы – повышенная утомляемость (76,92%), плохое настроение (37,50%), ослабление памяти и внимания (34,62%), плохой сон (18,27%), раздражительность (18,27%), плаксивость (11,54%), тревога (6,73%), сонливость (5,77%), страхи (2,88%).

С учётом клинической картины заболевания, анамнеза и данных инструментального и лабораторного обследования врачом-неврологом у 73 пациентов (70,19%) был определён ремиттирующий тип течения РС. Он характеризовался тем, что периоды обострения заболевания чередовались у больных с периодами полного регресса симптомов или частичного улучшения с явлениями остаточной неврологической симптоматики. В периоды между рецидивами заболевания прогрессирования симптомов не наблюдалось. В данном исследовании эти пациенты сформировали первую клиническую группу больных РС, обозначенную как «больные РРС».

У 31 больного (29,81%) врачом-неврологом было диагностировано вторично-прогрессирующее течение РС. Данная группа пациентов сформировала вторую клиническую группу – группу «больных ВПРС». Это течение заболевания представляло собой более тяжелый вариант РС с частыми рецидивами и незначительным улучшением состояния в период непродолжительной ремиссии. Данный тип течения, как правило, представлял собой клиническое продолжение ремиттирующего типа течения РС.

Стандартизованная количественная оценка тяжести состояния больных РС производилась при помощи Расширенной шкалы нарушений жизнедеятельности Куртцке (EDSS). Как видно из таблицы 3, усредненный показатель EDSS у всей выборки больных РС составлял 3,6 балла. Сравнение по группам выявило, что показатель EDSS у больных ВПРС достоверно выше, чем у больных РРС, что подтверждает в нашем исследовании, что больные ВПРС имеют клинические объективно более тяжёлые проявления заболевания. При этом достоверных различий по полу у больных РС отмечено не было.

Таблица 3 – Средние показатели шкалы EDSS у больных РС (баллы)

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

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,001$

Исходя из качественной характеристики количественных показателей EDSS, можно отметить, что тяжесть состояния больных РРС характеризовалась сохранностью мобильности на фоне умеренных нарушений в одной или нескольких функциональных системах, а также некоторыми нарушениями в других функциональных системах. У больных ВПРС мобильность была сохранена. Большую часть дня пациенты сохраняли активность, но ее уровень был снижен. Эти пациенты могли нуждаться в некоторой помощи.

В целом, продолжительность заболевания у обследованных больных РС варьировала от шести месяцев до 31 года. Средняя длительность заболевания пациентов на момент исследования составила $9,22 \pm 7,60$ года (таблица 4). При этом достоверных различий в средней длительности заболевания у мужчин и женщин с РРС и ВПРС не установлено ($p > 0,05$).

Таблица 4 – Средняя длительность заболевания обследованных больных РС (годы)

Категория	Все больные РС	Клиническая группа	
		Больные РРС	Больные ВПРС
Мужчины	$10,60 \pm 8,82$	$8,81 \pm 8,13$	$10,67 \pm 7,09$
Женщины	$8,78 \pm 7,18$	$9,58 \pm 7,61$	$9,47 \pm 8,28$
Все	$9,22 \pm 7,60$	$9,03 \pm 7,43$	$9,65 \pm 8,10$

Также не было отмечено достоверных различий ($p > 0,05$) во времени, прошедшем с момента установления диагноза РС у больных различных клинических групп и различного пола (таблица 5), что позволило говорить о том, что в среднем больные находились под наблюдением у невролога 5-6 лет.

Таблица 5 – Время, прошедшее с момента установления диагноза РС (годы)

Категория	Все больные РС	Клиническая группа	
		Больные РРС	Больные ВПРС
Мужчины	$6,82 \pm 6,88$	$4,74 \pm 4,57$	$5,62 \pm 8,41$
Женщины	$5,42 \pm 5,59$	$5,72 \pm 5,65$	$6,60 \pm 6,45$
Все	$5,76 \pm 5,92$	$5,50 \pm 5,51$	$6,37 \pm 6,85$

Разбирая обобщенную структуру нарушений психической сферы у больных РС, можно заметить, что у каждого четвертого пациента (25,00%) были отмечены когнитивные нарушения, у каждого третьего (31,73%) – астенический синдром или астеноневротический синдром (34,62%). Каждый десятый больной РС

проявлял признаки депрессивного синдрома (9,62%), а каждый двадцатый (4,81%) – тревожного синдрома (рисунок 1).

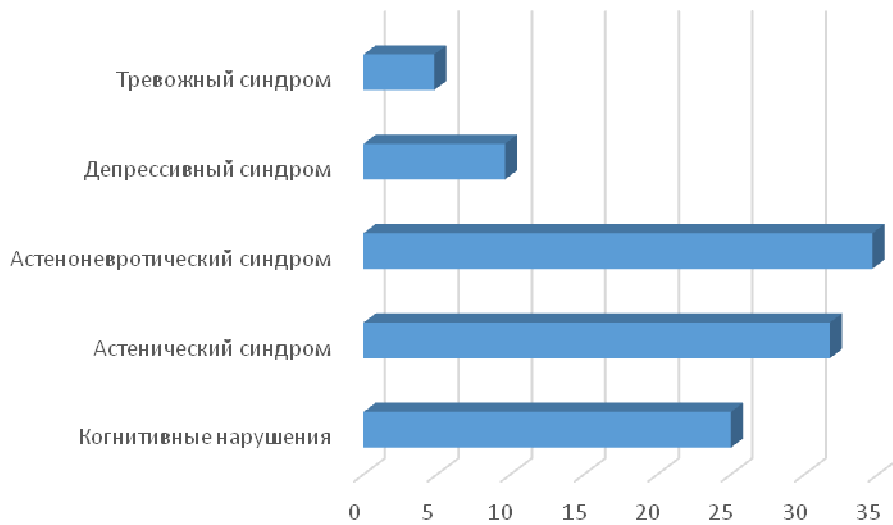


Рисунок 1. Общая структура психических нарушений у больных РС (%).

С учетом пола пациентов можно отметить, что у мужчин в структуре психических нарушений (рисунок 2) преобладал собственно астенический синдром (16,00%), проявляющийся усталостью, утомляемостью, отсутствием сил, как при физической, так и при умственной деятельности. Причём до заболевания такие состояния не были характерны для пациентов.

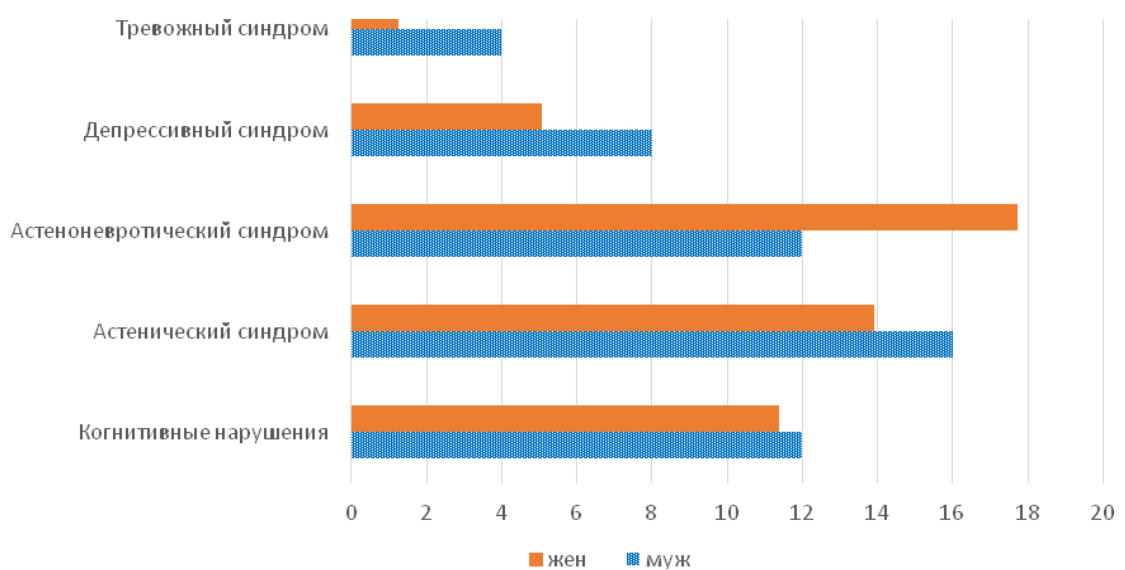


Рисунок 2. Структура психических нарушений у мужчин и женщин с РС (%).

У женщин доминировали нарушения астеноневротического круга (17,72%), проявлявшиеся сочетанием общей слабости, вялости, быстрой утомляемости с раздражительностью, вспыльчивостью, эмоциональной лабильностью. Кратковременные вспышки раздражения, гнева и обиды часто сопровождалась у них слезами и быстро сменялись раскаянием и ощущениями сожаления о неподобающем поведении.

Анализ особенностей психических нарушений у больных с различными типами течения РС показал, что у больных с ВПРС была выявлена достоверно более высокая распространенность астеноневротического синдрома ($p < 0,01$), чем у больных с РРС, что не было отмечено в отношении других психических нарушений (таблица 6). На основе чего можно предполагать, что прогрессирование РС у значительной части больных РС сопровождалось формированием психических нарушений астеноневротического характера.

Таблица 6 – Структура психических нарушений при РРС и ВПРС (%)

Когнитивные нарушения	9,59	16,13
Астенический синдром	10,96	22,58
Астеноневротический синдром	12,33**	25,80
Депрессивный синдром	4,11	6,45
Тревожный синдром	1,37	3,22

******- различия достоверны при уровне значимости $p < 0,001$

Далее представлена психосоциальная характеристика выборки больных РС, полученная на основе сбора анамнеза и анализа результатов заполнения пациентами специальной социокультурной анкеты (Николаев Е.Л., 2006). Полученные результаты позволили получить углубленное представление не только о социодемографическом статусе обследованных больных, но и об особенностях их отношения к некоторым психосоциальным категориям, представляющим интерес для данного исследования.

При раздельном анализе особенностей психосоциального статуса в клинических группах и по полу достоверных различий получено не было, кроме тех, которые указаны далее по тексту раздела.

Место жительства. Согласно полученным данным, большинство больных было представлено уроженцами города (61 человек или 58,65%). Остальные 43 человек или 41,35% являлись уроженцами сельской местности. На момент обследования более трёх четвертей пациентов проживало в городской местности (80 человек или 76,92%), что повышало для большинства из них доступность квалифицированной медицинской помощи по-своему заболеванию.

Семейное положение. В выборке больных РС преобладали семейные пациенты. Среди них: состоящие в официальном браке – 55 человек (52,88%), незарегистрированном браке – 10 человек (9,62%), повторном браке – 5 человек (4,81%). Значительно меньше было разведённых (13 человек или 12,50%), вдовых (1 человек или 0,96%) и холостых (20 человек или 19,23%). Как видно, условия семейной среды создавали для более чем двух третей пациентов условную возможность получения полноценной социальной поддержки в семейном кругу.

Образование. По уровню образования все обследованные распределились следующим образом: лица, имеющие высшее образование – 45 человек или 43,27%; среднее специальное образование – 33 человек или 31,73%; среднее образование – 23 человек или 22,15%; незаконченное высшее образование – 3 человек или 2,88%. Значительная представленность среди обследованных пациентов с высшим и средним специальным образованием отражала, на наш взгляд, их изначально более высокий потенциал в соблюдении врачебных рекомендаций по лечению и образу жизни.

Этническая принадлежность. Анализ данных пациентов по национальности показал, что этническая структура обследованных, в целом, соответствовала национальной структуре населения Чувашии (Всероссийская перепись..., 2010) – более половины обследованных были чувашами – (56 человек или 53,85%), более трети – русскими (41 человек или 39,81%), остальные (7 человек или 6,73%) - представителями других национальностей. В соответствии с

чем, более высокая предрасположенность определённых этнических групп населения Чувашии к заболеванию РС в данной работе не определена.

Профессиональная деятельность. Разбирая сферы профессиональной деятельности пациентов, важно отметить, что каждый третий больной на момент обследования не работал (34 человек или 32,69%). Работавшие были заняты в сфере торговли и бытового обслуживания (16 человек или 15,38%), промышленности (14 человек или 13,46%), бизнеса и финансов (8 человек или 7,69%), сельского хозяйства (7 человек или 6,73%), образования (6 человек или 5,77%) и др. При раздельном анализе по полу видно, что среди женщин преобладали неработавшие (30 человек или 37,97%) и работавшие в торговле и бытовом обслуживании (16 человек или 20,25%), а среди мужчин – работавшие в промышленности (7 человек или 28,00%), сельском хозяйстве (5 человек или 20,00%) и неработавшие (5 человек или 20,00%). Соответственно, нетрудоспособность при РС затрагивала каждого третьего обследованного. Ее уровень был выше среди женщин (каждая третья больная) и ниже среди мужчин (каждый пятый больной).

Материальное благополучие. Каждый третий больной РС (37 человек или 35,58%) был удовлетворён своим экономическим статусом. Около половины обследованных (48 человек или 46,15%) наряду с некоторой удовлетворённостью своим материальным состоянием хотели бы его улучшить. Неудовлетворённость базовых потребностей была выявлена у каждого пятого пациента (19 человек или 18,27%).

Жизненные ценности. Три четверти обследованных (79 чел. или 75,96%) в качестве своей основной жизненной ценности указали семью. Для 18 чел. или 17,31% пациентов было актуально материальное благополучие (что соответствовало показателям неудовлетворённости базовых потребностей, приведённым выше). Для 5 чел. или 4,81% пациентов была значима ценность работы и карьеры, что относилось к пациентам, сохранившим трудоспособность. 2 чел. или 1,92% в качестве жизненной ценности указали общественное

призвание. Это были пациенты мужского пола с относительно менее тяжёлым клиническим состоянием.

Семейные отношения. Каждый третий больной РС (39 чел. или 37,50%) сохранял доброжелательные отношения в семье. Таковых было достоверно больше среди больных мужчин ($p<0,05$). Чуть большее число пациентов (41 чел. или 39,42%) сообщало о сочетании в семейных отношениях внешнего спокойствия с внутренним напряжением. Таких больных было достоверно больше среди женщин с РС ($p<0,05$). У остальных пациентов были отмечены конфликтные отношения с супругами (11 чел. или 10,58%), детьми (3 чел. или 2,88%), со всеми членами семьи (10 чел. или 9,62%).

Отношение к религии. Около трех четвертей пациентов в данном исследовании (77 чел. или 74,04%) называли себя верующими. В гендерном аспекте, обследованные женщины с РС достоверно чаще называли себя верующими, чем мужчины ($p<0,01$). Неверующими и атеистами считали себя 7 чел. или 6,73% и 4 чел. или 3,85% соответственно. 16 чел. (15,38%) не задумывались о вере. Большинство верующих относили себя к православным (73 чел. или 94,81%), остальные - к мусульманам и представителям других деноминаций. Большинство больных РС предпочитали верить в Бога в душе (58 чел. или 55,77%), часть пациентов старалась соблюдать религиозные обряды (17 чел. или 16,35%) или обращалась к религии в критических ситуациях (18 чел. или 17,31%). Каждый десятый больной РС к религии не обращался никогда (11 чел. или 10,58%). Таковых было достоверно больше среди мужчин, чем среди женщин ($p<0,05$).

Паралогические защиты. Большинство обследованных имели признаки паралогических защит (Стойнова И.Я, 2005), проявляющихся в наличии архаических магических представлений об окружающей реальности. Отрицали наличие феномена колдовства («порчи») только 19 чел. (18,27% обследованных). Остальные были полностью уверены в реальном существовании «порчи» (46 чел. или 44,23%) или не исключали такой возможности (39 чел. или 37,50%). Каждый третий больной имел собственный подобный опыт (40 чел. или 38,46%). 42 чел.

или 40,38% судили о порче по рассказам окружающих. Обследованные женщины с РС достоверно чаще верили в приметы и старались соблюдать их ($p < 0,05$).

Отношение к суициду. У четырех из пяти обследованных (83 чел.; 79,81%) определился высокий уровень антисуицидального барьера, при котором они совершенно не допускали возможности совершения самоубийства. В то же время 9 чел. (8,65% больных РС) считали допустимой практику суицида, а 12 чел. (11,54%) считали, что самоубийство может стать выходом из неразрешимой ситуации.

Обращение за помощью в кризисе. При наличии кризисной ситуации пациенты с РС чаще предпочитали обращаться за помощью к близким - родственникам (40 чел. или 38,46%) и друзьям (7 чел. или 6,73%). Каждый третий пытался справиться с трудной ситуацией самостоятельно (38 чел. или 36,54%). 18 чел. или 17,31% предпочитали обращаться за помощью к специалисту – психотерапевту или психологу, 1 чел. или 0,96% - к священнику.

Самооценка здоровья. Большинство обследованных имели позитивную самооценку здоровья. Так, две пятых всех пациентов (41 чел. или 39,42%) относили себя по состоянию здоровья к категории больных, каких кругом немало, каждый пятый (20 чел. или 19,23%) - считал себя не больным, а человеком, имеющим временные проблемы, 7 чел. или 6,73% - редко болеющими. Неизлечимо больным и тяжело больным считали себя 18 чел. или 17,31% и 14 чел. или 13,46% соответственно. 4 чел. или 3,85% больных в связи с небольшой длительностью заболевания называли себя «относительно здоровыми».

Отношение к лечению. Подавляющее большинство пациентов с РС считали необходимым при болезни обращаться к помощи официальной медицины (93 чел. или 89,42%). Остальные больные не исключали своего обращения в борьбе с болезнью к собственным силам организма (3 чел. или 2,88%), народной медицине (3 чел. или 2,88%), религии (3 чел. или 2,88%), экстрасенсам и целителям (2 чел. или 1,92%). Около половины обследованных (49 чел. или 47,12%) имели не вполне реалистические установки в отношении лечения. Они ожидали постепенного выздоровления в результате лечения. Трое больных (2,88%) были

уверенны в быстром выздоровлении – все они относились к группе больных РРС и имели продолжительность заболевания менее одного года. Более четверти всех больных (30 чел. или 28,85%) на основе имеющегося опыта были уверены в том, что лечение приводит к заметному временному облегчению состояния. Каждый шестой больной РС (17 чел. или 16,35%) ожидал от лечения лишь незначительного улучшения состояния. Каждый двадцатый обследованный (52 чел. или 4,81%) был уверен в бесполезности лечения, что было связано с большой продолжительностью заболевания (более 15 лет).

Итак, клиническая картина неврологических нарушений у обследованных 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 могут быть отнесены следующие: 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 следующие: снижение профессиональной активности, нестабильные внутрисемейные отношения, ожидания завышенных результатов от лечения, магические представления пралогического характера, толерантное отношение к суициду.

3.2. Особенности психопатологических проявлений и контроля эмоций у больных рассеянным склерозом

Для уточнения состояния психической сферы у больных РС проводилось обследование при помощи опросника SCL-90R. Данная методика позволяла оценивать особенности паттернов психологических признаков у здоровых и лиц с психическими нарушениями (Тарабрина Н.В., 2001). Широта выбора вариантов

ответов (одного из пяти) помогла обследуемым более точно отразить свои ощущения, что создавало условия для получения более значимой информации о психическом состоянии пациента.

Анализ полученных данных по основным и дополнительным шкалам опросника позволил установить специфику психопатологических проявлений у больных РС, в том числе, при их сравнении с нормой (таблица 5). Показатели нормы приведены по литературным данным (Николаев Е.Л., 2006).

Как видно из таблицы 7, средние показатели по восьми из девяти основных шкал SCL-90R – соматизации, obsессивно-компульсивных симптомов, межличностной сенситивности, депрессии, тревожности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов и психотизма - достоверно превышали аналогичные показатели у здоровых ($p < 0,001$).

Таблица 7 – Показатели SCL-90-R у больных РС в сравнении со здоровыми ($M \pm \sigma$)

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n=416)
Соматизация	1,42±0,72**	0,57±0,47
Obsессивно-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

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$,

** - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,001$

Так, больные РС более остро ощущали телесный дискомфорт, связанный с болями соматического характера. Они имели труднопреодолимые мысли,

действия, ощущения обсессивно-компульсивного характера.

В межличностном общении из-за негативной самооценки они чаще испытывали дискомфорт и смущение. Их эмоциональный фон окрашивался тревожными и депрессивными переживаниями, связанными с внутренним напряжением, страхами, снижением интереса к жизни. Жизненный тонус их был снижен, мотивация к действиям выражена недостаточно. Нередко тревожность могла приобретать фобические черты, отражая наличие иррациональных страхов, сопровождаемых избегающим поведением. Мышление таких больных могло иметь черты подозрительности, недоверия, негативизма, а образ жизни был избегающим, стремящимся к изоляции и уходу от широких социальных контактов.

Общий показатель тяжести психопатологической симптоматики GSI у больных РС также был достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,05$), что отражало значительно выраженный уровень психического дистресса у больных РС.

Единственным показателем SCL-90-R, по которому у больных РС не было отмечено отличий от здоровых, был показатель враждебности. То есть у больных РС не было отмечено роста проявлений агрессивности и нетерпения по отношению к окружающим ($p > 0,05$).

Достоверно повышенным ($0,96 \pm 1,13$ балла), в сравнении с нормой ($0,54 \pm 0,49$ балла), также являлся обобщенный показатель SCL-90-R, относимый к категории дополнительных вопросов ($p < 0,05$), которые не попали под какое-либо конкретное симптоматическое нарушение, но дополняли вырисовывающуюся по данным других шкал психопатологическую картину.

Ранжирование средних значений показателей дополнительных шкал помогло получить представление о различиях в их выраженности у обследованных больных РС (таблица 8).

Так, видно, что наиболее актуальными для больных РС являлись проблемы с тревожным и беспокойным сном. Далее шли проблемы с перееданием, сопровождавшиеся ощущениями сниженного аппетита. Нарушения сна также были отмечены у больных РС в виде утренней бессонницы и трудностей

засыпания. Общий высокий уровень депрессивных переживаний подтверждался наличием чувства вины и мыслей о смерти.

Таблица 8 – Показатели дополнительных вопросов SCL-90-R ($M \pm \sigma$) и ранги их выраженности у больных РС

Показатель	Среднее значение	Ранги
Плохой аппетит	0,95±1,10	3
Переедание	1,38±1,19	2
Трудность засыпания	0,73±1,12	6
Мысли о смерти	0,62±1,01	7
Бессонница по утрам	0,83±1,21	4
Беспокойный и тревожный сон	1,43±1,27	1
Чувство вины	0,77±1,05	5

Сравнительный анализ показателей SCL-90-R у мужчин и женщин с РС, показал, что *гендерные различия* в выраженности психопатологических проявлений у больных РС не были выражены ($p > 0,05$).

Далее проведено изучение особенностей психопатологических проявлений у больных РС двух *клинических групп* – группы больных РРС и группы больных ВПРС. Как показало ранжирование средних значений показателей основных шкал SCL-90-R, между клиническими группами больных РС были отмечены определенные различия (таблица 9).

К примеру, если в двух клинических группах наиболее выраженные нарушения относились к проявлениям соматизации, то в группе больных РРС на втором месте по значимости находились депрессивные проявления, а в группе больных ВПРС - обсессивно-компульсивные нарушения. У больных РРС на третьем месте по выраженности находились обсессивно-компульсивные нарушения, а четвертое место приходилось на проявления тревожности. Третье место по выраженности у больных ВПРС занимали нарушения тревожного спектра, и лишь потом шли депрессия и межличностная чувствительность.

Таблица 9 – Ранги выраженности средних значений SCL-90-R у больных РС различными клиническими формами

Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Соматизация	1	1
Обсессивно-компульсивные симптомы	3	2
Межличностная сенситивность	5	5
Депрессия	2	4
Тревожность	4	3
Враждебность	7	6
Фобическая тревожность	8	8
Паранойяльные симптомы	6	7
Психотизм	9	9

Аналогичным образом рассмотрены различия между двумя клиническими группами по выраженности средних значений показателей дополнительных вопросов SCL-90 (таблица 10).

Таблица 10 – Ранги выраженности средних значений дополнительных вопросов SCL-90-R у больных РС различными клиническими формами

Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Плохой аппетит	3	3
Переедание	1	2
Трудность засыпания	6	4
Мысли о смерти	7	6
Бессонница по утрам	4	7
Беспокойный и тревожный сон	2	1
Чувство вины	5	5

Если для больных РРС были наиболее актуальны проблемы, связанные с избыточным потреблением пищи - перееданием, то больных ВПРС больше

заботили вопросы качества ночного сна – они чаще отмечали его беспокойный и тревожный характер. С другой стороны, если для больных РРС были меньше всего характерны мысли о смерти, то больные ВПРС менее всего были озабочены проблемами наличия утренней бессонницы.

Состояние эмоциональной сферы больного тесно взаимосвязано с особенностями его психопатологического статуса. В соответствии с представленными выше результатами психологическое состояние больных РС во многом определялось проявлениями тревожно-депрессивного характера. В связи с чем, далее в работе представлены результаты изучения специфики контроля за своими эмоциональными реакциями у больных РС, полученные при помощи опросника «Запрет на выражение чувств» В.К. Зарецкого, А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян (Холмогорова А.Б., 2006). Показатели нормы приведены по литературным данным (Николаев Е.Л. и др., 2014).

Согласно полученным при помощи данной методики результатам сравнения больных РС и здоровых (таблица 11), общий показатель запрета на выражение чувств у больных был достоверно выше ($p < 0,05$). При этом, наибольшие различия были отмечены по показателю запрета на выражение радости ($p < 0,001$). Это свидетельствовало о том, что, в целом, больные РС, в сравнении со здоровыми, максимально контролировали спонтанное выражение позитивных чувств. Они не только стремились подавить открытое проявление восторга, радости, веселья, но и значительно ограничивали выражение внутреннего удовлетворения и удовольствия.

В то же время, с чуть меньшей интенсивностью, но более, чем здоровые, больные РС контролировали выражение чувств негативного спектра – гнева ($p < 0,05$) и страха ($p < 0,05$). Больные сознательно эмоционально сдерживали себя в ситуациях, где совершенно естественными были выражения недовольства, раздражения, возмущения или бурного негодования. Они также стремились скрывать овладевавшие ими состояния боязни, беспокойства, сильных душевных волнений в связи с ожидаемыми неприятностями и опасностями.

Таблица 11 – Показатели запрета на выражение чувств у больных РС в сравнении со здоровыми ($M \pm \sigma$)

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n=73)
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

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$,

** - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,001$

Описанные различия между больными РС и здоровыми не затрагивали запрета на выражение печали ($p > 0,05$), что позволило рассматривать печаль, как наиболее приемлемую для больных РС возможность выражения внешне имеющегося у них эмоционального напряжения. Являясь предметом грусти, скорби, тоски и душевной горечи, печаль проявлялась у больных РС пониженным и подавленным настроением и часто принимала клиническую форму депрессивных нарушений.

Анализируя *гендерные аспекты* запрета на выражение чувств у больных РС (таблица 12), стоит заметить, что достоверные различия между мужчинами и женщинами были отмечены в области запрета на выражение страха ($p < 0,05$).

Анализ ранговых различий выраженности средних значений показателей запрета на выражение чувств у больных РС мужчин и женщин дополнил полученную картину (таблица 13). Как видно, запрет на выражение гнева имел наибольшую интенсивность и у больных мужчин, и у больных женщин. Следующим по степени выраженности (второй ранг) актуальным запретом для мужчин являлся запрет на выражение страха, для женщин – печали.

Таблица 12 – Показатели запрета на выражение чувств у больных РС мужчин и женщин ($M \pm \sigma$)

Показатель	Мужчины	Женщины
Запрет на выражение печали	1,73±0,49	1,66±0,54
Запрет на выражение радости	1,46±0,46	1,37±0,50
Запрет на выражение гнева	2,00±0,40	1,99±0,49
Запрет на выражение страха	1,87±0,42*	1,63±0,50
Общий запрет на выражение чувств	1,50±0,45	1,40±0,63

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

Таблица 13 – Ранги выраженности средних значений показателей запрета на выражение чувств у больных РС мужчин и женщин

Показатель	Мужчины	Женщины
Запрет на выражение печали	3	2
Запрет на выражение радости	4	4
Запрет на выражение гнева	1	1
Запрет на выражение страха	2	3

Схожие данные были получены и при анализе ранговых различий выраженности средних значений показателей запрета на выражение чувств у больных РС различных клинических групп (таблица 14).

Таблица 14 – Ранги выраженности средних значений показателей запрета на выражение чувств у больных РРС и ВПРС

Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Запрет на выражение печали	3	2
Запрет на выражение радости	4	4
Запрет на выражение гнева	1	1
Запрет на выражение страха	2	3

Запрет на выражение гнева был максимально выражен при РРС и ВПРС. Далее по степени выраженности у больных РРС определялся запрет на выражение страха, у больных ВПРС - запрет на выражение печали.

Итак, характер психопатологических проявлений у больных РС определялся психическими нарушениями широкого спектра, включавшими симптомы соматизации, обсессивно-компульсивных нарушений, межличностной сенситивности, депрессии, тревожности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов и психотизма. Данные нарушения по-разному соотносились с клинической формой РС. Специфика контроля эмоций у больных РС определялась выраженностью общего запрета на позитивные и негативные чувства с преобладанием запрета на выражение страха у мужчин.

3.3. Особенности базовых убеждений, временной перспективы и перфекционизма у больных рассеянным склерозом

Состояние болезни оказывает травмирующее влияние на личность больного, что может отражаться на его **базовых когнитивных убеждениях**, формирующих личностную теорию реальности (Падун М., Тарабрина Н., 2003). Использование в данной работе Шкалы базовых убеждений Р. Янова-Бульмана (в адаптации О. Кравцовой) сделало возможным проанализировать глубинные установки личности больных РС по отношению к себе и окружающему миру.

Как показали результаты исследования (таблица 15), показатели отдельных личностно-когнитивных убеждений, формирующих базовые убеждения, у значительного числа больных РС имели более низкие значения, чем в норме (менее 3,5 баллов).

Так, более, чем у половины больных была снижена убежденность в степени собственной удачливости и жизненного везения (54,81%); чуть менее половины больных были убеждены в недостаточной справедливости мира (47,12%); почти каждый третий сомневался в доброте окружающих людей (38,46%) и был уверен в случайном характере происходящего вокруг (32,69%); каждый четвертый больной был разуверен в общей благосклонности мира (28,85%) и его

контролируемости (25,00%), а также в ценности своего собственного «Я» (25,96%), а каждый пятый - был убеждён в снижении своих собственных возможностей по управлению происходящими с ним событиями (22,11%).

Таблица 15 – Доля показателей Шкалы базовых убеждений у больных РС, соответствующих показателям ниже нормативных

Параметр	Показатель	%
Категория убеждений	1. Благосклонность мира	28,85
	2. Доброта людей	38,46
	3. Справедливость мира	47,12
	4. Контролируемость мира	25,00
	5. Случайность происходящего	32,69
	6. Ценность собственного "Я"	25,96
	7. Степень самоконтроля	22,11
	8. Степень удачи	54,81
Базовое убеждение	9. Общее отношение к благосклонности окружающего мира	27,88
	10. Общее отношение к осмысленности мира	46,15
	11. Убеждение относительно собственной ценности	27,88

Переходя к анализу интегральных базовых убеждений, сформированных описанными выше параметрами, можно обнаружить, что они также отличались от нормы изменениями в негативную сторону. Так, около половины больных РС характеризовались недостатком уверенности в общей осмысленности мира (46,15%), каждый четвёртый – в общей благосклонности мира (27,88%) и собственной ценности (27,88%).

Сравнение у больных РС мужского и женского пола показателей базовых убеждений показало *отсутствие значимых гендерных различий* ($p > 0,05$).

Сопоставление базовых убеждений у больных РС двух клинических групп не дало достоверных различий на уровне интегральных шкал (таблица 16). Т.е.

можно сказать, что, в целом, больные РС и при РРС, и при ВПРС одинаково относились к благосклонности окружающего мира, его осмысленности, а также – к собственной ценности.

В тоже время, больные ВПРС были достоверно меньше уверены в доброте людей ($p < 0,05$), что отражало более высокие показатели характеристики, которая формировала одну из трех категорий базовых убеждений – общее отношение к благосклонности окружающего мира.

Еще одной психологической категорией, особенности выраженности которой изучены у больных РС, являлась **временная перспектива**, изучаемая при помощи опросника ZTP1. Категория временной перспективы описывается ее исследователями двояко – и как ситуационно-детерминированная характеристика, и как относительно стабильная черта личности. При этом, избыточная направленность на одно из времен связана со множеством культурных, образовательных, религиозных и иных социальных факторов. Сама временная перспектива формирует основу, на которой базируются многие другие процессы, связанные как со здоровым, так и нарушенным поведением (Сырцова и др., 2007).

Если провести сравнение показателей временной перспективы у больных РС со здоровыми (Сырцова А., Митина О.В., 2008) по опроснику ZTP1, можно заметить, что больные РС, в целом, характеризовались достоверно более высокими значениями шкалы негативного прошлого ($p < 0,05$) и более низкого – шкалы гедонистического настоящего ($p < 0,05$) (таблица 17).

Все это отражало общее негативное со склонностью к отвращению отношение больных РС к своему прошлому, которое могло быть связано с ощущениями душевной боли и сожаления. При этом прошлые события могли иметь реальный травматический характер или приобретать более позднюю негативную переоценку. Высокие показатели негативного прошлого у больных РС соответствовали клиническим проявлениям тревоги и депрессии, снижали позитивный характер самооценки личности. Неспособность больных РС получать удовольствие от жизни, отражённое в низких показателях шкалы гедонистического настоящего, клинически также соответствовало признакам

депрессии – это апатия, неспособность и нежелание думать о будущем и его последствиях, общее снижение активности и жизненной энергии.

Таблица 16 – Показатели Шкалы базовых убеждений у больных РС с различными клиническими формами ($M \pm \sigma$)

Параметр	Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Категория убеждений	1. Благосклонность мира	4,19±1,06	4,08±1,33
	2. Доброта людей	3,61±0,67*	3,25±0,88
	3. Справедливость мира	3,48±0,97	3,47±1,11
	4. Контролируемость мира	3,95±0,90	3,65±1,00
	5. Случайность происходящего	4,00±1,02	3,88±1,15
	6. Ценность собственного "Я"	4,07±0,90	3,83±0,97
	7. Степень самоконтроля	4,06±0,96	3,82±1,02
	8. Степень удачи	3,42±1,10	3,06±1,12
Базовое убеждение	9. Общее отношение к благосклонности окружающего мира	3,90±0,70	3,66±1,00
	10. Общее отношение к осмысленности мира	3,48±0,61	3,33±0,80
	11. Убеждение относительно собственной ценности	3,85±0,71	3,57±0,83

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

При изучении характера распределения рангов показателей опросника ZTRP у больных РС можно было определить, что наиболее высокие показатели у них относились к шкале положительного прошлого. В то время как и у здоровых, приоритет принадлежал шкале будущего. С другой стороны, наименьшие показатели по шкалам и у больных РС, и у здоровых относились к шкале фаталистического настоящего (таблица 18).

Таблица 17 – Показатели ZTPИ у больных РС в сравнении со здоровыми ($M \pm \sigma$)

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n=387)
Негативное прошлое	3,01±1,19*	2,71±0,73
Гедонистическое настоящее	3,04±1,03*	3,29±0,63
Будущее	3,58±1,13	3,63±0,68
Положительное (позитивное) прошлое	3,80±1,15	3,60±0,72
Фаталистическое настоящее	2,79±1,11	2,70±0,74

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

Подобные показатели рангов шкал ZTPИ у больных РС свидетельствовали о том, что у них на фоне тяжёлого заболевания сохранялись некоторые теплые воспоминания о прошлой жизни до болезни, нередко принимавшие сентиментальную окраску. Низкие показатели шкалы фаталистического настоящего отражали отсутствие резкой выраженности у больных РС ощущений безнадежности, безысходности и отсутствия перспектив, что соответствовало, в целом, позитивной самооценке здоровья по анкете.

Таблица 18 – Ранги выраженности средних значений показателей ZTPИ у больных РС в сравнении со здоровыми

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n=387)
Негативное прошлое	4	4
Гедонистическое настоящее	3	3
Будущее	2	1
Положительное (позитивное) прошлое	1	2
Фаталистическое настоящее	5	5

Анализ рангов выраженности средних значений показателей ZTP1 у больных РС различными клиническими вариантами также показал, что при РРС приоритетом являлась ориентация на позитивное прошлое, а при ВПРС – на будущее (таблица 19).

Таблица 19 – Ранги выраженности средних значений показателей ZTP1 у больных РС различными клиническими формами

Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Негативное прошлое	4	3
Гедонистическое настоящее	3	4
Будущее	2	1
Положительное (позитивное) прошлое	1	2
Фаталистическое настоящее	5	5

Данные различия могли быть связаны с тем, что при ВПРС, как более тяжелой форме заболевания, на первый план выходили вопросы дальнейшего планирования жизни с болезнью, оценки ее возможных негативных последствий и попытки быть готовым к ним, стремление как можно более эффективно использовать имеющееся в тот момент время ради будущего своего или своих близких. Все это могло сопровождаться ощущением нехватки общения с окружающими.

С учетом того, что тревожно-депрессивные проявления при болезни часто взаимосвязаны с дисфункциональными чертами в структуре личности пациента в форме избыточного стремления к совершенству (Гаранян Н.Г. и др., 2001; Васильева М.Н., 2008; Гаранян Н.Г., Юдеева Т.Ю., 2009) у больных РС было проведено определение показателей перфекционизма при помощи опросника перфекционизма Н.Г. Гаранян и др. (2001).

В ходе исследования были получены результаты, свидетельствовавшие о достоверно более высоких значениях ($p < 0,01$) общего показателя перфекционизма у больных РС в сравнении с нормой. Как видно из таблицы 20, выраженность

перфекционизма при РС была обусловлена двумя факторами - восприятием других людей как делегирующих высокие требования ($p<0,01$) и поляризованным мышлением ($p<0,01$).

Таблица 20 – Показатели перфекционизма у больных РС в сравнении со здоровыми ($M\pm\sigma$)

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n = 73)
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

****** - различия достоверны при уровне значимости $p<0,01$

В соответствии с данными показатели больных РС, в целом, можно было охарактеризовать, как имевших высокие показатели когнитивного перфекционизма. Они были склонны оценивать себя в непрерывном сравнении с окружающими. Для них было характерно воспринимать окружающих их людей, как часто предъявлявших им очень высокие требования. Можно сказать, что больные РС постоянно находились в ощущении того, что от них много ожидают. Это усиливалось их стремлением к восприятию мира исключительно в двухцветной гамме. Они оценивали и себя и окружающих в системе взаимоисключающих координат «все – ничего», в соответствии с чем и строили свою деятельность и ожидали соответствующих результатов.

Гендерных и связанных с клинической формой РС различий в проявлении перфекционизма у больных не было выявлено ($p>0,05$).

Итак, проведенный анализ специфики базовых убеждений, временной перспективы и перфекционизма у больных РС показал, что в системе когнитивных представлений о мире и о себе при РС были выявлены определенные нарушения. Установлено общее снижение чувства безопасности за счет изменения отношения к осмысленности мира, определена дисгармония временной перспективы за счет усиления ориентации на негативное прошлое и ослабление ориентации на гедонистическое настоящее, определены проявления патологического перфекционизма.

3.4. Особенности социальной фрустрированности и социальной поддержки у больных рассеянным склерозом

Важную сторону исследования занимало изучение возможностей больных РС в реализации своих актуальных потребностей, которое проводилось при помощи методики «Уровень социальной фрустрированности» (Вассерман Л.И. и др., 2004). Использование данного опросника позволило оценить личностную оценку реальной социальной ситуации больных РС, которая, являясь сугубо индивидуальной, была связана с самосознанием, жизненными ценностями и целями, способностями, привычными подходами решения проблемных и кризисных ситуаций (Вассерман Л.И. и др., 2004).

Согласно полученным данным, усреднённый коэффициент социальной фрустрированности у больных РС ($2,72\pm0,85$) находился в зоне неопределённой оценки, что не дало возможности получить ясное представление о степени удовлетворённости социальных потребностей исследуемых.

По результатам более углубленного анализа и в соответствии с полученными результатами (таблица 21), можно было констатировать, что отсутствие социальной фрустрированности определено только у 5% больных РС. У каждого четвертого больного РС (25,0%) был выявлен высокий или умеренный уровень социальной фрустрированности, у остальных – социальная

фрустрированность имела неопределённый уровень или не декларировалась, хотя и могла существовать.

Анализ уровня социальной фрустрированности с учетом пола больных показал, что все больные с отсутствием социальной фрустрированности являлись женщинами (таблица 22). Иными словами, нефрустрированные мужчины при РС в данном исследовании не выявлены ($p < 0,001$). В тоже время, по частоте высокого и умеренного уровней социальной фрустрированности больные мужчины и женщины с РС статистически значимо не отличались ($p > 0,05$).

Таблица 21 – Уровень социальной фрустрированности у больных РС

Показатель	%
Отсутствие социальной фрустрированности	4,81
Социальная фрустрированность не декларируется	38,46
Неопределенный уровень социальной фрустрированности	31,73
Умеренный уровень социальной фрустрированности	18,27
Высокий уровень социальной фрустрированности	6,73

Достоверные различия по выраженности социальной фрустрированности у больных РС двух клинических групп не были установлены ($p > 0,05$).

Таблица 22 – Уровень социальной фрустрированности у больных РС мужского и женского пола (%)

Показатель	Муж.	Жен.
Отсутствие социальной фрустрированности	-	5,06
Социальная фрустрированность не декларируется	56,00	34,18
Неопределенный уровень социальной фрустрированности	24,00	34,18
Умеренный уровень социальной фрустрированности	16,00	18,99
Высокий уровень социальной фрустрированности	4,00	7,59

Дальнейший анализ был нацелен на выявление особенностей направленности социальной фрустрированности у больных РС с ее высоким и умеренным уровнями (таблица 23).

Как показали результаты, наибольшей сферой социальной фрустрации у больных РС являлась сфера здоровья и работоспособности (45,19%). На втором месте по значимости находилась неудовлетворенность социально-экономическим статусом (36,54%). Далее следовала социальная фрустрированность в области социального статуса (25,96%) и ближайшего социального окружения (22,12%). На последнем месте по значимости находилась неудовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (13,46%).

Таблица 23 – Направленность социальной фрустрированности у больных РС (умеренный и высокий уровни)

Показатель	%
Взаимоотношения с родными и близкими	13,46
Ближайшее социальное окружение	22,12
Социальный статус	25,96
Социально-экономическое положение	36,54
Здоровье и работоспособность	45,19

При углубленном анализе (таблица 24) статистически значимых различий в направленности и выраженности социальной фрустрированности у больных мужчин и женщин не было выявлено ($p > 0,05$). В то же время, была отмечена достоверно большая социальная фрустрированность больных ВПРС в сфере ближайшего социального окружения – друзей, коллег, товарищей, соседей, представителей противоположного пола ($p < 0,05$).

Ранжирование показателей социальной фрустрированности у больных РС по ее структуре помогло выделить показатели, в отношении которых была определена максимальная неудовлетворенность. Выявленная высокая неудовлетворённость физическим состоянием, работоспособностью, образом

жизни в целом, психоэмоциональным состоянием и материальным положением может быть объяснена объективно тяжелым характером заболевания, связанным с ним ограничением трудоспособности и необходимостью постоянных материальных затрат на лечение и реабилитацию. Минимальная степень социальной фрустрированности у больных РС была отмечена в отношении взаимоотношений с детьми, родителями, родственниками, друзьями, женой (мужем), что позволило оценить микросоциальную среду больных РС как относительно благополучную.

Таблица 24 – Направленность социальной фрустрированности у больных РС различными клиническими вариантами (умеренный и высокий уровни) (%)

Показатель	Больные РРС	Больные ВПРС
Взаимоотношения с родными и близкими	12,33	16,13
Ближайшее социальное окружение	16,44	35,48*
Социальный статус	21,92	35,48
Социально-экономическое положение	35,62	38,71
Здоровье и работоспособность	41,10	54,84

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

Анализ структуры социальной фрустрированности с учетом гендерного фактора показал, что и для мужчин, и для женщин была наиболее актуальна неудовлетворённость своим физическим состоянием. У мужчин далее шла неудовлетворённость своим материальным положением, у женщин – своей работоспособностью. Наименьшую обеспокоенность у мужчин вызывали взаимоотношения с родителями, у женщин – отношения с детьми, что можно было расценить как сферу наибольшего социального благополучия.

Ранжирование показателей социальной фрустрированности у больных РС различными клиническими вариантами определило, что при РРС была наиболее фрустрирована потребность в социальном положении в обществе, а при ВПРС – у

больных преобладала неудовлетворённость своим психоэмоциональным состоянием.

С учетом наличия среди пациентов социальной фрустрированности, связанной с состоянием здоровья, особый интерес представляли данные об особенностях социальной поддержки больных РС. Благодаря использованию опросника социальной поддержки F-SOZU-22 (Sommer G., Fydrich T., 1989) удалось получить данные об особенностях воспринимаемой больными РС социальной поддержки в системе неформальных межличностных отношений.

Как видно из таблицы 25, в целом, показатели социальной поддержки у больных РС не отличались от таковых у здоровых. Исключением являлся единственный параметр удовлетворённости социальной поддержкой, который отражал статистически более низкие его значения у больных РС ($p < 0,05$). Это свидетельствовало о том, что больные РС, формально получая эмоциональную и инструментальную помощь от окружающих и будучи включёнными в сеть тесных социальных отношений, не ощущали стабильности этих отношений и не получали от них уверенности и чувства безопасности.

Дальнейший углублённый анализ показал отсутствие гендерных и связанных с клиническими вариантами течения РС особенностей социальной поддержки у больных РС ($p > 0,05$).

Таблица 25 – Показатели социальной поддержки у больных РС в сравнении со здоровыми ($M \pm \sigma$)

Показатель	Больные РС (n=104)	Норма (n=30)
Эмоциональная поддержка	34,80±9,39	35,9±8,4
Инструментальная поддержка	15,60±3,74	16,3±2,9
Социальная интеграция	26,43±5,50	27,5±4,8
Удовлетворенность социальной поддержкой	5,59±2,14*	6,7±1,9
Общий показатель	82,43±17,63	87,0±13,7

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

Итак, у части больных РС определялась социальная фрустрированность, связанная с ухудшением здоровья в связи с болезнью. Получаемая больными от своего окружения социальная поддержка не давала им в полной мере чувство уверенности и безопасности.

3.5. Особенности совладания со стрессом (копинга) у больных рассеянным склерозом

Совладание (копинг), наряду с психологической защитой, является одним из проявлений защитно-совладающего стиля личности, который в ситуации болезни может претерпевать определённые изменения. В данном разделе представлены результаты изучения у больных РС специфики совладания в сфере когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений личности при помощи методики для психологической диагностики копинг-механизмов Е. Heim (Карвасарский Б.Д. и др., 1999). Показатели здоровых лиц приведены по Е.Л. Николаеву (2006).

Как показали полученные результаты, больные РС и здоровые лица имели достоверные различия в предпочитаемых стратегиях совладания на каждом из уровней функционирования психической сферы. Так, на когнитивном уровне копинга (рисунок 3) больные РС чаще, чем здоровые, выбирали дезадаптивные стратегии совладания ($p < 0,01$) и реже - адаптивные ($p < 0,01$). Более детальные различия в копинге проявились при анализе структуры когнитивного копинга у больных РС в сравнении со здоровой выборкой (таблица 26).

В частности, более чем в полтора раза было снижена их частота обращения к адаптивной стратегии проблемного анализа ($p < 0,05$), когда они стремились все тщательно обдумывать, анализировать и на основе этого создавать для себя общее представление о ситуации. Более чем в два раза у больных РС увеличивалась частота обращения к дезадаптивной стратегии смирения ($p < 0,01$) и дезадаптивной стратегии растерянности ($p < 0,05$), что характеризовало их как склонных к пассивности, покорности и самоунижению, беспомощности, нерешительности и неуверенности.

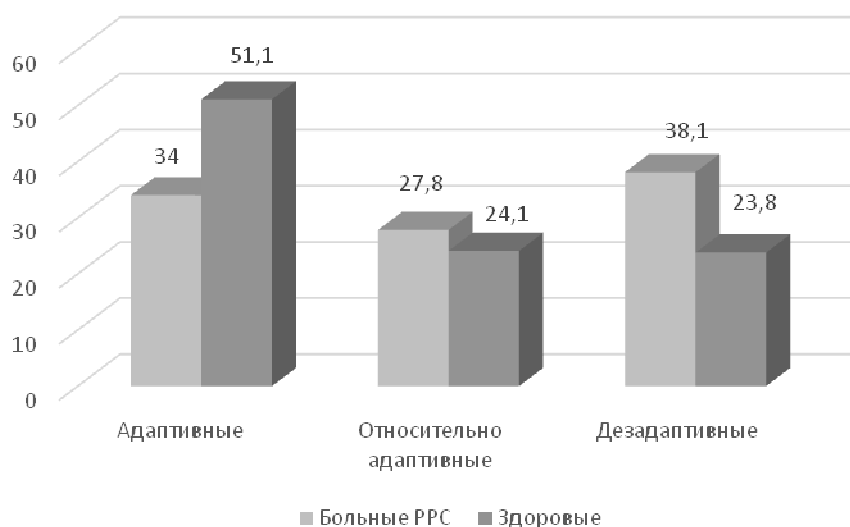


Рисунок 3. Адаптивность копинг-стратегий по методике Е. Heim (когнитивный уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %.

Также установлено, что больные РС в три раза чаще в сравнении со здоровыми, обращались к относительно адаптивной стратегии религиозности ($p < 0,01$), благодаря которой они видели в своей судьбе «промысел Божий», а потому целиком веряли свою жизнь и будущее высшим силам.

Таблица 26 – Структура копинг-стратегий по методике Е.Неim (когнитивный уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %

Копинг-стратегии	Больные (n=104)	Здоровые (n=684)
Игнорирование	7,22	3,7
Смирение	8,25**	2,5
Диссимуляция	10,31	12,4
Сохранение самообладания	9,28	18,3
Проблемный анализ	14,43*	23,6
Относительность	8,25	9,2
Религиозность	12,37**	4,1
Растерянность	12,37*	5,3
Придача смысла	7,22	11,8
Установка собственной значимости	10,31	9,1

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

** - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,01$

На эмоциональном уровне копинга (рисунок 4) больные РС в сравнении со здоровыми достоверно реже применяли адаптивные стратегии совладания ($p < 0,05$).

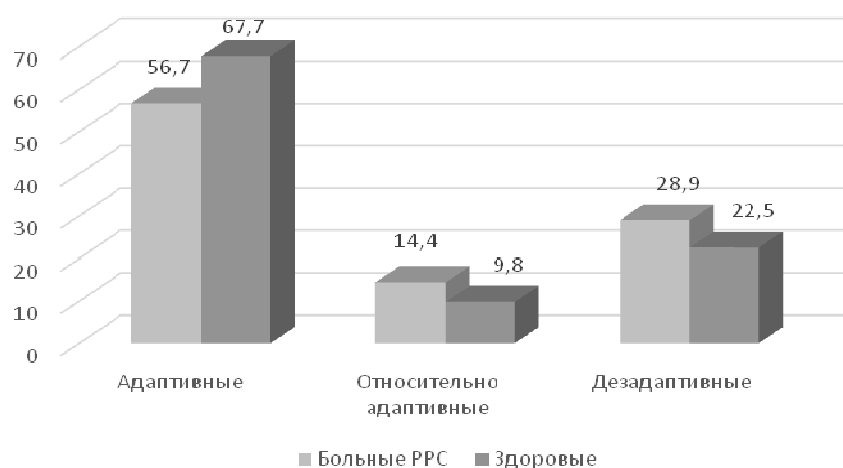


Рисунок 4. Адаптивность копинг-стратегий по методике Е.Нейм (эмоциональный уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %.

Это сопровождалось (таблица 27) их более редким обращением к стратегии оптимизма ($p < 0,01$) и большей частотой подавления эмоций ($p < 0,05$), что подтверждалось их более высоким запретом на выражение чувств (см. таблица 9).

При сравнении структуры эмоциональных вариантов копинг-поведения у больных РС и здоровых были также установлены иные различия.

Больные РС значительно реже смотрели на мир с позитивной точки зрения, гораздо в меньшей степени были уверены в своем будущем. Мир воспринимался ими более настороженно, а уверенность в том, что из любой ситуации имеется выход, была выражена меньше, чем у здоровых. Они вели себя более сдержанно, т.к. в большей степени были склонны подавлять свои эмоции, как положительные, так и отрицательные.

Таблица 27 – Структура копинг-поведения по методике Е.Нейм (эмоциональный уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %

Копинг-стратегии	Больные (n=104)	Здоровые (n=684)
Протест	8,25	3,8
Эмоциональная разрядка	11,34	5,7
Подавление эмоций	19,59*	12,0
Оптимизм	48,45**	63,9
Пассивная кооперация	3,09	4,1
Покорность	5,15	2,3
Самообвинение	4,12	6,3
Агрессивность	-	1,9

* - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

** - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,01$

Абсолютно неприемлемой поведенческой стратегией совладания для больных РС являлась агрессивность с проявлениями злости, бешенства, стремлением причинить ущерб окружающим.

На поведенческом уровне копинга (рисунок 5) больные РС достоверно чаще использовали дезадаптивные стратегии совладания ($p < 0,05$).

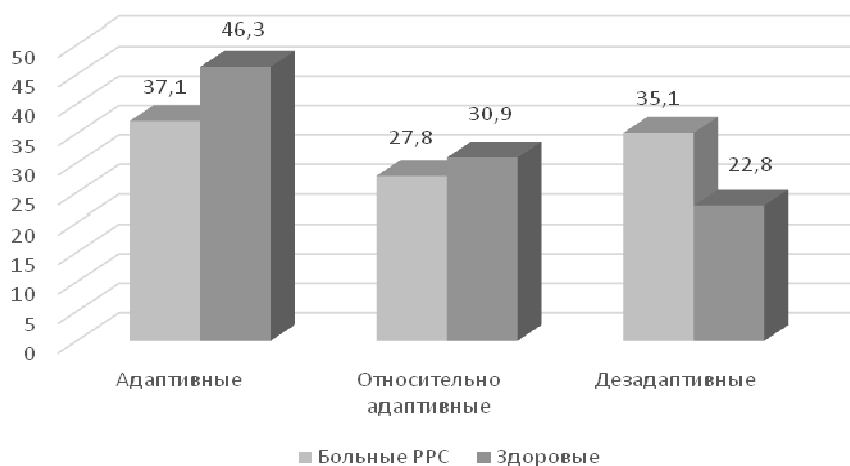


Рисунок 5. Адаптивность копинг-стратегий по методике Е.Нейм (поведенческий уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %.

Это находило отражение в более редком обращении к адаптивной стратегии сотрудничества ($p < 0,01$), позволявшей использовать положительное взаимодействие со значимыми людьми для преодоления трудностей и проблем (таблица 28).

Таблица 28 – Структура копинг-поведения по методике Е.Нейм (поведенческий уровень) у больных РС в сравнении со здоровыми, %

Копинг-стратегии	Больные (n=104)	Здоровые (n=684)
Отвлечение	14,43	20,0
Альтруизм	11,34	8,3
Активное избегание	21,65	15,2
Компенсация	9,28	7,3
Конструктивная активность	4,12	3,5
Отступление	13,40	7,6
Сотрудничество	9,28**	23,8
Обращение	16,49	14,2

** - различия достоверны при уровне значимости $p < 0,01$

Исследование особенностей копинга при РС также включало изучение специфики совладания с учетом *пола*. Анализ долевых показателей совладания у больных РС с учетом пола не выявил достоверных различий в частоте обращения к определенным стратегиям копинга.

Более детальная информация получена при анализе рангового характера распределения стратегий совладания. Установлено, что на когнитивном уровне большинство мужчин с РС выбирали адаптивные стратегии (45,45%), а женщины – дезадаптивные (38,67%). Более конкретно, это проявлялось тем, что мужчины чаще всего обращались к адаптивной стратегии проблемного анализа (22,73%) с его возможностями логического понимания и объяснения самому себе происходящих событий и актуальных ситуаций, а женщины – к относительно адаптивной стратегии относительности (14,67%), позволявшей сравнивать

собственные проблемы с проблемами других людей и только на основе этого снижать значимость собственных проблем.

На эмоциональном уровне копинга и мужчины, и женщины с РС чаще всего обращались к адаптивным стратегиям (50,00 и 58,67% соответственно). И у мужчин, и у женщин – это была стратегия оптимизма с его возможностями позитивного восприятия происходящего и уверенностью в положительных перспективах (40,91 и 50,67% соответственно). В то же время, выявлено, что дезадаптивную стратегию самообвинения с признанием собственных ошибок и закономерной «расплаты» за них, предпочитали только женщины (5,33%), а мужчины совершенно игнорировали.

При изучении поведенческих форм копинга были также определены половые различия. Установлено, что и женщины, и мужчины с одинаковой частотой обращались к адаптивным (36,36 и 37,33%) и дезадаптивным стратегиям (36,36 и 34,67%). Рассматривая структуру половых различий в поведенческом уровне совладания, можно также обнаружить, что если и у мужчин, и у женщин самым распространенным поведенческим вариантом совладания являлась дезадаптивная стратегия активного избегания с осознанным стремлением к постоянному уклонению от источников и ситуаций неприятного воздействия (31,82 и 18,67% соответственно), то на втором месте по распространенности у мужчин с равной частой находилась относительно адаптивная стратегия отвлечения со снижением значимости собственным проблем при сравнении с проблемами других (18,18%), у женщин – адаптивная стратегия обращения, раскрывающая их поиск людей, способных оказать поддержку или дать совет (17,33%).

Особый интерес представляет анализ особенностей совладания у больных РС с учетом специфики *течения заболевания*. В ходе исследования установлено, что на когнитивном уровне копинга наиболее предпочитаемыми стратегиями для больных РРС являлись дезадаптивные (44,12%), а для больных ВПРС – адаптивные стратегии совладания (44,83%). Больные с ВПРС более чем в три раза чаще обращались к относительно адаптивной стратегии религиозности с ее

признанием предопределенности всех событий, в том числе и болезни, влиянием высших сил ($z=2,054$; $p=0,040$) и адаптивной стратегии установки собственной значимости ($z=1,921$; $p=0,055$), наделявшей больного уверенностью в том, что рано или поздно он справится со всеми имеющимися трудностями (рисунок 6).



Рисунок 6. Различия в когнитивных копинг-стратегиях у больных РРС и ВПРС (%).

Особенностью эмоционального уровня копинга при РС являлся факт склонности больных и при РРС, и при ВПРС наиболее часто обращаться к адаптивным стратегиям совладания (60,29 и 48,28% соответственно).

Анализ поведенческих форм копинга при РС показал, что при РРС больные чаще обращались к адаптивным стратегиям (41,18%), а при ВПРС – к дезадаптивным стратегиям совладания (41,38%). Также была выявлена тенденция к отказу при ВПРС больного от обращения к адаптивной стратегии сотрудничества, позволявшей преодолевать трудности в процессе продуктивного взаимодействия с окружающими людьми, в то время как при РРС эту стратегию совладания выбирал каждый седьмой пациент (см. рисунок 3).

Итак, изучение психологических особенностей копинга у больных РС с учетом когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений личности, а также пола и клинических вариантов течения заболевания показало, что структура личности больных РС независимо от пола и клинического варианта

течения заболевания была представлена как адаптивными, так и дезадаптивными стратегиями совладания. Наличие заболевания у больных с РС сопровождалось негативными изменениями в копинге на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях – уменьшением способности к проблемному анализу ситуаций, снижением оптимизма, подавлением эмоций, уходом от агрессии, свертыванием сотрудничества. Одновременно усиливались проявления пассивности в форме растерянности и смирения. Возрастала религиозная настроенность личности.

В контексте половых различий мужчины и женщины с РС демонстрировали различные тенденции в реализации более адаптивных стратегий совладания. Мужчины были более направлены на когнитивно-ориентированный адаптивный копинг, женщины – на социально-ориентированный копинг. У больных ВПРС адаптивность личности возрастала при большем осознании собственной значимости, уменьшалась – при отходе от тактики сотрудничества в решении жизненно важных проблем.

3.6. Особенности взаимосвязи клинико-психологических характеристик у больных рассеянным склерозом

Изучение особенностей клинико-психологических характеристик у больных РС помимо непосредственного анализа и сравнения клинических и психологических показателей, полученных в ходе данного исследования, также предусматривало изучение взаимосвязи между найденными параметрами. Изучение данной взаимосвязи проводилось при помощи корреляционного анализа клинических и психологических показателей при общем уровне значимости $p < 0,05$. Ниже приведены результаты, сгруппированные по наиболее важным в данном исследовании клиническим и психологическим категориям.

Возрастные взаимосвязи. Возраст больных РС был негативно взаимосвязан с позитивной самооценкой здоровья ($r = -0,23$) и положительно – с антисуицидальным барьером личности ($r = 0,19$), благосклонностью восприятия

мира ($r=0,22$), фаталистическим настоящим ($r=0,20$), соматизацией ($r=0,31$), нарушениями сна ($r=0,23$), запретом на выражение радости ($r=0,34$) и гнева ($r=0,25$), социальной фрустрированностью своим здоровьем и работоспособностью ($r=0,25$). С увеличением возраста у больных РС снижалась адаптивность их эмоционального ($r=-0,21$) и поведенческого ($r=-0,24$) копинга.

Клиническая группа заболевания (тип течения) была взаимосвязана с клиническими и некоторыми психологическими показателями. В частности, для больных ВПРС, как имеющих более тяжелый вариант течения болезни, были характерны более высокие показатели шкалы EDSS ($r=0,43$), большее время, прошедшее с момента установления диагноза и начала лечения ($r=0,20$), более высокая социальная фрустрированность личности собственным здоровьем и работоспособностью ($r=0,25$). Для больных РРС была более характерна временная ориентация личности на позитивное прошлое ($r=0,23$), гедонистическое настоящее ($r=0,19$), большая адаптивность поведенческих копинг-стратегий ($r=0,24$).

Клиническая тяжесть состояния больных по EDSS положительно коррелировала с длительностью заболевания ($r=0,49$), временем, прошедшим с момента установления диагноза и начала лечения ($r=0,53$), более тяжелым вариантом течения болезни ($r=0,43$). Определялась негативная корреляция с позитивной самооценкой здоровья ($r=-0,25$), благополучным материальным положением ($r=-0,23$), позитивной оценкой результатов лечения ($r=-0,23$). Установлены положительные взаимосвязи тяжести состояния больных РС с соматическими ($r=0,34$), депрессивными ($r=0,28$), фобическими симптомами ($r=0,23$), общим показателем психопатологической симптоматики ($r=0,23$), нарушениями аппетита ($r=0,20$), нарушениями сна ($r=0,21$), чувством вины ($r=0,24$). Выявлены отрицательные взаимосвязи с верой больных в собственную удачу ($r=-0,26$), ощущением своей ценности ($r=-0,22$), эмоциональной поддержкой ($r=-0,22$), социальной интеграцией ($r=-0,20$) и общим уровнем социальной поддержки ($r=-0,21$). Определены положительные связи с фрустрированностью отношениями с родными ($r=0,23$), фрустрированностью отношениями с

ближайшим социальным окружением ($r=0,25$), фрустрированностью социально-экономическим положением ($r=0,27$), а также фрустрированностью здоровьем и работоспособностью ($r=0,39$). С увеличением EDSS пациентов снижалась адаптивность их эмоционального копинга ($r=-0,24$).

Выраженность психопатологических нарушений по шкале GSI методики SCL-90R не была связана с длительностью заболевания, его клиническим вариантом, возрастом или полом больного. В то же время установлена положительная связь с клинической тяжестью состояния по EDSS ($r=0,23$), отрицательные связи с позитивной самооценкой здоровья ($r=-0,27$) и благополучным материальным положением ($r=-0,26$). Также выявлены отрицательные корреляции с убежденностью больных РС в благосклонности мира ($r=-0,21$) и его справедливости ($r=-0,20$), ценностью собственного «я» ($r=-0,31$), эмоциональной поддержкой ($r=-0,20$), социальной интеграцией ($r=-0,23$), общим уровнем социальной поддержки ($r=-0,25$). Наблюдались положительные корреляции с негативным прошлым ($r=0,30$), фаталистическим настоящим ($r=0,20$), восприятием окружающих, как делегирующих высокие требования ($r=0,28$), селективированием информации о собственных неудачах ($r=0,23$), фрустрированностью отношениями с родными ($r=0,28$), фрустрированностью отношениями с ближайшим социальным окружением ($r=0,24$), фрустрированностью социальным статусом ($r=0,31$), фрустрированностью социально-экономическим положением ($r=0,33$), а также фрустрированностью здоровьем и работоспособностью ($r=0,37$). Нарастание психопатологической симптоматики у больных РС сопровождалось снижением адаптивности их поведенческого копинга ($r=-0,24$).

Увеличение продолжительности заболевания сопровождалось увеличением его клинической тяжести по EDSS ($r=0,49$), уменьшением положительной оценки лечения ($r=-0,34$), усилением соматических симптомов ($r=0,38$), депрессивных нарушений ($r=0,23$), нарушений сна ($r=0,22$). С увеличением продолжительности заболевания у больных РС уменьшалась убежденность в контролируемости мира ($r=-0,28$), в способности к самоконтролю ($r=-0,22$), способность получать

удовольствие от жизни ($r=-0,22$), снижались требования к себе ($r=-0,20$). Параллельно нарастала социальная фрустрированность в отношениях с родными ($r=0,24$), фрустрированность своим социальным статусом ($r=0,21$), фрустрированность здоровьем и работоспособностью ($r=0,30$).

Мысли о смерти у больных РС не были связаны с тяжестью состояния по EDSS, длительностью заболевания или типом течения (PPC и ВПРС). В то же время усиление таких мыслей коррелировало у пациентов с ухудшением самооценки здоровья ($r=-0,22$), снижением антисуицидального барьера ($r=-0,20$), усилением психопатологической симптоматики по GSI ($r=0,71$), появлением чувства вины ($r=0,42$), тревожного сна ($r=0,45$) или бессонницы ($r=0,31$). Во временной перспективе усиливалась ориентация на негативное прошлое ($r=0,29$), фаталистическое настоящее ($r=0,25$), снижалась ориентация на будущее ($r=-0,23$); снижался запрет на выражение гнева ($r=-0,20$), уменьшалась эмоциональная поддержка ($r=-0,22$), социальная интеграция ($r=-0,25$), снижался общий уровень социальной поддержки ($r=-0,26$), усиливалось восприятие окружающих как предъявляющих высокие требования ($r=0,27$). Все это сопровождалось ростом фрустрированности в отношениях с родными ($r=0,20$), отношениях с ближайшим социальным окружением ($r=0,23$), фрустрированностью социальным статусом ($r=0,25$), фрустрированностью социально-экономическим положением ($r=0,29$), фрустрированностью здоровьем и работоспособностью ($r=0,24$).

Антисуицидальный барьер личности, определяемый по вопросам социокультурной анкеты, также имел взаимосвязи с изучаемыми параметрами. В частности, его более высокие значения были отмечены у больных РС более старшего возраста ($r=0,19$), имевших более позитивную самооценку здоровья ($r=0,24$), убеждения в благосклонности мира ($r=0,20$) и веру в собственную удачу ($r=0,21$). Также были выявлены положительные корреляции с запретом на выражение радости ($r=0,20$), гнева ($r=0,24$) и общим запретом на выражение чувств ($r=0,21$), отрицательные корреляции с мыслями о смерти ($r=-0,20$) и восприятием окружающих как делегировавших высокие требования ($r=-0,19$). С

усилением антисуицидального барьера личности увеличивался адаптивный характер поведенческого копинга пациентов ($r=0,21$).

Вера. Более высокие показатели религиозной веры, определяемые по социокультурной анкете, положительно коррелировали с женским полом ($r=0,37$), удовлетворенностью материальным положением ($r=0,20$), эмоциональной поддержкой ($r=0,21$), социальной интеграцией ($r=0,20$), повышением требований к себе ($r=0,22$). Вера негативно коррелировала с фаталистическим настоящим ($r=-0,24$), а также с фрустрированностью отношениями с родными ($r=-0,24$), фрустрированностью отношениями с ближайшим социальным окружением ($r=-0,27$), фрустрированностью социально-экономическим положением ($r=-0,33$), а также фрустрированностью здоровьем и работоспособностью ($r=-0,29$).

Копинг-стратегии. Более адаптивный характер копинг-стратегий на трёх уровнях психического реагирования (когнитивном, эмоциональном, поведенческом) соответствовал у больных РС - более высокой самооценке здоровья ($r=0,32$ для поведенческих копинг-стратегий), меньшей выраженности общей психопатологической симптоматики ($r=-0,29$ для поведенческих копинг-стратегий), уменьшению мыслей о смерти ($r=-0,26$ для поведенческих копинг-стратегий), усилению эмоциональной поддержки ($r=0,23$ для когнитивных копинг-стратегий, $r=0,34$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=0,29$ для поведенческих копинг-стратегий), росту общего уровня социальной поддержки ($r=0,20$ для когнитивных копинг-стратегий, $r=0,35$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=0,32$ для поведенческих копинг-стратегий), усилению временных ориентаций на будущее ($r=0,35$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=0,25$ для поведенческих копинг-стратегий), ослаблению временных ориентаций на гедонистическое настоящее ($r=-0,20$ для поведенческих копинг-стратегий), большей убежденности больных в собственной ценности ($r=0,28$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=0,27$ для поведенческих копинг-стратегий), уменьшению фрустрированности отношениями с ближайшим социальным окружением ($r=-0,23$ для когнитивных копинг-стратегий, $r=-0,37$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=-0,22$ для поведенческих копинг-стратегий),

более высокой оценке своего материального положения ($r=0,22$ для эмоциональных копинг-стратегий и $r=0,28$ для поведенческих копинг-стратегий).

Уровень социальной поддержки (по его общему показателю). Рост социальной поддержки у больных РС сопровождался снижением выраженности клинической тяжести состояния по EDSS ($r=-0,21$), уменьшением выраженности психопатологических нарушений по GSI ($r=-0,25$). В частности, это касалось снижения межличностной сенситивности ($r=-0,26$), депрессивных проявлений ($r=-0,41$), враждебности ($r=-0,22$), тревожного сна ($r=-0,25$). Параллельно усиливался запрет на выражение печали ($r=0,24$) и уменьшались перфекционистские требования пациентов к себе ($r=-0,29$). Снижались уровни социальной фрустрированности по всем составляющим: отношениям с родными ($r=-0,48$), отношениям с ближайшим социальным окружением ($r=-0,52$), социальным статусом ($r=-0,25$), социально-экономическим положением ($r=-0,49$), здоровьем и работоспособностью ($r=-0,38$). Также отмечено усиление у больных РС убежденности в благосклонности окружающего мира ($r=0,38$) и собственной ценности ($r=0,43$).

Итак, результаты корреляционного анализа показали, что клинические и психологические характеристики больных РС образуют систему множества статистически подтвержденных взаимосвязей.

3.7. Многомерный анализ психологических характеристик больных рассеянным склерозом

На следующем этапе работы для уточнения внутренней психологической структуры клинических групп больных РС произведён многомерный анализ всего массива психологических данных, полученных в ходе исследования больных РРС и больных ВПРС. Методом главных компонент в рамках факторного анализа в обеих выборках больных получена близкая по своему психологическому содержанию пятифакторная структура. Дисперсия, характеризовавшая выделенные факторы в группе РРС составила 54,3%, в группе ВПРС - 59,2%.

С учетом того, что содержательная структура и факторная нагрузка в обеих клинических группах были схожи, пять полученных факторов были названы одинаково: первый фактор «Психопатологические нарушения», второй фактор «Неэффективность социальной поддержки», третий фактор «Перфекционистский самоконтроль», четвертый фактор «Подавление эмоций», пятый фактор «Временные ориентации».

Как видно из таблицы 29 и таблицы 30, в основу **первого фактора**, обозначенного как «**Психопатологические нарушения**» в группе РРС (доля дисперсии 21,4%) лёг комплекс психопатологических нарушений, представленный в методике SCL-90R совокупностью соматических, обсессивно-компульсивных, депрессивных, тревожных, паранойяльных нарушений, межличностной сенситивности, фобической тревожности, враждебности, психотизма, общего индекса тяжести GSI.

Тот же самый комплекс психических нарушений вошел и в первый фактор для группы ВПРС (доля дисперсии 18,2%). Незначительным различием между ними была некоторая разница в наиболее выраженных по нагрузке психических проявлениях. В группе РРС – это была тревожность (нагрузка 0,91), связанная нами с опасениями и страхами пациентов по поводу своего здоровья. В группе ВПРС – это был психотизм (нагрузка – 0,89), отражавший стремление к избеганию общения, к изоляции и замкнутости.

Второй фактор, получивший название «**Неэффективность социальной поддержки**» имел дисперсию в группе РРС – 13,1%, в группе ВПРС – 15,6%. Он отражал низкую удовлетворённость больных РС своими межличностными взаимоотношениями с близкими и возможностями получения от них помощи и поддержки. Данный фактор определялся характеристиками недостаточности социальной поддержки по методике F-SOZU-22 и несколькими сферами социальной фрустрированности пациентов, определяемой по методике «Уровень социальной поддержки».

Таблица 29 – Данные факторного анализа взаимосвязи психологических характеристик у больных из группы РРС

Фактор (описываемая дисперсия)	Характеристика	Нагрузка
Фактор 1 (21,4%)	Соматизация	0,83
	Обсессивно-компульсивные симптомы	0,86
	Межличностная сенситивность	0,89
	Депрессия	0,82
	Тревожность	0,91
	Враждебность	0,79
	Фобическая тревожность	0,87
	Паранойяльные симптомы	0,83
	Психотизм	0,85
	Общий индекс тяжести	0,97
Фактор 2 (13,1%)	Эмоциональная поддержка	-0,84
	Инструментальная поддержка	-0,72
	Социальная интеграция	-0,84
	Общая социальная поддержка	-0,89
	Фрустрированность ближайшим социальным окружением	0,73
Фактор 3 (8,2%)	Высокие стандарты деятельности	0,71
	Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	0,71
	Общий перфекционизм	0,85
Фактор 4 (6,7%)	Запрет на выражение печали	0,74
	Запрет на выражение гнева	0,70
	Запрет на выражение страха	0,73
Фактор 5 (4,9%)	Негативное прошлое	0,72
Дисперсия, характеризующая выделенные факторы – 54,3%		

При этом, в группе больных РРС была представлена нагрузка на все составляющие социальной поддержки – эмоциональную, инструментальную поддержку, социальную интеграцию и общий уровень социальной поддержки, дополненный фрустрированностью ближайшим социальным окружением.

Таблица 30 – Данные факторного анализа взаимосвязи психологических характеристик у больных из группы ВПРС

Фактор (описываемая дисперсия)	Характеристика	Нагрузка
Фактор 1 (18,2%)	Соматизация	0,78
	Обсессивно-компульсивные симптомы	0,75
	Межличностная сенситивность	0,72
	Депрессия	0,81
	Тревожность	0,86
	Враждебность	0,82
	Фобическая тревожность	0,77
	Паранойяльные симптомы	0,85
	Психотизм	0,89
	Общий индекс тяжести	0,96
Фактор 2 (15,6%)	Эмоциональная поддержка	-0,81
	Социальная интеграция	-0,74
	Общая социальная поддержка	-0,80
	Фрустрированность взаимоотношениями с родными и близкими	0,74
	Фрустрированность ближайшим социальным окружением	0,74
Фактор 3 (10,5%)	Восприятие других людей как делегирующих высокие требования	0,80
	Высокие стандарты деятельности	0,79
	Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	0,83
	Общий перфекционизм	0,96
Фактор 4 (8,2%)	Запрет на выражение печали	0,77
	Запрет на выражение радости	0,77
	Запрет на выражение страха	0,74
Фактор 5 (6,7%)	Гедонистическое настоящее	0,78
	Будущее	0,72
Дисперсия, характеризующая выделенные факторы – 59,2%		

Т.е. можно сказать, что данный фактор при РРС в большей мере оценивал низкую эффективность социальной поддержки в ближайшем социальном окружении (друзья, коллеги, начальство, противоположный пол). При ВПРС акцент был несколько иной – ощущалась нехватка эмоциональной поддержки и ощущения интегрированности в социум не только в отношениях с друзьями и коллегами, но и с самыми близкими членами семьи.

Третий фактор «Перфекционистский самоконтроль» формировался показателями методики диагностики перфекционизма (доля дисперсии 8,2% при РРС и 10,5% при ВПРС). Помимо общих проявлений перфекционизма в группе больных РРС были представлены два патологических проявления перфекционизма с равной нагрузкой – высокие стандарты деятельности и селектирование информации о собственных неудачах и ошибках. Они в большей степени были направлены на себя. В группе больных ВПРС, также, помимо общих проявлений перфекционизма, высокие стандарты деятельности и селектирование информации о собственных неудачах и ошибках дополнялись оценочной характеристикой перфекционизма у больных РС в отношении окружающих – восприятием других людей как делегирующих высокие требования.

Четвертый фактор «Подавление эмоций» при РРС (доля дисперсии 6,7%) состоял из показателей избирательного запрета на выражение только негативных эмоций – печали, страха и гнева. При ВПРС (доля дисперсии 8,2%) запрет был более широким по содержанию. Он касался не только выражения негативных эмоций печали и страха, но и положительных – радости. Т.е. больные одинаково ограничивали проявления положительных и отрицательных чувств, считая их неуместными и излишними.

Пятый фактор «Временные ориентации» при РРС (доля дисперсии 4,9%) составила единственная характеристика временной перспективы личности – приоритетная ориентация на негативное прошлое, которая имела в большей мере дезадаптивное содержание. При ВПРС (доля дисперсии 6,7%) этот же фактор был образован двумя другими показателями временной перспективы личности –

пассивной характеристикой гедонистического настоящего в сочетании с положительно заряженной характеристикой ориентации на будущее. Это могло свидетельствовать о появлении при ВПРС определённого адаптивного ресурса, на который можно опираться в клинической работе.

Итак, проведённый в третьей главе анализ позволил выявить *общие* и *частные* особенности клинико-психологического статуса у исследуемых больных РС, а также особенности взаимосвязей изучаемых клинических и психосоциальных параметров.

На основе результатов анализа установлено, что *общими* для большинства исследованных больных РС *особенностями* являются: снижение показателей психического здоровья, наличие психических нарушений когнитивного, астенического и тревожно-депрессивного спектра на фоне отсутствия агрессии к окружающим. Психосоциальная ситуация пациентов в большей мере определяется наличием семьи и осознанием ее ценности; городским образом жизни; средним или высшим образованием; наличием желания, улучшить собственное экономическое состояние, несмотря на общее снижение трудоспособности; готовностью при решении проблемных ситуаций опираться как на себя, так и на ближайшее социальное окружение и специалистов. Религиозная вера у больных РС сочетается с верой в порчу и колдовство.

К общим психологическим характеристикам обследованных больных РС можно также отнести: выраженный эмоциональный контроль, не распространяющийся на выражение печали; сниженная вера в справедливость мира и собственную удачу; утрата способности радоваться на фоне негативного восприятия своего прошлого; категоричность мышления с тревожными ожиданиями высоких требований от окружающих; неудовлетворенность социальной поддержкой. Личностные компенсаторно-приспособительные механизмы у больных РС отличаются снижением адаптивных возможностей или нарастанием дезадаптивных форм реагирования во всех сферах психической деятельности.

Частными особенностями клинико-психологического статуса у больных *РРС* являются: склонность к депрессивным проявлениям и перееданию, позитивные временные ориентации на прошлое, готовность к сотрудничеству с окружающими при разрешении проблем.

Частными особенностями клинико-психологического статуса у больных *ВПРС* являются: более высокая выраженность астеноневротических нарушений, тревоги и нарушений сна, снижение веры в доброту окружающих, большой приоритет во временных ориентациях на будущее, фрустрированность ближайшим социальным окружением, снижение способности к сотрудничеству при разрешении проблем на фоне роста религиозности и осознания собственной значимости.

Частными особенностями клинико-психологического статуса у больных *РС мужского пола* являются: преимущественно астенические нарушения, трудовая занятость в промышленности, более доброжелательные отношения в семье, меньшая распространенность религиозной веры, более высокий уровень контроля за проявлениями страха, большая конструктивность когнитивного копинга.

Частными особенностями клинико-психологического статуса у больных *РС женского пола* стали: преимущественно астеноневротические нарушения, меньшая трудоспособность, напряженность семейных отношений, большая распространенность религиозной веры и психологических защит, социально ориентированный копинг.

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

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

Благодаря результатам факторного анализа установлено, что обобщенная клинико-психологическая характеристика больных РС двух клинических групп (РРС и ВПРС) описывается пятью факторами общей структуры. Эти факторы связаны с наблюдавшимися при РС психическими нарушениями, неудовлетворённостью социальной поддержкой, проявлениями перфекционистского самоконтроля, избирательным контролем эмоций и особой временной ориентацией в прошлом, настоящем и будущем. Данная структура показала свою стабильность и имела незначительные различия у больных РРС и ВПРС.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

На основе результатов исследования клинико-психологических характеристик больных РС, анализа отечественного и зарубежного опыта психологической помощи таким больным, учёта ресурсов региональной системы здравоохранения, в данной работе представлена разработанная система медико-психологического сопровождения больных РС, которая внедрена в практическую деятельность медицинских учреждений Чувашской Республики.

На сегодняшний день в Чувашии действует многоуровневая система оказания медицинской и реабилитационной помощи больным РС (Егорова Г.П., 2004). *Первый уровень* включает районные и городские больницы и поликлиники, где пациенты получают медицинскую и реабилитационную помощь, которую им оказывают врачи неврологи, а также терапевты, врачи общей (семейной) практики, психотерапевты, физиотерапевты, другие специалисты, консультируют медицинские психологи.

Второй уровень медицинской и реабилитационной помощи больным РС в Чувашии представлен «Республиканским клинико-диагностическим центром по рассеянному склерозу», созданным на базе БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии (Егорова Г.П., 2004). К задачам центра помимо оказания высококвалифицированной медицинской помощи больным РС также отнесена координация организации медицинской помощи больным РС другими учреждениями республики, внедрение новых эффективных методов диагностики и лечения, ведение регионального регистра больных. На постоянной основе в центре работает «Школа больного РС».

Уровни регионального масштаба органично дополнены *третьим уровнем* - Федеральным научно-медицинским центром РС, действующим на базе ФГБНУ

«Научный центр неврологии» (Егорова Г.П., 2004). Его основными задачами является разработка организационно-методических основ деятельности региональных центров, координация научных исследований по проблеме рассеянного склероза, проведение клинических испытаний новых препаратов, лечебная и консультативная помощь больным, формирование банка данных по заболеваемости РС, подготовка научных кадров и специалистов по РС.

С учётом того, что диспансерным наблюдением в республике охвачены больные РС всех категорий независимо от групп инвалидности, возраста и социального статуса (Егорова Г.П., 2004), в регионе созданы объективные условия для разработки и эффективного внедрения целостной системы медико-психологического сопровождения больных РС, ориентированной на всех пациентов с установленным диагнозом, проживающих на территории Чувашии и получающих медицинскую помощь в медицинских учреждениях республики.

4.1. Понятие медико-психологического сопровождения больного и его основные принципы

При разработке системы медико-психологического сопровождения больных РС, мы опирались на собственное определение данного понятия, предложенное на основе анализа научной литературы и результатов проведённого исследования пациентов.

Согласно нашему пониманию, **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.

С учетом опыта Санкт-Петербургских ученых, проанализировавших доказательные исследования и сформулировавших основные принципы оказания медицинской помощи больным тревожными расстройствами невротического уровня (Караваева Т.А. и др., 2016; Караваева Т.А. и др., 2016а), а также на основе

результатов проведённого клинико-психологического исследования и опыта практической психотерапевтической работы с больными РС нами выделены основополагающие принципы их медико-психологического сопровождения:

- *принцип непрерывности и этапности.* Согласно этому принципу, медико-психологическое сопровождение: 1) проводится непрерывно; 2) оно проводится на всех организационных этапах лечения больного РС (стационарный, амбулаторный); 3) начинается с момента установления диагноза РС и проводится на всех стадиях заболевания (дебют, ремиссия, рецидив). Психологическая помощь на разных стадиях болезни может носить не только корректирующий, но и психопрофилактический характер, усиливая, к примеру, антисуицидальный барьер, различные уровни которого у больных РС выявлены в нашем исследовании.

- *принцип комплексности.* В медико-психологическом сопровождении больных РС этот принцип реализуется в двух аспектах. Первый аспект - сочетание деятельности различных специалистов (бригадный подход) - психотерапевт, медицинский психолог, невролог, медицинская сестра, терапевт, врач (общей) семейной практики и др. Взаимодействие более широкого круга специалистов различного уровня при медико-психологическом сопровождении может давать синергетический эффект. Второй аспект - учёт биологических, психологических и социальных аспектов заболевания.

- *принцип доступности.* Как установлено в нашем исследовании у больных РС снижены показатели психического здоровья, у многих встречаются донозологические психические нарушения, распространены дезадаптивные стратегии coping. Именно поэтому мы считаем, что важна охваченность медико-психологическим сопровождением всех больных РС. Данный принцип также обозначает возможность пациентов, имеющих более успешный опыт прохождения программ медико-психологического сопровождения свободно и открыто делиться им с другими пациентами, нуждающимися в этом. Охваченность также предполагает хорошую степень информированности

больных РС и их близких о возможности участия в программах сопровождения и возможностях данных программ.

- *принцип дифференцированности* медико-психологического сопровождения предполагает персонализированный подход к определению объёма помощи, задач, мишеней и методов (Караваева Т.А. с соавт., 2017) Доступная, грамотно организованная и дифференцированная психологическая помощь может позитивно воздействовать на всех больных РС, способных воспринимать психологические воздействия, вне зависимости от продолжительности болезни, клинического варианта, стадии и тяжести заболевания.

- *принцип интегративности* как стремление к учёту в терапии различных влияний и сочетаний различных воздействий. Медико-психологическое сопровождение влияет на психическую сферу пациента не изолированно, а в тесной взаимосвязи с воздействиями на его физиологическую и социальную сферы, что может проявляться в психосоматических и соматопсихических эффектах у больных РС. Поэтому психологические воздействия на пациента обязательно встраиваются в действующую систему лечебно-реабилитационной помощи.

- *принцип системности*. Исследования свидетельствуют, что влияние родственников на психическое и соматоневрологическое состояние больных РС довольно значительно (Сидоренко Т.В., 2009; Ghafari S. et al., 2014; Rommer P.S. et al., 2016). В связи с чем, медико-психологическое сопровождение больного РС предполагает вовлечение в процесс его ближайшего окружения – членов его семейной системы, перед которыми стоят собственные задачи адаптации к ситуации болезни близкого.

Опора на данные принципы в работе с больными РС позволяет успешнее интегрировать медико-психологическое сопровождение в действующую систему здравоохранения, сделать его более понятным для медицинских специалистов, более доступным для пациентов и их родственников, создать организационные

условия для придания самой системе медико-психологического сопровождения больных большей эффективности.

4.2. Задачи медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом

Направленность и клиническое содержание медико-психологического сопровождения больных РС в первую очередь соотносится с периодом или стадией заболевания, т.к. доминирующая клиническая картина непосредственно связана с терапевтическими задачами, которые стоят перед специалистами, осуществляющими процесс диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Важным условием формулирования задач медико-психологического сопровождения больных РС также является их обязательная направленность на три сферы психической деятельности человека – когнитивную, эмоциональную и поведенческую (таблица 31).

Так, на начальном этапе заболевания РС, в *период дебюта*, клиническая картина определяется яркой или нерезко выраженной манифестацией первых клинических симптомов. В этот период перед врачом-неврологом стоят задачи по определению структуры ведущих клинических синдромов, установлению клинического диагноза и определению терапевтической тактики для каждого конкретного больного. Выполнение этих задач позволяет своевременно начать необходимое лечение, что может способствовать более доброкачественному течению заболевания в будущем (Негреба Т.В., 2006).

В психологической плоскости решение задач медико-психологического сопровождения начинается с проведения психологической диагностики для уточнения ряда ситуативных и личностных особенностей пациента, которые могут обуславливать различный риск формирования у больного психопатологических нарушений.

Таблица 31 – Соотношение задач медико-психологического сопровождения с клиническими характеристиками и терапевтическими задачами в различные периоды заболевания РС

Период заболевания	Характеристика клинической картины	Терапевтические задачи	Задачи медико-психологического сопровождения
Дебют (начало)	Манифестация первых клинических симптомов заболевания	- определение структуры ведущих клинических синдромов; - установление клинического диагноза заболевания; - определение тактики лечения	– психологическая диагностика; – выявление факторов риска психопатологических нарушений; - определение персонализированной программы сопровождения; – психообразование; – снижение эмоциональной напряжённости; – помощь пациенту в принятии своего заболевания; – формирование комплаенса
Рецидив (обострение)	Резкое усиление и возможное появление новых клинических симптомов заболевания	- снижение выраженности клинических симптомов; - замедление прогрессирования заболевания	– помощь пациенту в адаптации к симптомам заболевания; – снижение эмоциональной напряжённости; – уменьшение индивидуальной значимости стрессовых факторов; – укрепление мотивации на лечение; - повышение антисуицидального барьера; – работа с экзистенциальными переживаниями; - работа с социальным окружением, обеспечение поддержки
Ремиссия (стабилизация)	Временное ослабление проявления (или исчезновение) клинических симптомов заболевания	- снижение частоты рецидивов заболевания; - удлинение продолжительности ремиссии заболевания; - повышение качества жизни пациента	- усиление сохранных когнитивных функций; – поддержание приверженности лечению; - повышение адаптивности копинга; - углубление социальной интеграции; – помощь в разрешении актуальных психологических переживаний; – помощь в текущих проблемных ситуациях

Учет выявленных факторов и особенностей клинического состояния пациента позволяет составлять для него персонализированную программу сопровождения. Важными также являются задачи снижения эмоционального напряжения, вызванного неопределённостью ситуации болезни и индивидуальными факторами риска РС (Алифирова В.М., Титова М.А., 2012). На этом же этапе начинается нелегкий для больного процесс принятия факта своего заболевания и признания себя больным РС. После признания факта своей болезни, необходимости лечения и профилактики, знаменующего таким образом начало комплаенса, специалист согласовывает с пациентом индивидуальную (персонализированную) программу медико-психологического сопровождения.

В период рецидива у больного РС происходит резкое усиление имеющихся симптомов заболевания. Возможно, также появление совершенно новых клинических симптомов РС, которые прежде не беспокоили пациента, но теперь значительно утяжеляют его состояние и усиливают страдания. Именно поэтому перед лечащим врачом встаёт важнейшая задача снижения выраженности клинических симптомов болезни, что способствует облегчению физического и эмоционального состояния пациента и способствует относительной стабилизации патологического процесса. Можно сказать, что все терапевтические воздействия в этот период болезни направлены на замедление прогрессирования РС.

В плоскости медико-психологических задач в период рецидива наиболее актуальна задача максимальной адаптации к превалирующим в клинической картине болезни симптомам. Возрастает позитивная роль снижения эмоциональной напряженности за счёт уменьшения влияния стрессовых воздействий, которые запускают цепь негативных соматоневрологических и психоэмоциональных проявлений. Уменьшение индивидуальной значимости стрессовых факторов помогает прерывать эту патологическую цепь, вселить пациенту надежду на временный характер обострения. Именно в это период заболевания после принятия факта своего заболевания перед пациентом ставится задача укрепления мотивации на лечение, которая в свою очередь будет способствовать повышению антисуицидального барьера пациента. У многих

больных в этом тяжелом периоде актуализируются переживания экзистенциального характера, которые требуют обязательной проработки. Большое значение имеет мобилизация ближайших социальных ресурсов – которая состоит в работе с социальным окружением и обеспечении социальной поддержки ближайшего окружения.

На этапе стабилизации болезни, в *период ремиссии*, картина заболевания характеризуется значительным ослаблением клинических симптомов РС вплоть до их полного исчезновения. В этой стадии заболевания наиболее актуальны клинические задачи снижения частоты рецидивов и удлинения продолжительности ремиссии. С учётом того, что больные и в период ремиссии могут иметь определённые ограничения жизнедеятельности, возрастает позитивная роль субъективной оценки своего состояния самим больным, которая формирует категорию качества жизни.

Задачи медико-психологического сопровождения больных РС в этой стадии нацелены не только на стабилизацию их физического состояния, но и на определённое развитие личностного потенциала пациента в отношении болезни. В частности, одним из направлений сопровождения является нейропсихологическая работа по сохранению или минимизации когнитивной дисфункции. Другим направлением деятельности в условиях временного ослабления симптомов болезни, когда пациенты могут не выполнять всех врачебных рекомендаций по лечению и образу жизни, является поддержание приверженности лечению. Ещё одной обязательной задачей является развитие у больных РС навыков более адаптивного копинга. Копинг может касаться не только навыков управления симптомами своей болезни (астения, когнитивные нарушения, боль, сексуальные нарушения), но и совладания с другими сложными жизненными ситуациями (стресс, проблемное общение, социальная изоляция) (Mohr D.C. et al., 2001), способствуя тем самым более полной социальной интеграции больного РС. Требуют внимания и вопросы, связанные с помощью в разрешении актуальных психологических переживаний и решении текущих проблемных ситуаций.

4.3. Этапы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом

РС является тяжёлым хроническим заболеванием, поражающим нервную систему, требующим длительного наблюдения, лечения и реабилитации (Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н., 2004; Малкова Н.А., Иерусалимский А.П., 2006; Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н., 2010).

Именно этим обусловлен тот, факт, что содержание медико-психологического сопровождения больных РС определяется не только стадией самого заболевания (дебют, рецидив, ремиссия), но и соотношением специфики периода развития заболевания, в котором пациент получает медико-психологическую помощь, и совокупностью психических и физических возможностей пациента в получении такой помощи.

В связи с чем, в системе медико-психологического сопровождения больных РС нами выделены четыре этапа (информационно-диагностический, психокоррекционный, психотерапевтический и психореабилитационный), которые предполагают различные акценты в работе специалистов. В литературе уже описана подобная практика в организации психологической помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями (Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю., 2014), созависимым лицам при алкогольной зависимости у их близких (Осинская С.А., 2015). В нашем случае мы проводим структурирование системы медико-психологического сопровождения больных РС на этапы с учётом результатов, полученных в данном исследовании.

Стоит отметить, что прохождение больным РС различных этапов медико-психологического сопровождения больше связано не со спецификой клинических стадий заболевания, а с необходимостью и последовательностью работы над решением определённых задач и достижением возможных результатов в ходе лечения и медико-психологического сопровождения больного (таблица 32).

Информационно-диагностический этап. Работа с больным РС на данном этапе медико-психологического сопровождения начинается, как правило, с

момента его обращения к неврологу. В это время у пациента появляются первые жалобы и первые страхи в связи с возможным диагнозом. Таким образом, невролог амбулаторного или стационарного звена является первым специалистом, с которым пациент устанавливает долговременные контакты в связи со своим заболеванием. Именно поэтому очень важно, чтобы невролог, а также медицинская сестра владели навыками эмпатийного общения с пациентом для того, чтобы не только правильно установить диагноз, но и сформировать с пациентом доверительные отношения.

Более эффективно для больного информационно-диагностический этап проходит при вовлечении его в работу «Школы больного РС», которая на постоянной основе действует в Республиканском клинко-диагностическом центре по РС. В рамках данной школы больной получает всю информацию о своём заболевании, факторах риска, возможностях лечения и профилактики. Здесь же он узнает о необходимых изменениях в образе жизни, получает рекомендации, следование которым может позволить пациенту дольше сохранить трудоспособность и качество жизни.

Таблица 32 – Содержание этапов медико-психологического сопровождения больных РС

Этап	Задачи	Ожидаемые результаты
Информационно-диагностический	- установление продуктивного контакта с больным; - информирование его о специфике заболевания и необходимом образе жизни; - выявление его актуального психологического статуса; - определение нарушенных сфер жизнедеятельности больного	- формирование отношений доверия к медицинскому персоналу и специалистам; - формирование компетентности больного в отношении РС; - установление дисфункциональных сторон личности, ее адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала; - установление мишеней психологического воздействия

Этап	Задачи	Ожидаемые результаты
Психокоррекционный	- формирование мотивации к изменениям; - коррекция внутренней картины болезни; - коррекция когнитивных нарушений; - коррекция дезадаптивных навыков общения; - приобретение навыков управления стрессом	- формирование приверженности лечению; - формирование адекватной внутренней картины болезни; - замедление когнитивной дисфункции; - формирование навыков конструктивного общения; - снижение уровня эмоционального напряжения
Психотерапевтический	- выявление внутренних конфликтов; - расширение репертуара копинг-стратегий; - проработка негативного эмоционального опыта; - приобретение навыков саморегуляции; - формирование позитивного опыта межличностных отношений; - формирование позитивного самоотношения; - интеграция личности	- разрешение внутренних конфликтов; - формирование навыков конструктивного копинга; - освоение навыков распознавания и выражения чувств; - освоение навыков саморегуляции функциональных состояний; - самопринятие; - раскрытие личностного потенциала; - достижение личностной целостности
Психореабилитационный	- сохранение полученных в ходе лечения результатов; - эмоциональная поддержка больного; - поддержание позитивной роли социальной среды	- стабилизация физического и психического состояния; - относительная эмоциональная стабильность; - сохранение социальной активности больного

На этом же этапе, в ходе индивидуального психологического консультирования, медицинский психолог проводит комплексное

психодиагностическое обследование больного РС. Устанавливаются особенности его психологического статуса – клинические и психосоциальные характеристики, состояние психической сферы, личностные особенности, особенности копинг-стратегий и социального взаимодействия. Знание нарушенных сфер жизнедеятельности больного, его адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала позволяет дифференцировать мишени психологического воздействия при составлении индивидуальных программ медико-психологического сопровождения больных РС.

В медико-психологическое сопровождение больных РС на данном этапе в амбулаторных и стационарных условиях вовлечены: невролог, медицинский психолог и медицинская сестра.

Психокоррекционный этап. Задачи этого этапа медико-психологического сопровождения нацелены на формирование у больного РС осознанной мотивации к изменениям в связи со своим заболеванием. Эти изменения чаще касаются отношения к болезни, отношения к лечению, привычного образа жизни. Здесь уделяется большое значение формированию у пациента той внутренней картины болезни, которая будет определяться адекватным отношением к своему состоянию здоровья без склонности преувеличивать или преуменьшать тяжесть болезни или ее прогноз.

Важной стороной этапа является коррекция выявленных у больного РС в ходе нейропсихологической диагностики когнитивных нарушений, чаще всего – это снижение продуктивной мыслительной детальности в форме снижения функций памяти и внимания.

Не менее значимым направлением психокоррекционного воздействия мы считаем помощь больному РС в формировании у него навыков конструктивного общения. После установления диагноза многие больные РС склонны замыкаться в себе, ограничивать своё общение с друзьями, родственниками и коллегами. Некоторые из них могут проявлять неадекватные коммуникативные реакции, избегая межличностного взаимодействия, прогностически негативно оценивая возможное впечатление, которое они могут произвести на окружающих.

Приобретение навыков управления стрессом в ходе сеансов релаксации позволяет пациентам не только снизить эмоциональное напряжение, но и спокойнее принять своё заболевание, естественней строить взаимоотношения с окружающими. Все это позитивно сказывается на формировании приверженности лечению.

С учётом решаемых на данном этапе задач, в процесс медико-психологического сопровождения больного РС здесь преимущественно вовлечён медицинский психолог. Чаще такое психокоррекционное воздействие происходит во время стационарного лечения больного.

Психотерапевтический этап. К числу основных задач психотерапевтического этапа относится выявление и разрешение внутренних конфликтов личности (Николаев Е.Л., Суслова Е.С., Орлов Ф.В., 2012), которые часто определяют наличие у больного РС астеноневротической симптоматики донозологического уровня. К внутриличностным конфликтам мы относим противоречие между неосознаваемыми мотивами, мыслями, желаниями пациента, которое во многом ограничивает его нормальную жизнедеятельность и тесно связано с симптомами заболевания (Карвасарский Б.Д., 1990; Николаева О.В. и др., 2009).

Осознание больным в ходе индивидуальной и групповой психотерапии своих внутренних конфликтов сопровождается появлением у него возможности непосредственной проработки опыта негативных эмоциональных переживаний. Навыки осознанной саморегуляции, полученные в ходе обучающих занятий с медицинским психологом или психотерапевтом, позволяют научиться не только контролировать свои чувства, но и направлять их в позитивное русло.

В ходе психотерапии больной осознает дезадаптивный характер своего привычного реагирования на различные ситуации жизненных трудностей, в том числе связанные с болезнью РС. В условиях групповой психотерапии он приобретает возможность опробовать новые более гибкие и конструктивные модели когнитивной интерпретации, эмоционального реагирования и поведенческих реакций. Более того, в процессе терапии создаются условия для

закрепления полученных стратегий совладания и постоянного применения их в жизни.

Формирование в ходе психотерапевтического этапа медико-психологического сопровождения больных РС новых конструктивных моделей поведения распространяются и на сферу межличностных отношений. Здесь также становится очень важным сформировать у пациента позитивный опыт межличностного взаимодействия, что опосредованно отражается на улучшении его самооценки, самопринятия и самоотношения.

Результирующей задачей психотерапевтического этапа является помощь в интеграции личности, которая свидетельствует об успешном разрешении личностью внутренних противоречий. Состояние личностной целостности способствует раскрытию личностного потенциала человека, который даже в состоянии тяжёлого хронического заболевания способен принимать себя, своё настоящее и своё будущее.

Медико-психологическое сопровождение больных РС в амбулаторных и стационарных условиях строится на данном этапе на тесном взаимодействии психотерапевта с медицинским психологом.

Психореабилитационный этап. Задачи данного этапа определяются завершением предшествующих этапов активного психологического воздействия на больного РС и потребностями сохранения полученных в ходе лечения результатов. Определённая стабилизация физического и психического состояния пациента свидетельствует об успешности применяемых подходов медико-психологического сопровождения больного и создаёт условия для сохранения им социальной активности. На регулярных встречах пациента с медицинским психологом закрепляются достигнутые результаты – пациент получает позитивную обратную связь от специалиста, обсуждаются подходы к разрешению вновь возникающих проблемных ситуаций с учётом приобретённого позитивного опыта.

Перспективной задачей на данном этапе становится эмоциональная поддержка больного. В особенности это касается больных РС, находящихся в

клинически тяжёлом состоянии и имеющих негативные эмоциональные переживания.

Важной является эмоциональная поддержка и для больных РС, которые в силу снижения когнитивных возможностей или физических ограничений не смогли пройти психокоррекционный и психотерапевтический этапы медико-психологического сопровождения. Для них именно на этом этапе становится возможным: получение психологической помощи и поддержки от специалистов, совместный с медицинским психологом пересмотр роли социального окружения, принятие своего актуального физического и психического состояния и дальнейших перспектив болезни. Подобная эмоциональная поддержка может осуществляться как при очной встрече со специалистом, так и во время разговора с ним по телефону.

Стимулирование у больного социальной активности в ходе психореабилитационного этапа, расширение его межличностных взаимодействий в микросоциальной среде, в том числе, в сообществах в сети Интернет, может снизить негативную роль нарушения трудоспособности, когнитивного дефицита и вынужденного ограничения числа непосредственных контактов с окружающими.

В медико-психологическом сопровождении больных РС в амбулаторных и стационарных условиях на данном этапе участвует медицинский психолог. В амбулаторных условиях, когда в медицинском учреждении, где лечится пациент, отсутствует медицинский психолог или психотерапевт, задачи данного этапа медико-психологического сопровождения могут частично решаться неврологом, терапевтом или врачом общей (семейной) практики.

4.4. Программы и методы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом

Выделение четырёх разных этапов в системе медико-психологического сопровождения больных РС способствует более последовательному решению задач, связанных с их лечением и реабилитацией. Персонализированная программа медико-психологического сопровождения больного РС предполагает

разработку индивидуального маршрута с выбором конкретных клинических моделей. Дифференцированная и скоординированная работа специалистов в рамках определённых программ и методов позволяет наиболее полно учитывать специфику клинического состояния пациента, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля, задачи и ожидаемые результаты сопровождения на данном этапе. 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 (таблица 33).

Так, в ходе информационно-диагностического этапа предусмотрена реализация **психообразовательной программы**. Она осуществляется совместными усилиями невролога, медицинской сестры и медицинского психолога. Работа ведётся в индивидуальной и групповой формах. Для информирования пациента о биологических основах заболевания и психосоциальных факторах риска работает специальная «Школа больного РС». Во время этой школы пациенты в доступном виде получают от специалистов в форме групповой беседы, дискуссии, лекции полную информацию о своей болезни и необходимом образе жизни.

Таблица 33 – Общая характеристика программ и методов медико-психологического сопровождения больных РС на его различных этапах

Этап	Программы и методы	Задачи
Информационно-диагностический	Психообразовательная программа	- информирование о биологических основах заболевания; - информирование о психосоциальных факторах риска заболевания; - помощь в принятии болезни
Психокоррекционный	Программа нейрокогнитивного тренинга	- знакомство с неврологическими основами когнитивных нарушений; - диагностика когнитивных функций; - содействие замедлению нарастания когнитивного дефицита

Этап	Программы и методы	Задачи
	Программа тренинга социальных навыков	- улучшение понимания намерений других людей; - снижение напряжения в общении с больными и здоровыми; - общее улучшение коммуникации;
	Программа поведенческого тренинга	- улучшение самоконтроля состояний; - управление стрессом через изменение поведения; - поддержание навыков самообслуживания
Психотерапевтический	Метод когнитивно-поведенческой терапии	- улучшение саморегуляции; - уменьшение проявлений депрессии, тревоги, нарушений сна; - предупреждение дезадаптивных реакций на стресс; - повышение активности, частоты и качества социального взаимодействия;
	Метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	- поощрение осознания внутриличностного конфликта; - разрешение внутриличностного конфликта; - формирование адекватного самосознания и расширение его сферы
	Метод семейной психотерапии	- коррекция внутрисемейных отношений; - уменьшение эмоциональных нарушений у пациента
Психореабилитационный	Метод суппортивной психотерапии	- эмоциональная поддержка; - помощь в эмоциональной экспрессии; - активизация продуктивной активности

Для самостоятельного изучения и обсуждения на групповых занятиях пациентам предлагается специальная литература, подготовленная специалистами и освещающая практические вопросы, возникающие у больных в связи с диагнозом РС (Майда Е., 1999; Maida E. 2005). Все это в совокупности помогает больным принять свою болезнь, создаёт условия для формирования в дальнейшем приверженности лечению.

Групповая форма работы является желательной, но не обязательной. Возможны программы образовательных занятий, ведущихся специально

подготовленными медицинскими сёстрами. Также возможны индивидуальные беседы с пациентом и его родственниками специалистов-медиков и психолога на те же темы, которые обсуждаются в группе.

Имеет определённый смысл открытие специальных психообразовательных школ для родственников больных РС, на которых близкие отдельно от пациентов могут обсуждать свои трудности в уходе за больным, возможности построения с ним продуктивных отношений, пути сохранения собственного здоровья и профилактики эмоционального выгорания.

В рамках психообразовательной программы пациентов медицинским психологом также проводится психодиагностическая работа, направленная на выявление личностных особенностей пациента, определение нарушенных сфер социального функционирования и наличие адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала личности (Гартфельдер Д.В. и др., 2014). Совместно с пациентом обсуждается, как РС влияет на психику, как психика человека влияет на болезнь, и как можно научиться жить с болезнью (Майда Е. 1999; Maida E., 2005).

Психокоррекционный этап медико-психологического сопровождения больных РС представлен тремя программами – нейрокогнитивным тренингом, тренингом социальных навыков и поведенческим тренингом (см. таблица 33, таблица 34).

Их тренинговая часть реализуется, как правило, в групповой форме. Ведущим специалистом на данном этапе является медицинский психолог, который хорошо владеет знаниями и практическими навыками в области клинической нейропсихологии и нейрореабилитации.

Данные программы могут применяться в разной последовательности в отношении всех больных РС, т.к. для каждого больного РС в той или иной мере становятся актуальными задачи сохранения когнитивных функций, улучшения социального функционирования и управления стрессом.

В ходе проводимого медицинским психологом **нейропсихологического тренинга** больной знакомится с неврологическими основами имеющихся у него

когнитивных нарушений, проходит в индивидуальной форме нейропсихологическую диагностику когнитивных функций с составлением индивидуального нейропсихологического профиля (см. таблица 33, таблица 34).

Помимо этого, нейропсихологический тренинг содержит специальные упражнения на тренировку памяти, внимания, восприятия, вербальной продуктивности, выполнение которых пациентом способствует замедлению нарастания когнитивного дефицита.

Следующей программой на психокоррекционном этапе является **тренинг социальных навыков** (см. таблица 33, таблица 34). Этот тренинг, проводимый в группе других пациентов, нацелен на помощь больному РС в межличностном взаимодействии - улучшении понимания намерений других людей, снижении напряжения в общении с больными и здоровыми, общем улучшении коммуникации.

Таблица 34 – Содержательная характеристика программ и методов медико-психологического сопровождения больных РС

Программы и методы	Содержание и основные техники	Форма проведения
Психобразовательная программа	Индивидуальная беседа, групповая беседа, дискуссия, лекция, «Школа пациента», «Школа родственников больного РС»	Индивидуальная, групповая
Программа нейрокогнитивного тренинга	Нейропсихологическая диагностика, упражнения на тренировку памяти, внимания, восприятия, вербальной продуктивности	Индивидуальная, групповая
Программа тренинга социальных навыков	Развитие асертивности, самопрезентация, ролевые игры, обсуждение социальных взаимодействий, обратная связь, домашние задания	Групповая
Программа поведенческого тренинга	Ежедневная самооценка, прогрессивная мышечная релаксация, визуализация, моделирование поведения, развитие копинг-навыков	Индивидуальная, групповая
Метод когнитивно-	Выявление иррациональных суждений,	Индивидуальная,

Программы и методы	Содержание и основные техники	Форма проведения
поведенческой терапии	интерпретация негативных состояний, поощрение позитивного мышления, позитивная определение достижимых целей, дневниковые записи	групповая
Метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	Коррекция концепции болезни, расширение сферы самоосознания пациента, реконструкция нарушенных отношений личности, коррекция дезадаптивных форм поведения	Индивидуальная, групповая
Метод семейной психотерапии	Присоединение к семье, семейная дискуссия, формулировка семейного запроса, выявление ресурсов семьи	Семейная
Метод суппортивной психотерапии	Активное слушание, определение доступных жизненных радостей, дистантное консультирование (интернет, телефон)	Индивидуальная, групповая

Поставленные задачи решаются путём тренировки уверенного поведения, развития навыков самопрезентации, участия в ролевых играх, обсуждения характера проявляемых социальных взаимодействий. Очень важной в ходе тренинга становится ориентация на обратную связь со стороны других пациентов, участвующих в тренинге, а также обязательное выполнение специальных «домашних заданий».

Ещё одной программой медико-психологического сопровождения больных РС является **поведенческий тренинг** (см. таблица 33, таблица 34). Он проводится медицинским психологом как в индивидуальной, так и в групповой формах. В ходе поведенческого тренинга решаются задачи улучшения самоконтроля физических и эмоциональных состояний, управления стрессом через обращение к более эффективным копинг-стратегиям, поддержание навыков самообслуживания. Больные самостоятельно оценивают своё поведение в течение дня, отслеживают степень своей занятости, отмечают успехи и неудачи. Также используются такие техники как прогрессивная мышечная релаксация по

Джекобсону, аутогенная тренировка, направленная позитивная визуализация, моделирование желаемого поведения.

Прохождение больным РС психотерапевтического этапа медико-психологического сопровождения предполагает обращение к одному или нескольким методам – когнитивно-поведенческой терапии, семейной психотерапии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Данные методы реализуются при руководстве процессом психотерапевтом и активной помощи со стороны медицинского психолога. Приоритеты выбора метода определяются актуальным клинико-психологическим состоянием больного РС.

К примеру, **метод когнитивно-поведенческой терапии** реализуется при доминировании в клинической картине у больных РС тревожно-депрессивных нарушений и нарушений сна. Он проводится в индивидуальной или групповой форме и нацелен на улучшение саморегуляции, предупреждение дезадаптивных реакций на стресс, повышение активности, частоты и качества социального взаимодействия.

Работа с пациентом строится на выявлении у него иррациональных суждений, совместной интерпретации его негативных состояний, поощрении опыта позитивного мышления, развитии позитивной интерпретации негативных симптомов, определению значимых реально достижимых целей. Больные ежедневно ведут дневниковые записи, в которых они отслеживают появление иррациональных и депрессогенных мыслей и противопоставляют им мысли саногенного характера. При необходимости делятся содержанием своих записей со специалистом или другими пациентами.

Наиболее глубинным методом медико-психологического сопровождения больных РС является **личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия** (см. таблица 33, таблица 34), которая проводится при наличии у больного в клинической картине признаков невротических нарушений, чаще астеноневротического синдрома.

Теоретической основой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является концепция отношений личности и учение о неврозах В.Н. Мясищева, согласно которым, система отношений личности к разным сторонам действительности, проявляется в типичных способах и выражениях этих отношений в повседневном поведении (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1985; Мясищев В.Н., 1995). К задачам данного вида психотерапии у больного РС относится: поощрение осознания им внутриличностного конфликта с его последующим разрешением, а также формирование адекватного самосознания и расширение его сферы, что носит адаптирующий для личности характер.

Решение этих задач в индивидуальной или групповой форме чаще всего достигается через активное проговаривание больным РС своих конфликтов, коррекцию существующей у него концепции заболевания, коррекцию дезадаптивных форм его реагирования на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, расширение сферы его самоосознания и реконструкцию нарушенных отношений личности (Карвасарский Б.Д., 1985; Карвасарский Б.Д., 1998).

Метод семейной психотерапии реализуется при преобладании в клинико-психологической картине у больного РС признаков нарушенных семейных отношений. Он проводится в семейной форме, нацелен на оптимизацию внутрисемейных отношений у больного РС и снижение за счёт этого эмоциональных нарушений.

Достигается все это в ходе семейной психотерапии за счёт правильной формулировки семейного запроса, опоры на эмоциональное «присоединение» к семье, направленного ведения семейной дискуссии, выявления глубинных ресурсов семьи. Семейная психотерапия позволяет изменить взгляды членов семьи на проблему больного РС, создать альтернативные модели ее разрешения, прервать дисфункциональные стереотипы поведения, имеющие трансгенерационные истоки, улучшить систему внутрисемейных коммуникаций (Кулаков С.А., 2007).

Метод суппортивной психотерапии соответствует решению задач психореабилитационного этапа медико-психологического сопровождения больных РС. Его задачи носят менее специфический характер. Это, прежде всего, эмоциональная поддержка. Далее находится помощь пациенту в эмоциональной экспрессии. И не теряющая своей актуальности для больных РС задача стимулирования продуктивной активности во всех возможных сферах (когнитивной, эмоциональной, поведенческой). Проводится суппортивная психотерапия в индивидуальной и групповой форме, чаще во внестационарных условиях. Применение специалистом приёмов активного слушания, совместное с пациентом определение доступных ему жизненных радостей направлено на достижение поставленных задач. Современные технические возможности позволяют решать эти задачи через принципы дистантного консультирования (телефон, интернет).

Метод суппортивной психотерапии может реализовываться в условиях трех типов клинических ситуаций. *Первая ситуация* – когда больной РС успешно прошёл все предшествующие этапы и в данный момент нуждается в закреплении и поддержании полученных положительных результатов лечения. Для него очень важно периодическое продолжение контактов со специалистом, наблюдение и получение от него дальнейших рекомендаций по образу жизни и разрешению конкретных трудностей (не реже, чем ежемесячно).

Вторая ситуация наблюдается тогда, когда пациент территориально лишён возможности непосредственного общения с психотерапевтом или психологом. Здесь приходится прибегать к возможностям дистанционного общения со специалистом по телефону или через систему Интернет. Дистанционные контакты могут продолжать общение с уже известным специалистом, с которым сформировались отношения доверия. В рамках дистанционных технологий могут строиться новые отношения со специалистом, если он достаточно компетентен и проявляет эмпатию к больному. Такой подход успешно реализуется через анонимную круглосуточную службу экстренной психологической службы телефона доверия, которая действует в Чувашии на протяжении более чем двух

десятилетий (Николаев Е.Л., 2006; Николаев Е.Л., Игнатъев Ю.В., Мухамадиев Д.М., 2013).

Третья ситуация в большей мере характерна для больных, находящихся в тяжёлом клиническом состоянии, когда они нуждаются в интенсивном фармакологическом лечении и медицинской реабилитации. Эти больные могут находиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Возможность продуктивного взаимодействия с психотерапевтом или психологом может быть также резко снижена из-за выраженной когнитивной дисфункции пациента. Именно в таком случае максимально возрастает роль непосредственной эмоциональной поддержки, не требующей никакого обсуждения чего бы то ни было, а непосредственного принятия человека физического и эмоционального «пребывания рядом».

Обобщая раздел, стоит заметить, что задачи описанных программ и методов на начальном и завершающем этапах медико-психологического сопровождения больных РС практически полностью соответствуют собственным задачам этих этапов. Содержание психокоррекционного и психотерапевтического этапов значительно шире. Однако это не означает, что больной РС должен обязательно пройти все этапы и все программы и методы.

Персонализированная программа медико-психологического сопровождения больного РС предполагает разработку индивидуального маршрута с выбором программ и методов, позволяющих наиболее полно учитывать специфику клинического состояния пациента, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля (Nikolaev E., 2011). В связи с чем особую значимость приобретают вопросы дифференциации мишеней психологического воздействия.

4.5. Дифференциация психотерапевтических мишеней у больных рассеянным склерозом

В литературе достаточно подробно описана типология мишеней психотерапии у больных невротическими расстройствами (Назыров Р.К. и др.,

2011; Ляшковская С.В., 2016). Петербургскими специалистами предлагается такое определение психотерапевтической мишени – «проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического воздействия» (Ляшковская С.В., 2016). В литературе также имеются описания психотерапевтических мишеней у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, базирующиеся на подходах Санкт-Петербургской психотерапевтической школы (Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю., 2014).

В нашем случае для дифференциации психотерапевтических мишеней при медико-психологическом сопровождении больных РС использована типология С.В. Ляшковской (2016), которая выделяет следующие группы мишеней: специфичные для клинической группы; специфичные для личности; специфичные для психотерапевтического контакта; специфичные для микросоциальной ситуации и специфичные для метода.

Анализ представленных в предыдущей главе результатов исследования клинических, психосоциальных и клинико-психологический характеристик больных РС (разделы 3.1 - 3.7) помог наполнить обозначенные выше группы психотерапевтических мишеней конкретным психологическим содержанием. Это психологическое содержание отражает типичные для больных РС «сферы дезадаптации» на уровне личностных особенностей, клинических и психопатологических особенностей течения заболевания, особенностей общения в микросоциальной среде, в т.ч. со специалистом (врачом, психологом) и является предметом целенаправленного психотерапевтического воздействия в ходе прохождения больным РС персонализированной программы медико-психологического сопровождения (таблица 35).

Как видно, характер *специфических для больных РС мишеней* определяется клиникой типичных психоэмоциональных нарушений, не достигающих отчетливого нозологического уровня, среди которых можно выделить

астеноневротические нарушения, нарушения астенического характера, тревожно-депрессивного спектра и когнитивное снижение (см. раздел 3.1). Данные нарушения устанавливаются в ходе рутинного клинического наблюдения врачом-психотерапевтом и не требуют назначения психофармакотерапии. В силу того, что они наиболее часто встречаются у больных РС, данные мишени требуют обязательной проработки у большинства больных.

Таблица 35 – Характеристика психотерапевтических мишеней у больных РС

Группа мишеней	Тип мишеней	Содержание мишеней	Обоснование выделения мишеней
Мишени, специфичные для клинической группы	Клинические проявления психоэмоциональных нарушений у пациентов, связанные с заболеванием РС	- астеноневротические нарушения; - астенические нарушения; - когнитивные нарушения; - депрессивные нарушения; - тревожные нарушения	Структура нарушений психической сферы у больных РС по данным клинического наблюдения психотерапевта (см. раздел 3.1)
Мишени, специфичные для личности	Личностные характеристики, отражающие дисфункциональные сферы личности пациента	- психопатологические проявления; - неудовлетворенность социальной поддержкой; - перфекционистский самоконтроль; - подавление эмоций; - особенности временных ориентаций	Факторная структура по итогам многомерного анализа показателей клинико-психологической диагностики у больных РС (см. раздел 3.7)
Мишени, специфичные для психотерапевтического контакта	Особенности взаимодействия с пациентом в ходе психотерапевтического процесса	- ожидание от лечения высоких результатов; - прагматические защиты; - толерантность к суициду	Дезадаптивные характеристики психосоциального статуса у больных РС (см. раздел 3.1)
Мишени, специфичные для микросоциума	Особенности психосоциального статуса пациента,	- сниженная профессиональная активность; - неудовлетворённость	Дезадаптивные характеристики психосоциального статуса у больных

Группа мишеней	Тип мишеней	Содержание мишеней	Обоснование выделения мишеней
льной ситуации	связанные с негативными влияниями на его здоровье	материальным положением; - нестабильность семейных отношений;	РС (см. раздел 3.1)
Мишени, специфичные для метода	Психологические состояния, воздействие на которые наиболее эффективно при помощи конкретного метода	- отсутствие понимания механизмов развития РС (для психообразования); - ослабление когнитивных функций (для суппортивной психотерапии)	Самооценка здоровья, особенности отношения к лечению, данные клинического наблюдения (см. раздел 3.1)

Мишени, специфичные для личности, соответствуют у больных РС личностным характеристикам, отражающим дисфункциональные зоны личности пациентов, определенные на основе выделения пятифакторной структуры полученных при проведении факторного анализа данных используемых в исследовании психодиагностических методик (см. раздел 3.7). К подобным дисфункциональным зонам отнесены нерезко выраженные психопатологические проявления широкого спектра, а также - недостаточность социальной поддержки, тенденция к избыточному самоконтролю поведения, склонность к ограничению выражения эмоциональных реакций, специфическая структура временных ориентаций с большим негативизмом в отношении прошлого и сниженной способностью получать радость в настоящем от чего бы то ни было.

Мишени, специфичные для психотерапевтического контакта, обусловлены у больных РС особенностями взаимодействия с пациентом в ходе медико-психологического сопровождения и определяются тремя дезадаптивными характеристиками их психосоциального статуса (см. раздел 3.1). Согласно результатам клинко-психологического обследования, это, прежде всего, проявляемое многими из них нереалистическое ожидание завышенных результатов от лечения, особенно выраженное на начальных этапах медикаментозной терапии. Такие же нереалистические ожидания имеются и в

отношении психотерапии. В связи с чем, перед специалистом стоит задача «возврата пациента к реальности» без снижения его приверженности к лечению.

Ещё одной направленностью психотерапии является работа с паралогическими представлениями больного о своём заболевании, как связанном с магическими практиками колдовства и порчи. В таком контексте работа психотерапевта или психолога может расцениваться больным как ненужная и бесперспективная.

Высокая толерантность к аутодеструктивному поведению в форме суицида также приобретает особую значимость в качестве мишени психотерапии данного уровня. Суицидальные тенденции могут усиливаться у пациента, как в связи с депрессивными проявлениями, так и в связи с утяжелением физического состояния в связи с прогрессированием РС.

В ходе психотерапии не может остаться незатронутой сфера социальных отношений. Она отражена в *мишенях, специфичных для микросоциальной ситуации*. У больных РС они связаны с другими особенностями дезадаптивного психосоциального статуса и его негативными влияниями на здоровье (см. раздел 3.1). В частности, неуклонное развитие заболевания РС сопровождается снижением или даже полной утратой трудоспособности больного, что напрямую негативно сказывается на его материальном положении и опосредованно - на стабильности семейных отношений.

Несколько менее актуальными в психотерапии больных РС являются *мишени, специфичные для метода*. Тем не менее, даже на этом уровне можно выделить мишени, специфичные для этапа психообразования и психореабилитационного этапа (см. раздел 3.1). Психологическими состояниями, воздействие на которые наиболее эффективно при помощи психообразования и суппортивной психотерапии, являются: отсутствие понимания механизмов развития РС и ослабление когнитивных функций, соответственно.

Анализ результатов клинико-психологического обследования больных РС не выявил отчетливой гендерной специфики мишеней психотерапии. При раздельном анализе показателей, соответствующих мишеням, специфичным для

личности больных РРС и ВПРС, значимые различия между клиническими группами не были определены. По своему психологическому содержанию они во многом пересекались или имели незначительную специфику (таблица 36).

Таблица 36 – Характеристика психотерапевтических мишеней у больных РС с учётом типа течения заболевания

Содержание мишеней	Мишени	
	у больных РРС	у больных ВПРС
Психопатологические проявления	- соматизация; - депрессия; - навязчивые состояния; - тревога; - переедание; - нарушения сна	- астеноневротические нарушения; - соматизация; - навязчивые состояния; - тревога; - нарушения сна; - переедание
Низкая эффективность социальной поддержки	общая неудовлетворённость социальной поддержкой	неудовлетворённость социальной поддержкой со стороны ближайшего окружения
Перфекционистский самоконтроль	-общий перфекционизм; -поляризованность мышления	-общий перфекционизм; -поляризованность мышления
Подавление эмоций	запрет на выражение негативных эмоций	запрет на выражение негативных и позитивных эмоций
Особенности временных ориентаций	негативная оценка прошлого	неспособность находить радость в жизни

4.6. Взаимодействие специалистов при медико-психологическом сопровождения больных рассеянным склерозом

Сложный и многоплановый характер задач, стоящих на каждом из этапов медико-психологического сопровождения больных РС, обуславливает необходимость интеграции усилий специалистов, работающих в структуре различных ведомств и задействованных в оказании помощи больным РС.

Это, прежде всего, специалисты системы **здравоохранения** медицинских организаций и их структурных подразделений различного уровня, оказывающих лечебно-диагностическую, реабилитационную и профилактическую помощь больным РС.

Это – специалисты системы **социальной защиты** – медико-социальных экспертных комиссий и центров социальной защиты населения, решающих вопросы экспертной оценки и реабилитации инвалидов с диагнозом РС.

Это также специалисты **образовательных организаций** – в данном случае, кафедр, выпускающих будущих врачей и психологов. Они, с одной стороны, готовят будущих специалистов для работы с больными РС, с другой стороны, обеспечивают научно-методическую поддержку медико-психологического сопровождения больных РС.

На рисунке 7 представлена схема, отражающая сложившуюся в Чувашии систему межведомственного взаимодействия специалистов и организаций при проведении медико-психологического сопровождения больных РС.



Рисунок 7. Система межведомственного мультидисциплинарного взаимодействия при медико-психологическом сопровождении больных РС.

В центре данной системы находится больной РС с его основными потребностями и проблемами медицинского и психологического характера. Основной структурой, ответственной за проведение его медико-психологического сопровождения, является «Республиканский клинико-диагностический центр по рассеянному склерозу», функционирующий в структуре Республиканской клинической больницы Минздрава Чувашии. Больные проходят здесь необходимую диагностику и получают современные виды лечения на стационарном и амбулаторном уровнях. На базе центра работают две школы профилактической направленности: для самих больных РС - «Школа больного

РС» и для их близких – «Школа родственника больного РС». Основными специалистами центра, оказывающими помощь больному РС являются невролог, психотерапевт и медицинский психолог. Кроме этого, при необходимости, больные в период наблюдения в центре имеют возможность консультаций и лечения у специалистов другого профиля (физиотерапевта, врача ЛФК, мануального терапевта, рефлексотерапевта, реабилитолога, логопеда и др.).

Научно-методическую и образовательную поддержку деятельности данного центра оказывают сотрудники кафедр Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. *Кафедра психиатрии, медицинской психологии и неврологии* готовит врачей на додипломном уровне, а также в ординатуре по неврологии и психиатрии. Деятельность *кафедры клинической и социальной психологии* связана с подготовкой для нужд здравоохранения клинических психологов и аспирантов в области психологии. С учётом того, что обеими кафедрами ведутся научные изыскания, в том числе по направлениям деятельности центра, у профессорско-преподавательского состава всегда существует возможность поделиться самыми передовыми знаниями со специалистами центра. Таким образом происходит обмен опытом, и улучшается качество лечения больных РС.

Общую организационно-методическую координацию деятельности Республиканского клинико-диагностического центра по РС осуществляет *Федеральный научно-методический центр РС* при Научном центре неврологии Минздрава России. Специалистами федерального центра проводится лечебная и консультативная помощь больным РС, формируется банк данных по заболеваемости РС в стране и её регионах. Координация деятельности Республиканского клинико-диагностического центра по рассеянному склерозу с Федеральным научно-методическим центром рассеянного склероза позволяет внедрять в практику помощи больным современные научно-практические разработки.

Больные РС получают медицинскую и психологическую помощь в рамках медико-психологического сопровождения в условиях *медицинских организаций*

по месту жительства – в районных и городских больницах, в стационарных условиях в неврологических и терапевтических отделениях, наблюдаясь амбулаторно у невролога, терапевта, врача общей (семейной) практики, психотерапевта и медицинского психолога. Специалисты данного уровня лучше знают пациента и его семейное окружение, поэтому играют важную роль в обеспечении медицинских и психологических потребностей больного и его семьи. Для сохранения преемственности в медико-психологическом сопровождении больных РС специалисты медицинских организаций поддерживают тесную профессиональную связь с Республиканским центром РС.

Специализированную психотерапевтическую помощь и квалифицированную помощь медицинского психолога больные РС получают в *Республиканском психотерапевтическом центре*, являющемся отдельным структурным подразделением Республиканской психиатрической больницы Минздрава Чувашии, территориально вынесенным за ее пределы (Николаев Е.Л., 2006). Больные РС обращаются сюда самостоятельно или по направлению из других медицинских организаций. Высокий уровень образовательной подготовки и мастерства работающих здесь психотерапевтов и медицинских психологов позволяет решать с больными РС профессиональные задачи любой сложности. При необходимости здесь же больной получает консультацию врача-психиатра.

Возникающие в любое время дня и ночи у больного РС вопросы адресуются психологам-консультантам круглосуточной анонимной службы экстренной психологической помощи «*Телефон доверия*». Данная служба, укомплектованная опытными специалистами, действует на бесплатной для абонентов основе уже несколько десятилетий. Обращение за анонимной психологической помощью в эту службу позволяет больному РС эффективно снять эмоциональное напряжение, по-новому посмотреть на актуальные для него проблемы, почувствовать к себе внимание, получить поддержку. Здесь же больной РС получает определённые ориентиры на организации и специалистов, у которых можно получить необходимую ему помощь.

Территориальные медицинские организации для решения вопросов нетрудоспособности больных РС тесно взаимодействуют с *медико-социальными экспертными комиссиями* региона. Именно эти организации определяют степень инвалидности больного РС и разрабатывают подробную программу его реабилитации, в которых вопросы медико-психологического сопровождения занимают одно из важных мест.

Реализация реабилитационных программ для больных РС, признанных инвалидами, проводится сотрудниками медицинских организаций во взаимодействии со специалистами *Центров социальной защиты* по месту жительства больного. Наличие в этих центрах специалистов по реабилитации, а также психологов, позволяет обеспечить максимально полное удовлетворение социальных потребностей больных РС.

Описанная модель мультидисциплинарного взаимодействия организаций и специалистов, входящих в структуру различных ведомств, при медико-психологическом сопровождении больных РС за счёт интегрирования имеющихся возможностей согласованной является согласованной организационной основой для оказания максимально эффективной помощи больному РС с учётом целого спектра его ведущих потребностей.

Говоря о системе медико-психологического сопровождения больных РС не стоит забывать и о взаимодействии с негосударственными структурами, которые также могут внести посильный вклад в общее дело. Так, в данном контексте стоит упомянуть о высоком потенциале взаимодействия при оказании помощи больным РС медицинских и социальных учреждений с общественными организациями, в частности с Общероссийской общественной организацией инвалидов больных РС. Эта организация имеет существенный положительный опыт помощи больным РС через активизацию и объединение возможностей социальных партнёров, содействие реабилитации и адаптации пациентов, что является составной частью медико-психологического сопровождения больных РС (Власов Я.В. и др., 2011; Власов Я.В., Курапов М.А., Чураков М.В., 2011).

4.7. Результаты лонгитудинального клинико-психологического исследования больных рассеянным склерозом

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 по предложенным программам и методам продолжалось после выписки больного РС из стационара. Пациенты продолжали наблюдаться специалистами (неврологом, психотерапевтом, медицинским психологом) и получать персонализированную медицинскую и психологическую помощь в амбулаторных условиях в Республиканском клинико-диагностическом центре по РС либо в ближайшей по месту жительства поликлинике или реабилитационном центре. Общая продолжительность участия каждого больного РС в программе медико-психологического сопровождения составляла шесть месяцев.

Через год после начала прохождения больными РС программы медико-психологического сопровождения неврологом и психотерапевтом осуществлялась совместная оценка динамики клинического состояния (улучшение, стабилизация, ухудшение) 97 пациентов, за исключением семи выбывших по различным причинам больных РС.

Оценка в лонгитудинальном исследовании производилась на основании индивидуальных клинических показателей каждого пациента: баллов по EDSS, частоты обострений РС в течение двенадцати предшествующих месяцев и характера психопатологических нарушений.

В результате проведённого в соответствии с обозначенными критериями анализа больные РС были отнесены к трем группам – группе больных с улучшением клинического состояния (6 чел.), группе больных со стабилизацией клинического состояния (82 чел.) и группе больных с ухудшением клинического состояния (9 чел.). Достоверность различий между группами оценивалась при помощи однофакторного дисперсионного анализа.

В таблице 37 представлены показатели больных РС (средние значения EDSS, частота рецидивов РС, характер психопатологических нарушений, наблюдавшихся у больных в течение года), характеризующие тяжесть их клинического состояния через год после начала медико-психологического сопровождения. По шкале EDSS данные показатели достоверно различались между собой ($p < 0,01$).

Далее по результатам повторного (через год после начала медико-психологического сопровождения) психодиагностического обследования больных РС был проведен анализ статистических различий между первичными и повторными данными. Повторное психологическое исследование проводилось по пяти методикам (SCL-90-R, «Запрет на выражение чувств», ZTPI, опросник перфекционизма, F-SOZU-22), а его результаты представлены в таблице 38.

Таблица 37 – Клинические показатели у больных РС через год после начала медико-психологического сопровождения

Клиническая характеристика	Улучшение состояния	Стабилизации состояния	Ухудшение состояния
EDSS ($M \pm \sigma$)	$3,43 \pm 1,28$	$4,13 \pm 1,35$	$5,46 \pm 2,17$
Частота обострений	Отсутствие обострений	Отсутствие или снижение частоты	Рост числа обострений
Психопатологические нарушения	Отсутствие психопатологических нарушений	Отсутствие или смягчение психопатологических нарушений	Появление или усиление психопатологических нарушений

Как видно из таблицы 38, через год у больных РС определялись достоверные различия по ряду клинко-психологических показателей между группами с различной динамикой клинического состояния. В частности, в группе больных РС с улучшением по данным методики SCL-90-R отмечены достоверно более низкие показатели депрессии ($p < 0,05$) и тревожности ($p < 0,05$), а также 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 РС с ухудшением состояния, напротив, были максимальные показатели по тревожности ($p<0,05$), депрессии ($p<0,05$), общему индексу тяжести ($p<0,05$) и общему запрету на выражение чувств ($p<0,05$). Одновременно у них был отмечен низкий уровень временной ориентации на положительное прошлое ($p<0,05$), который был более выражен в группе больных РС со стабилизацией клинического состояния ($p<0,05$). При негативной клинической динамике была также отмечена низкая удовлетворенность социальной поддержкой ($p<0,05$).

У больных РС с улучшением и стабилизацией клинического состояния общий показатель перфекционизма соответствовал нормативным значениям ($p>0,05$), а при негативной динамике клинического состояния он был достоверно высоким ($p<0,05$).

Таблица 38 – Клинико-психологические показатели у больных РС через год после начала медико-психологического сопровождения ($M\pm\sigma$)

Опрос- ник	Клинико-психологический показатель	Больные РС		
		Улучшение состояния	Стабилизаци и состояния	Ухудшение состояния
SCL-90-R	Соматизация	1,42±0,37	1,53±0,45	1,61±0,53
	Обсессивно- компульсивные симптомы	0,87±0,43	0,95±0,47	1,04±0,51
	Межличностная сенситивность	0,91±0,45	0,91±0,44	0,97±0,53
	Депрессия*	0,84±0,45	1,12±0,42	1,40±0,51
	Тревожность*	0,73±0,48	0,89±0,43	1,27±0,52
	Враждебность	0,75±0,31	0,81±0,44	0,82±0,63
	Фобическая тревожность	0,62±0,37	0,63±0,51	0,69±0,47
	Паранойяльные симптомы	0,70±0,33	0,79±0,46	0,93±0,59
	Психотизм	0,45±0,32	0,48±0,44	0,57±0,62
	Общий индекс тяжести*	0,84±0,35	0,93±0,46	1,31±0,58
Запрет на выражение чувств	Запрет на выражение печали	1,65±0,55	1,71±0,58	1,84±0,63
	Запрет на выражение радости	1,27±0,51	1,32±0,41	1,38±0,47
	Запрет на выражение гнева	1,93±0,47	1,96±0,49	1,95±0,52
	Запрет на выражение страха	1,65±0,44	1,67±0,53	1,72±0,54

Опрос- ник	Клинико-психологический показатель	Больные РС		
		Улучшение состояния	Стабилизаци и состояния	Ухудшение состояния
	Общий запрет *	1,16±0,46	1,34±0,47	1,71±0,56
ZTRI	Негативное прошлое	2,94±1,23	3,02±1,17	3,19±1,25
	Гедонистическое настоящее	3,07±1,24	3,05±1,15	3,02±1,17
	Будущее	3,56±1,13	3,52±1,12	3,45±1,19
	Положительное прошлое*	4,15±1,17	4,37±1,12	3,33±1,16
	Фаталистическое настоящее	2,83±1,24	2,82±1,19	2,86±1,26
Опросник перфекционизма	Восприятие других людей как делегирующих высокие требования	13,02±6,15	13,29±7,11	13,33±6,58
	Завышенные притязания и требования к себе	9,74±3,77	9,77±3,08	9,75±3,89
	Высокие стандарты деятельности	9,66±3,59	9,72±4,08	9,86±4,13
	Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	4,91±2,76	4,97±2,94	4,95±3,11
	Поляризованное мышление	7,86±2,57	7,89±2,47	9,09±3,14
	Общий перфекционизм*	48,32±12,01	48,56±12,53	59,13±14,8 1
F-SOZU-22	Эмоциональная поддержка	35,76±8,25	35,46±9,27	33,21±9,67
	Инструментальная поддержка	15,73±3,49	15,34±3,01	15,28±3,21
	Социальная интеграция	26,53±5,50	26,25±6,12	24,16±5,43
	Удовлетворённость социальной поддержкой*	8,34±2,63	6,29±2,51	5,27±2,04
	Общий показатель	86,54±19,29	82,43±17,63	80,41±15,3 6

* - различия между показателями достоверны при уровне значимости $p < 0,05$

Итоговая оценка клинического состояния больных РС в клинических группах с различными типами течения заболевания (РРС и ВПРС) при лонгитудинальном исследовании приведена в таблице 39. Аналогичный анализ клинико-психологических показателей у больных РРС и ВПРС не выявил достоверных различий.

Подводя итог анализу данных, полученных в ходе лонгитудинального исследования, можно отметить, что к концу годичной программы медико-психологического сопровождения больных РС у восьми из десяти из них (84,54%) достоверно чаще, чем ухудшение ($p < 0,01$) или улучшение ($p < 0,01$) наблюдалась *стабилизация состояния*, что характеризовалось отсутствием нарастания баллов по EDSS, отсутствием рецидивов РС, отсутствием или смягчением психопатологических нарушений, отсутствием ухудшения клинико-психологических показателей в течение года. Бóльшая частота стабилизации состояния при конкретном течении РС не была выявлена ($p > 0,05$).

Таблица 39 – Оценка клинического состояния больных РС по данным лонгитудинального исследования (%)

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

У каждого пятого больного ВПРС (21,43%) достоверно чаще, чем при PPC, наблюдалось *ухудшение состояния* ($p < 0,05$), что проявлялось нарастанием баллов по EDSS, ростом частоты обострений РС, появлением новых или усилением имевшихся психопатологических нарушений, ухудшением клинико-психологических показателей в течение года. Это, по-видимому, было связано с неуклонным прогрессированием заболевания, имеющим выраженную органическую природу.

Также установлено, что девяти из десяти больных PPC (8,70%) отмечено *улучшение состояния* с отсутствием нарастания баллов по EDSS, отсутствием обострений РС или снижением их частоты, отсутствием психопатологических нарушений, положительной динамикой клинико-психологических показателей в течение года.

ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа посвящена вопросам совершенствования медико-психологической помощи больным РС, приданию ей системного характера, учитывающего ресурсные возможности учреждений здравоохранения региона и актуальные направления развития мультдисциплинарного межведомственного сотрудничества специалистов при оказании медико-психологической помощи больным РС.

Представленный в диссертации обзор литературы свидетельствует, что несмотря на большое число научных публикаций по тематике РС, значительная их часть больше углубляет представления об имеющихся у пациентов нарушениях психической сферы – в частности, когнитивного (Минеев К.К., 2009; Jongen P.J. et al., 2012; Amato M.P. et al., 2013) и депрессивного характера (Данилова М.В., 2011; Kargarfard M. et al., 2012; Dubayova T. et al., 2013), что одновременно подчёркивается специалистами в области неврологии, психиатрии и психологии (Николаев Е.Л., Васильева Н.В., 2014). В связи с чем, многие исследователи ставят акцент в системе медицинской и психологической помощи больным РС исключительно на смягчении или устранении депрессивных проявлений (Beckner V. et al., 2010; Boeschoten R.E. et al., 2012; Hind D. et al., 2014), чего, на наш взгляд, явно недостаточно.

Другие группы исследователей при изучении психологического состояния пациентов с РС больше направляют внимание на выявление роли стрессовых факторов (Kelly N.A., 2009; Artemiadis A.K. et al., 2011; Lovera J., Reza T., 2013) и копинг-ресурсов при болезни (Nielsen-Prohl J. et al., 2013; Ožura A., Segá S., 2013). Гораздо меньше изучена личность больного РС и ее клинико-психологические характеристики, что и легло в основу задач данного исследования.

При формировании клинических исследовательских групп мы опирались не только на ведущие типы течения заболевания среди больных РС, проходящих лечение в Центре РС в Чебоксарах. Мы также учитывали данные, полученные на базе данного центра, в более ранних диссертационных исследованиях по неврологии (Егорова Г.П., 2004; Шаров Д.А., 2004). Так, в частности, Д.А. Шаров (2004) отмечает, что для больных РС в Чувашской Республике характерна тенденция к ранней трансформации во вторично-прогрессирующую форму заболевания с выраженными нарушениями высших мозговых функций. Именно поэтому мы посчитали важным сформировать из таких пациентов отдельную исследовательскую группу.

Полученные нами клинико-психологические данные о больных РС также уточняют более ранние данные Г.П. Егоровой (2004) о том, что в структуре аффективных проявлений у больных РС преобладают эйфорические расстройства над депрессивными. Мы объясняем это не столько наличием у больных эйфорических реакций, а сколько их нереалистичными ожиданиями в отношении результатов лечения.

Подобная недооценка тяжести болезни или ее отрицание у больных РС также описана в работе Т.Н. Резниковой и др. (2007), которые выявили у большинства больных РС гипогнозическое отношение к болезни. Л.А. Кузнецова и др. (2004) выдвигают предположение, что при возрастании тяжести заболевания у больных РС «подключаются» бессознательные защитные механизмы отрицания и вытеснения, выводящие из сферы сознания психотравмирующую информацию.

Проведённое сравнительное клинико-психологическое исследование больных РС с двумя типами течения – ремиттирующим и вторично-прогрессирующим позволило выявить определённые психологические различия между данными группами больных не только в копинг-стратегиях (Николаев Е.Л., Васильева Н.В. и др., 2015), но и во временной перспективе (Nikolaev E., Vasil'eva N., 2017a) и базовых убеждениях. Эти результаты дополняют выводы Т.В. Негреба (2006), согласно которым при анализе различных форм РС предлагается рассматривать рецидивирующие и первично- и вторично-прогредиентные формы

«как существенно различающиеся многоуровневые процессы, имеющие свои характеристики, этапность, критерии диагностики, свои механизмы эволюции и патогенеза».

Большая выраженность у больных ВПРС обсессивно-компульсивных проявлений, по нашим данным, вполне соответствует мнению Д.А. Шарова (2004) о том, что по мере прогрессирования РС нарастают не только когнитивные нарушения и астеноневротические проявления, но и тревожно-мнительная направленность личностных качеств пациентов (Шаров Д.А., 2004).

Выделенная в работе факторная структура клинико-психологических характеристик больных РС, в целом, соответствует имеющимся в отечественной и зарубежной научной литературе данным. Так, выявленные у больных черты патологического перфекционизма имеют непосредственное отношение к клинике РС по данным многих публикаций (Besharat M.A. et al., 2011; Smith M.M., Arnett P.A., 2013; Konieczka K. et al., 2016). Именно поэтому в нашем исследовании перфекционизм определён как одна из психотерапевтических мишеней в структуре личности пациентов.

Еще одной психотерапевтической мишенью определена неудовлетворённость социальной поддержкой (Nikolaev E., Vasil'eva N., 2017), которая тесно связано с состоянием психического здоровья больного РС (Koelmel E. et al., 2016) и с его копинг-поведением (Rommer P.S. et al., 2016). В то же время, существуют данные, что неудовлетворённость социальной поддержкой (Nikolaev E., Vasil'eva N., 2017b) может иметь отношение к снижению способности к социальному познанию (Chalah M.A., Ayache S.S., 2017), что, также может отражать нарастающую когнитивную дисфункцию. Тем не менее, социальная поддержка справедливо считается одной из важных психотерапевтических мишеней в работе с больными РС и их родственниками (Jongen P.J. et al., 2016).

Некоторыми исследователями у больных РС отмечено наличие различной степени выраженности агрессивных проявлений (Шаров Д.А., 2004; Резникова Т.Н. и др., 2012), что не нашло прямого подтверждения в наших результатах. Согласно нашим данным, для больных РС не характерны открытые проявления

враждебности и агрессии по отношению к окружающим. В тоже время, в нашем исследовании показано, что у больных РС определён достоверно высокий общий уровень контроля эмоций, который также свидетельствует, что исследованные больные склонны активно подавлять проявления гнева в отношении окружающих. Похожие результаты описаны Л.А. Кузнецовой с соавт. (2004) у больных с РРС в виде тенденций больных РС к подавлению негативного аффекта и затруднений в его разрядке. Все это подкрепляет утверждение Н. Пезешкиана (1996) о том, что к подавлению агрессии больные РС привыкают ещё с детства, а избыточный контроль эмоций совершенно обоснованно рассматривается в данной работе в качестве важной мишени психотерапии.

Определена ещё одна проблемная ситуация. При выраженном подавлении эмоций особо опасными становятся установки толерантности в отношении суицида, которые установлены у каждого пятого больного РС. Высокий риск суицида у больных РС также подтверждён в исследовании Г.П. Егоровой (2004), которая относит суицид, наряду с прогрессированием заболевания с бульбарными нарушениями, интеркуррентной инфекцией, сердечно-сосудистыми заболеваниями и новообразованиями, к основным причинам летальных исходов при РС.

Важность категории временной перспективы личности, введённой в данное исследование, оправдано не только ее малой изученностью при РС, но и тем, что она является одной из важных из мишеней психотерапии в нашей работе (Nikolaev E., Vasil'eva N., 2017a), что также рекомендуется польскими учёными (Król J. et al., 2015).

С учётом того, что в литературе описаны некоторые особенности больных РС, связанные с их половой принадлежностью (Шаров Д.А., 2004; Пантюк И.В. и др., 2008) в нашей работе также проводилось изучение гендерных аспектов. В ходе исследования определена незначительная специфика клинико-психологического статуса больных РС мужского и женского пола, которая поэтому не нашла отражения в конкретных психотерапевтических мишенях, но может учитываться при оказании медико-психологической помощи больным РС.

Все результаты, полученные в ходе клинико-психологического исследования больных РС (Васильева Н.В., Николаев Е.Л., 2015), легли в основу разработанной и представленной в диссертации системы медико-психологического сопровождения больных РС. Данная система в какой-то мере развивает идеи организации помощи лицам с психическими расстройствами (Лиманкин О.В., 2012; Коцюбинский А.П., 2012). Он также представляет собой дальнейшее развитие идей двух более ранних диссертационных исследований по РС, выполненных на материале Чувашской Республики по специальности «Нервные болезни» (Егорова Г.П., 2004; Шаров Д.А., 2004).

С клинических позиций уже были определены группы критериев риска по развитию РС в Чувашии - территориально-географические, эколого-биогеохимические и социальные факторы (Шаров Д.А., 2004). Организована трёхуровневая система оказания медицинской и реабилитационной помощи в регионе – 1 уровень – районные больницы и поликлиники; 2 уровень – центр РС регионального значения, многопрофильные городские больницы; 3 уровень – Федеральный научно-методический центр РС (Егорова Г.П., 2004).

Важной частью системы медико-психологического сопровождения больных РС может в дальнейшем стать вовлечение в процесс родственников пациентов. Необходимость этого подчёркивается многими исследователями (Alshubaili A.F. et al., 2007; Masoudi R. et al., 2014; Bassi M. et al., 2016; Pooyania S. et al., 2016). В данной диссертации этот опыт не имеет экспериментального обоснования, но его частичной реализацией можно рассматривать опыт проведения «Школ родственников пациента РС» в рамках действующей системы взаимодействия специалистов при медико-психологическом сопровождении больных РС. Также система медико-психологического сопровождения больных РС всегда имеет потенциал дальнейшего развития за счет открытости к новым реабилитационным подходам, реализуемым, в т.ч., и в психиатрии (Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., 2017).

Предложенная и апробированная модель медико-психологического сопровождения больных РС органично встроена в действующую в Чувашии

систему медицинской и реабилитационной помощи больным РС, удачно дополняет её и значительно расширяет спектр возможностей диагностики, лечения и реабилитации больных РС на различных этапах развития патологического процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проведённом диссертационном исследовании поставлена цель клинико-психологического обоснования разработки содержательных и организационных основ медико-психологического сопровождения больных РС.

Анализ научной литературы по теме исследования позволил определить психосоциальный контекст лечения и реабилитации больных РС, в частности, выяснить специфику познавательной и аффективной сферы у больных РС, конкретизировать наиболее изученные личностные особенности больных РС, а также оценить перспективы и возможности психотерапии и психологической помощи в лечении и реабилитации больных РС. Приведено подробное научное обоснование применения психотерапии в лечении больных РС, охарактеризованы показания к такому лечению, описаны наиболее часто используемые психотерапевтические подходы – поведенческий, когнитивный, гуманистический, комбинированный, альтернативный. Представлены данные по оценке эффективности психотерапии при РС, условиям результативности лечения и реабилитации больных РС.

Для реализации эмпирической части исследования из больных, находящихся на лечении в Республиканском центре по РС, на основании критериев включения и исключения были набраны две клинически группы пациентов с наиболее часто встречающимися типами течения РС – ремиттирующим и вторично прогрессирующим. После получения информированного согласия все 104 пациента прошли полное клинико-психологическое обследование, которое опиралось на использование клинического, клинико-психологического и экспериментально-психологического методов с последующей математико-статистической обработкой полученных результатов.

К числу наиболее значимых результатов, полученных в ходе эмпирического исследования пациентов, можно отнести установление общих и частных особенностей их клинико-психологического статуса.

Так, общими особенностями больных РС являются: нарушения психического здоровья с проявлениями астенических, когнитивных и аффективных нарушений, сниженная трудоспособность, религиозные представления и суеверия, категоричность суждений, повышенный контроль эмоций, утрата позитивного восприятия мира и себя в нем, готовность к опоре на собственные силы на фоне ожидания помощи от окружающих, неудовлетворённость социальной поддержкой, малоэффективный копинг.

Тяжесть клинического состояния больных РС нарастает от группы больных РРС к группе больных с ВПРС. Параллельно нарастает психопатологическая симптоматика, социальная неудовлетворённость и дезадаптивный характер копинг-стратегий.

Больные мужчины с РС больше работают в промышленности, чаще имеют астенические нарушения, сообщают о более доброжелательных семейных отношениях, реже имеют религиозную веру, больше ограничивают проявления страха и имеют более адаптивный когнитивный копинг. Больные женщины с РС имеют более низкую трудоспособность, чаще проявляют астеноневротические нарушения, сообщают о более напряжённых отношениях в семье, чаще имеют религиозную веру и веру в суеверия, а также социально ориентированный копинг.

В клинико-психологическом статусе у больных РРС отмечены: повышенный эмоциональный контроль, сниженная вера в справедливость мира и собственную удачу, негативное отношение к прошлому и утрата способности радоваться, категоричность мышления с мало адаптивным копингом. При ВПРС больных отличает большая выраженность астеноневротических нарушений, тревоги и диссомнии, уменьшение веры в доброту, смещение временных ориентиров на будущее, большая социальная фрустрированность и снижение стремления к сотрудничеству при разрешении проблем, рост религиозности и собственной ценности.

В целом, клинико-психологическая структура личности больного РС в данном исследовании может быть описана пятью факторами: психопатологических нарушений, неэффективностью социальной поддержки, перфекционистским самоконтролем, подавлением эмоций и особой временной перспективой. Данные результаты положены в основу разработанной междисциплинарной межведомственной модели медико-психологического сопровождения больных РС в системе их комплексного лечения и реабилитации.

Само понятие медико-психологического сопровождения больных РС определено как 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.

Сформулированы ключевые принципы медико-психологического сопровождения больных РС, к которым отнесены: принцип тотальности, принцип непрерывности, принцип открытости, принцип целостности, принцип комплексности, принцип системности.

Задачи медико-психологического сопровождения больных РС соотнесены с основными характеристиками клинической картины и основными клиническими задачами лечения в различные периоды заболевания РС – в период дебюта болезни, ее рецидива и ремиссии.

Выделены четыре этапа медико-психологического сопровождения больных РС - информационно-диагностический, психокоррекционный, психотерапевтический и психореабилитационный, предусматривающие различные акценты в работе специалистов.

Разработаны программы и методы медико-психологического сопровождения больных РС, подробно характеризующие специфику подходов, их содержание и техники, варианты задач и формы реализации в различных условиях. К ним отнесены: психообразовательная программа, программа нейропсихологического тренинга, программа тренинга социальных навыков,

программа поведенческого тренинга, метод когнитивно-поведенческой терапии, метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, метод семейной психотерапии, метод суппортивной психотерапии.

С учётом выявленной клинико-психологической специфики больных РС проведена дифференциация мишеней психотерапии. Определены их группы (мишени, специфичные для клинической группы; мишени, специфичные для личности; мишени, специфичные для психотерапевтического контакта; мишени, специфичные для микросоциальной ситуации; мишени, специфичные для метода).

В завершение структурирована организационная модель междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов и организаций в ходе медико-психологического сопровождения больных РС в системе их комплексного лечения и реабилитации. Ее основой являются: специалисты системы здравоохранения медицинских организаций и их структурных подразделений; специалисты системы социальной защиты – медико-социальных экспертных комиссий и центров социальной защиты населения; специалисты образовательных организаций. Обязательным условием успешной работы данной модели является тесное взаимодействие с Федеральным научно-методическим центром РС при Научном центре неврологии Минздрава России и общественными организациями больных РС.

На основе результатов, полученных в данном исследовании, предложены **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.

Проблема медико-психологического сопровождения больных РС представляет собой важную научно-практическую задачу современной медицины и психологии, в связи с чем могут быть обозначены следующие **перспективы дальнейшей разработки темы:**

1) изучение возможностей и содержания медико-психологического сопровождения больных РС при других типах течения заболевания, в частности, при первично-прогрессирующем типе; 2) углублённое исследование экзистенциальных характеристик и духовных ресурсов личности больных РС для создания на этой основе психокоррекционных и психотерапевтических программ; 2) более глубокая разработка специфики подходов, методов и техник дистанционной психологической помощи больным РС.

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 перееданию, 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, пралогические 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 девяти из десяти больных 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 СОКРАЩЕНИЙ

ВПРС — вторично-прогрессирующий рассеянный склероз.

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия.

МРТ — магнитно-резонансная томография.

ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции.

РРС — ремиттирующий рассеянный склероз.

РС — рассеянный склероз.

СМОЛ — сокращённый многофакторный опросник для исследования личности.

CES-D — шкала по определению уровня депрессии Center for Epidemiological Studies Depression.

EDSS — расширенная шкала нарушений жизнедеятельности Куртцке при рассеянном склерозе.

F-SOZU-22 — Опросник воспринимаемой социальной поддержки (Fragebogen zur sozialen Unterstützung).

МБСТ — когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-basedcognitivetherapy).

МБСТР — снижение стресса на основе осознанности (Mindfulness-basedstressreduction).

SCL-90R — Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List-90-Revised).

Т-СВТ — когнитивно-поведенческая терапия по телефону.

Т-SEFT — эмоционально фокусированная поддерживающая терапия по телефону.

ZTPI — опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе (Zimbardo Time Perspective Inventory).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверьянова, Л. А. Клинико-нейрофизиологические характеристики дрожательного гиперкинеза у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Аверьянова Людмила Аркадьевна. – Казань, 2015. – 179 с.
2. Александров, А. А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Александров Артур Александрович. – Л., 1992. – 46 с.
3. Алексеенко, Е. В. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом / Е. В. Алексеенко, О. С. Сысоева, И. В. Смагина, С. А. Федянин // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С. 11-13.
4. Алифирова, В. М. Анализ факторов риска развития рассеянного склероза в Томской области / В. М. Алифирова, М. А. Титова // Неврологический журнал. – 2012. – № 3 – С.20-22.
5. Андреева, Е. А. Клинико-эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в Калужской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Андреева Елена Александровна. – М., 2014. – 24 с.
6. Бабичева, Н. Н. Клинические характеристики рассеянного склероза с учетом социально-демографических и эпидемиологических особенностей в Республике Татарстан : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Бабичева Наталья Николаевна. – Казань, 2015. – 151 с.
7. Батышева, Т. Т. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы / Т. Т. Батышева, Е. В. Костенко, К. А. Зайцев, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – Т. 109. – № 2. – С. 55-58.

8. Бахтеева, Т. Д. Депрессивные расстройства при рассеянном склерозе (клиника, диагностика, терапия) / Т. Д. Бахтеева, Н. А. Марута, М. В. Данилова // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19. – № 4 (69). – С. 36-41.
9. Беленко, Е. А. Соотношения вегетативного кардиоваскулярного баланса и синдрома хронической усталости у пациентов с ремиттирующим течением рассеянного склероза, сохраняющих функциональную активность : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Беленко Елена Александровна. – М., 2012. – 24 с.
10. Бехтерев, В. М. Коллективная рефлексология / В. М. Бехтерев. – Петроград: Колос, 1921. – 436 с.
11. Бойко, А. Н. Эпидемиология и этиология рассеянного склероза / А. Н. Бойко, Н. Ф. Смирнова, С. Н. Золотова, Е. И. Гусев // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10. – №. 7. – С. 5-8.
12. Быкова, О. В. Диагностика и лечение рассеянного склероза у детей и подростков в условиях длительного катамнеза : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Быкова Ольга Владимировна. – М., 2014. – 48 с.
13. Васильева, М. Н. Дисфункциональные черты в структуре личности больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению / М. Н. Васильева // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – №74-2. – С.78-86.
14. 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.
15. Вассерман, Л. И. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, М. А. Беребин. – СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2004. – 28 с.
16. Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб., 2003. – 736 с.
17. Вид, В. Д. Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – №2. – С. 20-26.

18. Власов, Я. В. Роль пациентских общественных организаций в повышении качества оказания медицинской и социальной помощи населению (на примере Общероссийской общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом) / Я. В. Власов, М. А. Курапов, М. В. Чураков // Вестник Росздравнадзора. – 2011. – №5. – С.70-77.

19. Власов, Я. В. Система оказания медико-социальной и реабилитационной помощи пациентам с рассеянным склерозом в Самарской области / Я. В. Власов, И. Е. Повереннова, Н. И. Кузнецова и др. // Медицинский альманах. – 2011. – №1. – С.169-172.

20. Волкова, М. Г. Эпидемиология, клиническая картина и качество жизни у больных рассеянным склерозом в Краснодарском крае : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Волкова Мария Геннадьевна. – М., 2014. – 25 с.

21. Воскресенский, Б. А. Клиническая психиатрия и клинический метод / Б. А. Воскресенский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – Т. 3. – С. 88-91.

22. Всероссийская перепись населения 2010 года. Национальный состав и владение языками, гражданство [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm.

23. Гаранян, Н. Г. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Н. Г. Гаранян, Т. Ю. Юдеева // Психологический журнал. – 2009. – № 6. – С. 93-102.

24. Гаранян, Н. Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С.18-49.

25. Гартфельдер, Д. В. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики / Д. В. Гартфельдер, Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2014. – Т.14. – № 4. – С. 60-62.

26. Гончарова, З. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика рассеянного склероза (проспективное 20-летнее исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Гончарова Зоя Александровна. – Иваново, 2013. – 41 с.

27. Гранатов, Е. В. Современная концепция комплексной реабилитации больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Гранатов Евгений Валерьевич. – Казань, 2013. – 25 с.

28. Грешнова, И. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска рассеянного склероза в Ульяновской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Грешнова Ирина Владимировна. – Саратов, 2014. – 25 с.

29. Гридина, А. О. Связь полиморфизма генов иммунной системы с развитием и течением рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Гридина Анна Олеговна. – СПб., 2015. – 23 с.

30. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз: достижения десятилетия / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2007. – Т. 107. – №. S4. – С. 4-13.

31. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Е. И. Гусев, И. А. Завалишин, А. Н. Бойко. – М.: Миклош, 2004. – 528 с.

32. Давыдовская, М. В. Нейродегенеративный процесс при рассеянном склерозе: возможности оценки и коррекции : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Давыдовская Мария Вафаевна. – М., 2012. – 195 с.

33. Данилова, М. В. Клинические особенности и закономерности формирования аутоагрессии у больных депрессиями при рассеянном склерозе / М. В. Данилова // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19. – № 3. – С. 35-38.

34. Данченко, И. Ю. Оценка функции семафорина Sema4D/CD100 и его рецептора CD72 при ремиттирующем рассеянном склерозе : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Данченко Ирина Юрьевна. – Пермь, 2015. – 175 с.

35. Делов, Р. А. Клинико-электрофизиологическая и молекулярно-генетическая характеристика течения ремиттирующего рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Делов Роман Андреевич. – М., 2013. – 25 с.

36. Джапаралиева, Н. Т. Клинико-морфометрическая характеристика и показатели качества жизни больных рассеянным склерозом на фоне терапии препаратами, изменяющими течение заболевания : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Джапаралиева Нуржан Тынчтыкбековна. – Саратов, 2016. – 143 с.

37. Дибривная, К. А. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор) / К. А. Дибривная, Е. В. Ениколопова, Ю. В. Зубкова, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113. – № 2-2. С.48-52.

38. Егорова, Г. П. Динамика распространенности заболеваемости и клиника рассеянного склероза по данным проспективного исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Егорова Галина Петровна. – Иваново, 2004. – 22 с.

39. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 416 с.

40. Захаров, А. В. Особенности реабилитации при рассеянном склерозе / А. В. Захаров, Н. И. Кузнецова, Е. В. Хивинцева, Я. В. Власов // Неврологический вестник. – 2010. – Т. 42. – № 1-2. – С.110-114.

41. Зинченко, Ю. П. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных / Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко, А. Ш. Тхостов // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – №. 5. – С. 31-42.

42. Зотов, П. Б. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом / П. Б. Зотов, Н. И. Куценко // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 21-25.

43. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер) / П. Б. Зотов, Н. И. Куценко // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 49-51.

44. Исурина, Г. Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы, психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуально-психологических характеристик) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Исурина Галина Львовна. – М., 1984. – 25 с.
45. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
46. Какуля, А. В. Клинические и молекулярно-генетические особенности дебюта рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Какуля Анастасия Владимировна. – Екатеринбург, 2012. – 24 с.
47. Караваева, Т. А. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств / И.С. Лысенко, Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2015. – № 53 (58). – С. 7-19.
48. Караваева, Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полтораки // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – №4. – С. 42-51.
49. Караваева, Т. А. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полтораки, Ю.П. Колесова // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2016а. – №1. – С. 3-9.
50. Караваева, Т. А. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств / Т.А. Караваева, В.А. Михайлов, А.В. Васильева, С.В. Полтораки, А.Ю. Поляков, М.В. Разина, Н.Ю. Сафонова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2017. – Т. XLIX. – № 2. – С. 31-36.
51. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2006. – 944 с.

52. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – М., 1990. – 576 с.
53. Карвасарский, Б. Д. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: Пособие для врачей / Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков, А. В. Васильева и др. – СПб., 1999 – 22 с.
54. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб., 1998. – 752 с.
55. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М., 1985. – 303 с.
56. Катков, А. Л. Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое научное обоснование / А. Л. Катков. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
57. Киселёва, Е. В. Клинико-диагностические и терапевтические аспекты ремиттирующего рассеянного склероза в условиях патологии щитовидной железы : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Киселёва Екатерина Витальевна. – М., 2016. – 139 с.
58. Кичерова, О. А. Патогенетическое значение мембрано-дестабилизирующих процессов и состояния системы антиоксидантной защиты при рассеянном склерозе и возможности их медикаментозной коррекции (проспективное исследование) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Кичерова Оксана Альбертовна. – Пермь, 2013. – 285 с.
59. Климов, Ю. А. Немедикаментозные методы медицинской реабилитации двигательных нарушений у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Климов Юрий Андреевич. – М., 2013. – 25 с.
60. Корелина, А. А. Эффективность и безопасность применения балансотерапии и программируемой электромиостимуляции в комплексном лечении больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Корелина Анна Александровна. – Екатеринбург, 2013. – 25 с.
61. Коркина, М. В. Психические нарушения при рассеянном склерозе / М. В. Коркина, Ю. С. Мартынов, Г. Ф. Малков. – М., 1986. – 128 с.

62. Коробко, Д. С. Клинико-генетическое исследование рассеянного склероза (на примере популяции Новосибирской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Коробко Денис Сергеевич. – М., 2014. – 24 с.

63. Коцюбинский, А. П. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – №3. – С. 9-17.

64. Коцюбинский, А. П. Новая организационная форма реабилитации психически больных / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 1 (94). – С. 69-75.

65. Краснов, В. Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания / В. Н. Краснов // Практикующий врач. – 2002. – № 2. – С. 31-32.

66. Кузнецова, Е. Д. Исследование индекса общего психологического благополучия у больных рассеянным склерозом / Е. Д. Кузнецова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – С. 763.

67. Кузнецова, Л. А. Исследование эффективности биоповеденческой терапии в лечении больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Кузнецова Лариса Александровна. – Новосибирск, 2007. – С.140.

68. Кузнецова, Л. А. Биоповеденческая терапия рассеянного склероза / Л. А. Кузнецова, Н. А. Малкова, О. С. Шубина и др. // Бюллетень СО РАМН. – 2004. – № 3. – С. 92-97.

69. Кулаков, С. А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств / С. А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2007. – 294 с.

70. Кулаков, С. А. Биопсихосоциодуховная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход / С. А. Кулаков // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. – 2009. – № 100. – С. 124-130.

71. Куликова, С. Н. Парез кисти при ремиттирующем рассеянном склерозе (динамическое клинико-нейровизуализационное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Куликова Софья Николаевна. – М., 2013. – 25 с.

72. Лазурский, А. Ф. Программа исследования личности в ее отношениях к среде: в кн. / А. Ф. Лазурский, С. Л. Франк // Русская школа. – 1912. – Кн. 1. – С. 1-24.
73. Латышева, В. Я. Эпидемиология рассеянного склероза в Республике Беларусь / В. Я. Латышева, Б. В. Смычек, О. А. Светляк // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – №. S4. – С. 23-25.
74. Лемешевская, А. А. Эмоционально-личностные и когнитивные нарушения при рассеянном склерозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Лемешевская Анна Александровна. – М., 2005. – С. 121 с.
75. Лиманкин, О. В. Реабилитация и психотерапия в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи / О. В. Лиманкин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №. 2. – С. 54-57.
76. Лузанова, Е. И. Тазовые нарушения в структуре вегетативных расстройств при рассеянном склерозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Лузанова Екатерина Игоревна. – Пермь, 2013. – 25 с.
77. Ляшковская, С. В. Оптимизация индивидуальных программ и типология мишеней личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии невротических расстройств : дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Ляшковская Светлана Владимировна. – СПб., 2016. – 204 с.
78. Майда, Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких / Майда Е.; пер. с нем. – М.: АО «Интерэксперт», 1999. – 272 с.
79. Малкова, Н. А. Рассеянный склероз / Н. А. Малкова, А. П. Иерусалимский. – Новосибирск, 2006. – 170 с.
80. Маркс, Е. А. Особенности церебральной гемодинамики при клинкорadiологических и молекулярно-генетических вариантах рассеянного склероза : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Маркс Елена Андреевна. – Екатеринбург, 2015. – 134 с.
81. Матвеева, Т. В. Структура психических расстройств у больных рассеянным склерозом / Т. В. Матвеева, В. Д. Менделевич, Д. П. Речаник // Неврологический вестник. – 2002. – Т. 34. – № 1-2. – С. 69-73.

82. Медведева, Е. Л. Нейротрофические факторы в сыворотке крови больных рассеянным склерозом при различных вариантах лечения препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Медведева Елена Львовна. – Пермь., 2015 – 112 с.

83. Мельников, М. В. Цитокиновый статус и обмен биогенных аминов у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Мельников Михаил Валерьевич. – М., 2016. – 22 с.

84. Мешкова, К. С. Когнитивные и эмоционально-аффективные расстройства при рассеянном склерозе: клинико-нейровизуализационное исследование : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Мешкова Кетевана Сергеевна. – М., 2013. – 24 с.

85. Минеев, К. К. Неврологические и когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом в зависимости от характера поражения головного мозга : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Минеев Константин Константинович. – СПб., 2009. – 101 с.

86. Молчанова, Ж. И. Когнитивные и аффективные нарушения у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Молчанова Жанна Ивановна. – Иркутск, 2011. – 22 с.

87. Морозова, Е. В. Школа социальной жизни – как инновационная реабилитационная технология / Е. В. Морозова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2012. – № 3. – С. 19-27.

88. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев – Л., 1960. – 426 с.

89. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев – Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995. – С. 75.

90. Назыров, Р. К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: метод. рекомендации / Р. К. Назыров, С. В. Логачева, М. Б. Ремесло, И. О. Павловский. – СПб., 2011. – 18 с.

91. Негреба, Т. В. Течение и прогноз современных форм рассеянного склероза / Т. В. Негреба // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14. – Вип. 1(46). – С. 44-46.

92. Незнанов, Н. Г. Холистический Подход В. М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – №. 1. – С. 3-6.

93. Незнанов, Н. Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявление, течение и терапию психических заболеваний : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Незнанов Николай Григорьевич. – Л., 1984. – 228 с.

94. Николаев, Е. Л. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен (региональный аспект в Чувашии) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 : 19.00.04 / Николаев Евгений Львович. – СПб., 2006. – 391 с.

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

96. Николаев, Е. Л. 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.

97. Николаев, Е. Л. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие / Е. Л. Николаев, Д. В. Гартфельдер, Е. Ю. Лазарева. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. – 302 с.

98. Николаев, Е. Л. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии / Е. Л. Николаев, Ю. В. Игнатьев, Д. М. Мухамадиев. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. – 378 с.

99. Николаев, Е. Л. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах / Е. Л. Николаев, Е. С. Суслова, Ф. В. Орлов. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – 148 с.

100. Николаев, Е. Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры / Е. Л. Николаев. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. – С. 135.

101. Николаева, О. В. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре / О. В. Николаева, И. Н. Бабурин, Е. Л. Николаев, Е. А. Дубравина // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30. – С. 86-90.

102. Орлова, Е. В. Нейропсихологические и иммунохимические показатели у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Орлова Екатерина Вячеславовна. – М., 2012. – 24 с.

103. Осинская, С. А. Структурно-содержательные особенности образа отца у созависимой личности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04: Осинская Светлана Александровна. – Томск, 2015. – 209 с.

104. Падун, М. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности / М. Падун, Н. Тарабрина // Московский психотерапевтический журнал – 2003. – Т. 1. – С. 121-140.

105. Пажигова, З. Б. Распространённость рассеянного склероза в мире (обзорная статья) / З. Б. Пажигова, С. М. Карпов, П. П. Шевченко, Н. И. Бурнусус // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №. 1-2. – С. 78-82.

106. Пантюк, И. В. Биологические и психологические факторы, влияющие на реабилитационный потенциал больных рассеянным склерозом / И. В. Пантюк, Н. С. Буко, Т. В. Венглинская // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. – Минск, 2008. – Вып.10. – С.185-195.

107. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М: Медицина, 1996. – 464 с.

108. Петрова, Л. В. Патология щитовидной железы у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Петрова Людмила Владимировна. – М., 2012. – 24 с.

109. Прахова, Л. Н. Клинико-лучевое исследование механизмов развития демиелинизирующих заболеваний (рассеянного склероза) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Прахова Лидия Николаевна. – СПб., 2014. – 45 с.

110. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.1999 № 446 «О создании Научно-методического Центра Минздрава России по рассеянному склерозу». – Москва, 1999.

111. Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – 172 с.

112. Пуговкина, О. Д. Mindfulness-basedcognitivetherapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности, в лечении хронической депрессии / О. Д. Пуговкина // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Т. 2. – С. 26-31.

113. Резникова, Т. Н. Исследование «внутренней картины болезни» у больных с органической и функциональной патологией ЦНС в процессе лечебных активаций методом искусственных стабильных функциональных связей мозга человека / Т. Н. Резникова, А. А. Краснов, Н. А. Селиверстова, И. Ю. Терентьева // Вестник клинической психологии. – 2004. – Т. 2. – № 1. – С. 84-90.

114. Резникова, Т. Н. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова, И. Г. Никифорова, Р. А. Ароев // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41. – С. 99-108.

115. Резникова, Т. Н. Особенности личности и межполушарная асимметрия мозга у больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Г. В. Катаева // Неврологический вестник. – 2004. – Т. 36. – Вып. 1-2. – С.46-52.

116. Резникова, Т. Н. Особенности адаптации личности больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Н. А. Селиверстова, Ю. Г. Хоменко // Неврологический вестник. – 2006. – Т. 38. – № 3-4. – С. 30-35.

117. Резникова, Т. Н. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Н. А. Селиверстова,

Ю. Г. Хоменко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107. – № 7. – С. 36-42.

118. Республиканский центр по рассеянному склерозу и экстрапирамидальной недостаточности. БУ «Республиканская клиническая больница» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.rkb21.ru/564103/Page.aspx> 16.03.2017.html.

119. Руденко, О. Ю. Влияние иммуномодулирующей терапии на клинические проявления, течение и качество жизни больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Руденко Ольга Юрьевна. – Пятигорск, 2014. – 24 с.

120. Русина, Н. А. Психологические основы психосоматики (Психотерапевтические мишени в работе с пациентом психосоматической клиники) / Н. А. Русина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2011. – Т. 1. – №. 7. – С. 20-23.

121. Рязанцева, А. А. Некоторые компоненты глутаматэргической системы у больных с разными типами течения рассеянного склероза : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Рязанцева Анастасия Александровна. – Иркутск, 2015. – 108 с.

122. Семиволос, В. И. Изучение особенностей внутренней картины болезни у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Семиволос Валентина Ивановна. – СПб., 2009. – 132 с.

123. Сидоренко, Т. В. Приверженность длительной терапии препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Сидоренко Татьяна Валерьевна. – М., 2009. – 22 с.

124. Сеницына, К. В. Клинико-прогностическая характеристика депрессивных расстройств при начальных проявлениях рассеянного склероза и их диагностика в учреждениях первичной медицинской сети : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Сеницына Ксения Владимировна. – М., 2016. – 190 с.

125. Смагина, И. В. Прогнозирование развития и течения рассеянного склероза на основе клинико-эпидемиологических, генетических и

нейробиохимических характеристик : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Смагина Инна Вадимовна. – М., 2013. – 49 с.

126. Сорокина, К. Б. Клинико-эпидемиологические особенности рассеянного склероза в Тверской области : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Сорокина Кристина Борисовна. – М., 2016. – 120 с.

127. Спирина, Н. Н. Эндотелиальная дисфункция у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Спирина Наталья Николаевна. – М., 2015. – 165 с.

128. Стекольников, Л. В. О репрезентативности выборки на примере психических и наркологических заболеваний / Л. В. Стекольников, А. В. Голенков // Медицинский журнал Чувашии. – 1995. – № 3-4. – С. 5-7.

129. Стоянова, И.Я. Пралогическое мышление в структуре личности пациентов с непсихотическими расстройствами / И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – №. 3. – С. 57-61.

130. Субботин, А. В. Использование психодиагностических методов при психокоррекционной работе с больными рассеянным склерозом / А. В. Субботин, В. А. Семёнов, И. М. Гетманенко и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – Т.1. – С. 120-125.

131. Суровцева, А. В. Совершенствование тактики ведения рассеянного склероза у детей : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Суровцева Анна Владимировна. – СПб., 2015. – 143 с.

132. Сырцова, А. Возрастная динамика временных ориентаций личности / А. Сырцова, О. В. Митина // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41-54.

133. Сырцова, А. Методика Ф. Зимбардо по временной перспективе / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 85-106.

134. Сырцова, А. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина // Психологический журнал. – 2008. – Т.29. – №3. – С.101-109.

135. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер. – 2001. – 272 с.
136. Терентьева, И. Ю. Особенности адаптации личности у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Терентьева Инга Юрьевна. – СПб., 2005. – 115 с.
137. Холмогорова, А. Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Холмогорова Алла Борисовна. – М., 2006. – 465 с.
138. Холмогорова, А. Б. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс] / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, П. Шайб, М. Виршинг // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1 – Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
139. Чурюканов, М. В. Психологические особенности пациентов с центральным болевым синдромом при рассеянном склерозе / М. В. Чурюканов, В. В. Алексеев, Н. Н. Кукушкин, Н. Н. Яхно // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 2. – С. 42-45.
140. Шамова, Т. М. Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе / Т. М. Шамова, Т. Я. Лебейко // Журнал ГрГМУ. – 2009. – №2 (26) – С.88-92.
141. Шарафутдинова, Л. Р. Влияние внешних факторов риска на развитие и течение рассеянного склероза в Республике Башкортостан : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Шарафутдинова Ляля Рифовна. – Уфа, 2014. – 146 с.
142. Шаров, Д. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика рассеянного склероза в Чувашской Республике : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Шаров Дмитрий Анатольевич. – Москва, 2004 – 26 с.
143. Шахбазова, Е. С. Перцептивно-вербальные взаимодействия в когнитивной сфере при рассеянном склерозе в подростковом возрасте : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Шахбазова Елена Сергеевна. – М., 2012. – 161 с.
144. Шкильнюк, Г. В. Взаимосвязь метаболических изменений в головном мозге с когнитивными и неврологическими нарушениями при рассеянном

склерозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Шкильнюк Галина Геннадьевна. – СПб., 2012. – 25 с.

145. Шмидт, Т. Е. Рассеянный склероз / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ. – 2010. – 271 с.

146. Щелкова, О. Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Щелкова Ольга Юрьевна. – СПб., 2009. – 49 с.

147. Щур, С. Г. Клинико-фармакокинетический анализ результатов длительного лечения больных рассеянным склерозом с использованием глатирамера ацетата : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Щур Сергей Геннадьевич. – М., 2013. – 25 с.

148. Якимова, В. И. Эмоциональные нарушения в клинике и течении рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 : 14.00.18 / Якимова Вероника Иннокентьевна. – Новосибирск, 2005. – 146 с.

149. Якушина, Т. И. Оптимизация лечения больных рассеянным склерозом на основании комплексной оценки эффективности терапии : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Якушина Татьяна Игоревна. – М., 2016. – 243 с.

150. Adelman, G. The cost burden of multiple sclerosis in the United States: a systematic review of the literature / G. Adelman, S. G. Rane, K. F. Villa // J. Med. Econ. – 2013. – N. 16(5). – P. 639-47.

151. Aldridge, D. Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients / D. Aldridge, W. Schmid, M. Kaeder et al. // Complement. Ther. Med. – 2005. – N. 13. – P. 25-33.

152. Alshubaili, A. F. Relationship of depression, disability, and family caregiver attitudes to the quality of life of Kuwaiti persons with multiple sclerosis: a controlled study / A. F. Alshubaili, A. W. Awadalla, J. U. Ohaeri et al. // BMC Neurol. – 2007. – Sep. 18. – P. 7-31.

153. Amato, M. P. Benign multiple sclerosis: cognitive, psychological and social aspects in a clinical cohort / M. P. Amato, V. Zipoli, B. Goretti et al. // J. Neurol. – 2006. – Vol. 253. – N. 8. – P. 1054-1059.

154. Amato, M. P. Cognitive reserve and cortical atrophy in multiple sclerosis A longitudinal study / M. P. Amato, L. Razzolini, B. Goretti et al. // *Neurology*. – 2013. – T. 80. – N. 19. – P. 1728-1733.
155. Artemiadis, A. K. Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review / A. K. Artemiadis, M. C. Anagnostouli, E. C. Alexopoulos // *Neuroepidemiology*. – 2011. – T. 36. – N. 2. – P. 109-120.
156. Artemiadis, A. K. Stress management and multiple sclerosis: a randomized controlled trial / A. K. Artemiadis, A. A. Vervainioti, E. C. Alexopoulos et al. // *Arch. Clin. Neuropsychol.* – 2012. – N. 27. – P. 406-416.
157. Asano, M. Rehabilitation interventions for the management of multiple sclerosis relapse: a short scoping review / M. Asano, R. Raszewski, M. Finlayson // *Int. J. MS Care*. – 2014. – N. 16. – P. 99-104.
158. Ascherio, A. Epidemiology of multiple sclerosis: From risk factors to prevention – An update / A. Ascherio, K. L. Munger // *Seminars in neurology*. – Thieme Medical Publishers, 2016. – T. 36. – N. 2. – P. 103-114.
159. Baron, K. G. Impact of psychotherapy on insomnia symptoms in patients with depression and multiple sclerosis / K. G. Baron, M. Corden, L. Jin, D. C. Mohr // *J. Behav. Med.* – 2011. – N. 34. – P. 92-101.
160. Bassi, M. Illness Perception and Well-Being Among Persons with Multiple Sclerosis and Their Caregivers / M. Bassi, M. Falautano, S. Cilia et al. // *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. – 2016. – N. 23(1), Mar. – P. 33-52.
161. Beckerman, H. The effectiveness of aerobic training, cognitive behavioural therapy, and energy conservation management in treating MS-related fatigue: the design of the TREFAMS-ACE programme / H. Beckerman, L. J. Blikman, M. Heine, A. Malekzadeh et al. ; TREFAMS-ACE study group // *Trials*. – 2013. – N. 14. – P. 250.
162. Beckner, V. Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support / V. Beckner, I. Howard, L. Vella, D.C. Mohr // *J. Behav. Med.* – 2010 – N. 33. – P. 47-59.
163. Benedict, R. H. Influence of personality on the relationship between gray matter volume and neuropsychiatric symptoms in multiple sclerosis / R. H. Benedict,

C. E. Schwartz, P. Duberstein et al. // Psychosom. Med. – 2013. – Vol. 75. – N. 3. – P. 253-261.

164. Besharat, M. A. Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis / M. A. Besharat, R. Pourhosein, R. Rostami, S. Bazzazian // Psychol. Health. – 2011. – N. 26(4), Apr. – P. 419-32.

165. Boehm, K. Effects of yoga interventions on fatigue: a meta-analysis / K. Boehm, T. Ostermann, S. Milazzo, A. Büssing // Evid. Based. Complement. Alternat. Med. – 2012. – N. 2012. – P. 124703.

166. Boeschoten, R. E. Internet-based self-help treatment for depression in multiple sclerosis: study protocol of a randomized controlled trial / R. E. Boeschoten, J. Dekker, B. M. Uitdehaag et al. // BMC Psychiatry. – 2012. – N. 12. – P. 137.

167. Boiko, A. Epidemiology of MS in Russia: first data of United Study of Multiple Sclerosis epidemiology in Russia / A. Boiko, I. A. Zavalishin, N. N. Spirin et al. // Multiple Sclerosis. – 2004. – N. 10(Suppl. 2). – P. 157.

168. Bowling, A. C. Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis / A. C. Bowling // Continuum (Minneapolis Minn). – 2010. – N. 16(5) Multiple Sclerosis. – P. 78-89.

169. Brenk, A. Short-term cognitive training improves mental efficiency and mood in patients with multiple sclerosis / A. Brenk, K. Laun, C. G. Haase // Eur. Neurol. – 2008. – N. 60. – P. 304-309.

170. Browne, P. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity / P. Browne, D. Chandraratna, C. Angood et al. // Neurology. – 2014. – N. 83(11). – P. 1022-1024.

171. Chalah, M. A. Deficits in Social Cognition: An Unveiled Signature of Multiple Sclerosis / M. A. Chalah, S. S. Ayache // J. Int. Neuropsychol Soc. – 2017. – N. 23(3), Mar. – P. 266-286.

172. Cooper, C. L. Computerised cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: external pilot trial. / C. L. Cooper, D. Hind, G. D. Parry et al. // Trials. – 2011. – N. 14. – P. 259.

173. Cosio, D. The effect of telephone-administered cognitive-behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. / D. Cosio, L. Jin, J. Siddique, D. C. Mohr // *Ann. Behav. Med.* – 2011. – N. 41. – P. 227-234.

174. Costa, D. C. The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis / D. C. Costa, M. J. Sá, J. M. Calheiros // *Arquivos de neuro-psiquiatria.* – 2012. – Vol. 70. – N. 2. – P. 108-113.

175. Crescentini, C. Cognitive and brain reserve for mind-body therapeutic approaches in multiple sclerosis: A review / C. Crescentini, C. Urgesi, F. Fabbro, R. Eleopra // *Restor. Neurol. Neurosc.* – 2014. – N.32. – P. 575-595.

176. Dayapoğlu, N. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis / N. Dayapoğlu, M. Tan // *J. Altern. Complement. Med.* – 2012. – N. 18. – P. 983-987.

177. Dennison, L. Cognitive-behavioral therapy: what benefits can it offer people with multiple sclerosis? / L. Dennison, R. Moss-Morris // *Expert. Rev. Neurother.* – 2010. – N. 10. – P. 1383-1390.

178. Dennison, L. Change and processes of change within interventions to promote adjustment to multiple sclerosis: learning from patient experiences / L. Dennison, R. Moss-Morris, L. Yardley et al. // *Psychol. Health.* – 2013. – N. 28. – P. 973-992.

179. Derogatis, L. R. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacol. Bull.* – 1973. – N. 1. – P. 13-27.

180. Dickstein, L. P. Thoughts of death and self-harm in patients with epilepsy or multiple sclerosis in a tertiary care center / L. P. Dickstein, A. C. Viguera, A. S. Nowacki et al. // *Psychosomatics.* – 2015. – N. 56(1), Jan-Feb. – P. 44-51.

181. Donzé, C. Neurorehabilitation in multiple sclerosis: an overview [Article in French] / C. Donzé // *Rev. Neurol.* – Paris, 2007. – N. 163. – P. 711-719.

182. Doulatabad, S. N. The effects of pranayama, hatha and raja yoga on physical pain and the quality of life of women with multiple sclerosis / S. N.

Doulatabad, K. Nooreyan, A. N. Doulatabad, Z. M. Noubandegani // *Afr. J. Tradit. Complement. Altern. Med.* – 2012. – N. 10. – P. 49-52.

183. Dubayova, T. Type D, anxiety and depression in association with quality of life in patients with Parkinson's disease and patients with multiple sclerosis / T. Dubayova, M. Krokavcova, I. Nagyova et al. // *Quality of Life Research.* – 2013. – Vol. 22. – N. 6. – P. 1353-1360.

184. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *Am. J. Psychiatry.* – 1980. – Vol. 137. – N. 5. – P. 535-544.

185. Fernández-Muñoz, J. J. Disability, quality of life, personality, cognitive and psychological variables associated with fatigue in patients with multiple sclerosis / J. J. Fernández-Muñoz, A. Morón-Verdasco, M. Cigarán-Méndez et al. // *Acta Neurologica Scandinavica.* – 2015. – Vol. 132. – N. 2. – P. 118-124.

186. Firth, N. Effectiveness of psychologically focused group interventions for multiple sclerosis: A review of the experimental literature / N. Firth // *J. Health. Psychol.* – 2014. – N. 19. – P. 789-801.

187. Fischer, A. Biological outcome measurements for behavioral interventions in multiple sclerosis / A. Fischer, C. Heesen, S. M. Gold // *Therapeutic Advances in Neurological Disorders.* – 2011. – N. 4. – P. 217-229.

188. Fjorback, L. O. Mindfulness and bodily distress / L. O. Fjorback // *Dan. Med. J.* – 2012. – N. 59. – P. 4547.

189. Ghafari, S. Spousal support as experienced by people with multiple sclerosis: a qualitative study / S. Ghafari, M. F. Khoshknab, K. Norouzi, E. Mohamadi // *J. Neurosci. Nurs.* – 2014. – N. 46(5), Oct. – P. 15-24.

190. Ghafari, S. Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients with multiple sclerosis / S. Ghafari, F. Ahmadi, M. Nabavi et al. // *J. Clin. Nurs.* – 2009. – N. 18. – P. 2171-2179.

191. Glad, S. B. How long can you keep working with benign multiple sclerosis? / S. B. Glad, H. Nyland, J. H. Aarseth et al. // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* – 2011. – N. 82. – P. 78-82.

192. Goretti, B. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis / B. Goretti, E. Portaccio, V. Zipoli et al. // Clin. Neurol. Neurosurg. – 2010a. – Vol. 112. – N. 2. – P. 127-130.
193. Goretti, B. Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis / B. Goretti, E. Portaccio, V. Zipoli et al. // Neurol. Sci. – 2010b. – Vol. 31(Suppl. 2). – P. 227-230.
194. Goulden, R. Is high socioeconomic status a risk factor for multiple sclerosis? A systematic review / R. Goulden, T. Ibrahim, C. Wolfson // European journal of neurology. – 2015. – Vol. 22. – N. 6. – P. 899-911.
195. Grossman, P. MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial / P. Grossman, L. Kappos, H. Gensicke et al. // Neurology. – 2010. – N. 75. – P. 1141-1149.
196. Gyllensten, H. Comparing costs of illness of multiple sclerosis in three different years: A population-based study / H. Gyllensten, M. Wiberg, K. Alexanderson, E. Friberg // Mult. Scler. – 2017. – Mar 1.
197. Haase, C. G. Neuropsychological deficits but not coping strategies are related to physical disability in multiple sclerosis / C. G. Haase, M. Lienemann, P. M. Faustmann // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. – 2008. – Vol. 258. – N. 1. – P. 35-39.
198. Harrison, A. M. Beyond a physical symptom: the importance of psychosocial factors in multiple sclerosis pain / A. M. Harrison, E. Silber, L. M. McCracken, R. Moss-Morris // European journal of neurology. – 2015. – Vol. 22. – N. 11. – P. 1443-1452.
199. Hart, S. L. Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression / S. L. Hart, L. Vella, D. C. Mohr // Health Psychol. – 2008. – N. 27. – P. 230-238.
200. Heesen, C. Behavioral interventions in multiple sclerosis: a biopsychosocial perspective / C. Heesen, S. Köpke, J. Kasper et al. // Expert Rev. Neurother. – 2012. – N. 12. – P. 1089-1100.

201. Heim, E. Koping und Adaptivited: Gibt es Geeignetes Oder Ungeeignetes Koping? / E. Heim // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 1988. – N. 1. – P. 8-17.
202. Hind, D. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis / D. Hind, J. Cotter, A. Thake et al. // BMC Psychiatry. – 2014. – N. 14. – P. 5.
203. Hughes, N. Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis / N. Hughes, L. Locock, S. Ziebland // Soc. Sci. Med. – 2013. – N. 96. – P. 78-85.
204. Huijbregts, S. C. Cognitive impairment and decline in different MS subtypes / S. C. Huijbregts, N. F. Kalkers, L. M. de Sonnevile et al. // J. Neurol. Sci. – 2006. – Vol. 245. – N. 1-2. – P.187-194.
205. Hyphantis, T. N. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis / T. N. Hyphantis, K. Christou, S. Kontoudaki et al. // Int. J. Psychiatry Med. – 2008. – Vol. 38. – N. 3. – P. 307-327.
206. Iranmanesh, S. Spiritual wellbeing and perceived uncertainty in patients with multiple sclerosis in south-east Iran / S. Iranmanesh, B. Tirgari, M. Tofighi, M.A. Forouzi // Int. J. Palliat. Nurs. – 2014. – N. 20. – P. 483-492.
207. Jongen, P. J. Cognitive impairment in multiple sclerosis / P.J. Jongen, A.T. Ter Horst, A. M. Brands // Minerva Med. – 2012. – Vol. 103. – N. 2. – P. 73-96.
208. Jongen, P. J. Intensive social cognitive treatment (can do treatment) with participation of support partners in persons with relapsing remitting multiple sclerosis: observation of improved self-efficacy, quality of life, anxiety and depression 1 year later / P.J. Jongen, M. Heerings, R. Ruimschotel et al. // BMC Res. Notes. –2016. – N. 9, Jul. 29. – P. 375.
209. Kargarfard, M. Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran / M. Kargarfard, M. Eetemadifar, M. Mehrabi et al. // European journal of neurology. – 2012. – Vol. 19. – N. 3. – P. 431-437.

210. Kelly, N. A. The use of visual art for stress relief: a case report of newly diagnosed multiple sclerosis / N. A. Kelly // *Explore (NY)*. – 2009. – N. 5. – P. 167-170.
211. Kern, S. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis / S. Kern // *Mult. Scler.* – 2009. – Vol. 15. – No. 6. – P. 752-758.
212. Khan, F. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis / F. Khan, L. Turner-Stokes, L. Ng, T. Kilpatrick // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2007. – N. 2.
213. Knoop, H. Which cognitions and behaviours mediate the positive effect of cognitive behavioural therapy on fatigue in patients with multiple sclerosis? / H. Knoop, K. van Kessel, R. Moss-Morris // *Psychol. Med.* – 2012. – N. 42. – P. 205-213.
214. Koelmel, E. Resilience Mediates the Longitudinal Relationships Between Social Support and Mental Health Outcomes in Multiple Sclerosis / E. Koelmel, A. J. Hughes, K. N. Alschuler, D. M. Ehde // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2016. – Oct 24.
215. Konieczka, K. Multiple sclerosis and primary vascular dysregulation (Flammer syndrome) / K. Konieczka, S. Koch, T. Binggeli et al. // *EPMA J.* – 2016. – N. 7, Jun. 15. – P. 13.
216. Kraemer, M. Theory of mind and empathy in patients at an early stage of relapsing remitting multiple sclerosis / M. Kraemer, M. Herold, J. Uekermann et al. // *Clinical neurology and neurosurgery.* – 2013. – Vol. 115. – N. 7. – P. 1016-1022.
217. Król, J. Time perception and illness acceptance among remitting-relapsing multiple sclerosis patients under treatment / J. Król, M. Szcześniak, D. Koziarska, T. Rzepa // *Psychiatr. Pol.* – 2015. – N. 49(5). – P.911-20.
218. Kurtzke, J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS) / J. F. Kurtzke // *Neurology.* – 1983. – Vol. 33. – N. 11. – P. 1444-1452.
219. Landfeldt, E. Sick leave and disability pension before and after diagnosis of multiple sclerosis / E. Landfeldt, A. Castelo-Branco, A. Svedbom et al. // *Mult. Scler.* – 2016. – N. 22(14), Dec. – P. 1859-1866.

220. Lengdobler, H. Group music therapy in multiple sclerosis: initial report of experience. Article in German / H. Lengdobler, W. R. Kiessling // *Psychother Psychosom. Med. Psychol.* – 1989. – N. 39. – P. 369-373.
221. Leray, E. Epidemiology of multiple sclerosis / E. Leray, T. Moreau, A. Fromont, G. Edan // *Revue neurologique.* – 2016. – Vol. 172. – N. 1. – P. 3-13.
222. Lewis, V. M. Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis / V. M. Lewis, K. Williams, C. KoKo et al. // *J. Affect Disord.* – 2017. – N. 208, Jan 15. – P. 662-669.
223. Lovera, J. Stress in multiple sclerosis: review of new developments and future directions / J. Lovera, T. Reza // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* – 2013. – N. 3. – P. 398.
224. Lunde, H. B. Survival and cause of death in multiple sclerosis: a 60-year longitudinal population study / H. B. Lunde, J. Assmus, M. Kjell-Morten et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2017. – Apr 1.
225. Maida, E. Der große TRIAS-Ratgeber Multiple Sklerose / E. Maida. – Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS, 2005.
226. Marrie, R. A. CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis. Differences in the burden of psychiatric comorbidity in MS vs the general population / R. A. Marrie, J. D. Fisk, H. Tremlett et al. // *Neurology.* – 2015. – N. 85(22), Dec. 1. – P. 1972-9.
227. Marrie, R. A. The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review / R. A. Marrie, S. Reingold, J. Cohen et al. // *Multiple Sclerosis Journal.* – 2015a. – Vol. 21. – N. 3. – P. 305-317.
228. Masoudi, R. Iranian family caregivers' challenges and issues in caring of multiple sclerosis patients: A descriptive explorative qualitative study / R. Masoudi, H. A. Abedi, P. Abedi, S. E. Mohammadianinejad // *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* – 2014. – N. 19(4), Jul. – P. 416-23.
229. Mazaheri, M. Experiences of patients with multiple sclerosis from group counseling / M. Mazaheri, N. Fanian, A. Zargham-Boroujeni // *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* – 2011. – N. 16. – P. 181-190.

230. Mishra, S. K. The therapeutic value of yoga in neurological disorders / S. K. Mishra, P. Singh, S. J. Bunch, R. Zhang // *Ann. Indian. Acad. Neurol.* – 2012. – N. 15. – P. 247-254
231. Mohr, D. C. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis / D. C. Mohr, W. Likosky, A. Bertagnolli et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – N. 68. – P. 356-361.
232. Mohr, D. C. A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS / D. C. Mohr, J. Lovera, T. Brown et al. // *Neurology.* – 2012. – N. 79. – P. 412-419.
233. Mohr, D. C. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis / D. C. Mohr, A. C. Boudewyn, D. E. Goodkin et al. // *Journal of consulting and clinical psychology.* – 2001. – N. 69(6). – P. 942-949.
234. Moreira, S. V. Musical identity of patients with multiple sclerosis / S. V. Moreira, C. C. França, M. A. Moreira, M. A. Lana-Peixoto // *Arq. Neuropsiquiatr.* – 2009. – N. 67. – P. 46-49.
235. Moss-Morris, R. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for adjusting to multiple sclerosis (the saMS trial): does CBT work and for whom does it work? / R. Moss-Morris, L. Dennison, S. Landau et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2013. – N. 81. – P. 251-262.
236. Moss-Morris, R. A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue / R. Moss-Morris, P. McCrone, L. Yardley et al. // *Behav. Res. Ther.* – 2012. – N. 50. – P. 415-421.
237. Nielsen-Prohl, J. Stress-stimulated volitional coping competencies and depression in multiple sclerosis / J. Nielsen-Prohl, J. Saliger, V. Guldenberg et al. // *J. Psychosom. Res.* – 2013. – Vol. 74. – N. 3. – P. 221-226.
238. Nikolaev, E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy / E. Nikolaev // *International Journal of Person Centered Medicine.* – 2011. – Vol. 1. – N. 3. – P. 482-485.

239. Nikolaev, E. Is social frustration typical of multiple sclerosis patients? / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // *European Psychiatry*. – 2017b. – Vol. 41, April. – P. 791.
240. Nikolaev, E. Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // *European Psychiatry*. – 2017. – Vol. 41, April. – P. 536.
241. Nikolaev, E. Time perspective in multiple sclerosis patients: Looking for clinical targets for psychological interventions / E. Nikolaev, N. Vasil'eva // *European Psychiatry*. – 2017a. – Vol. 41, April. – P. 780.
242. Nordin L., Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy / L. Nordin, I. Rorsman // *J. Rehabil. Med.* – 2012. – N. 44. – P. 87-90.
243. Oksenberg, J. R. Genetics of multiple sclerosis / J. R. Oksenberg, J. L. McCauley // *Translational Neuroimmunology in Multiple Sclerosis: From Disease Mechanisms to Clinical Applications*. – 2016. – P. 45.
244. Olsson, M. Meanings of feeling well for women with multiple sclerosis / M. Olsson, L. Skär, S. Söderberg // *Qual Health Res.* – 2010. – Vol. 20. – N. 9. – P. 1254-1261.
245. Ostermann, T. Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review / T. Ostermann, W. Schmid // *Expert Rev. Neurother.* – 2006. – N. 6. – P. 469-477.
246. Ozura, A. Personality characteristics of multiple sclerosis patients: a Rorschach investigation / A. Ozura, P. Erdberg, S. Sega // *Clin. Neurol. Neurosurg.* – 2010. – Vol. 112. – N 7. – P. 629-632.
247. Ožura, A. Profile of depression, experienced distress and capacity for coping with stress in multiple sclerosis patients -a different perspective / A. Ožura, S. Sega // *Clin. Neurol. Neurosurg.* – 2013. – Vol. 115(Suppl. 1). – P. 12-6.
248. Papadopoulou, A. Contribution of cortical and white matter lesions to cognitive impairment in multiple sclerosis / A. Papadopoulou, N. Müller-Lenke, Y. Naegelin et al. // *Multiple Sclerosis Journal*. – 2013. – Vol. 19. – N. 10. – P. 1290-1296.

249. Patil, N. J. Effect of integrated Yoga on neurogenic bladder dysfunction in patients with multiple sclerosis-A prospective observational case series / N. J. Patil, R. Nagaratna, C. Garner et al. // *Complement. Ther. Med.* – 2012. – N. 20. – P. 424-430.
250. Pooyania, S. Examining the Relationship Between Family Caregivers' Emotional States and Ability to Empathize with Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study / S. Pooyania, M. Lobchuk, W. Chernomas, R. A. Marrie // *Int. J. MS Care.* – 2016. – N. 18(3), May-Jun. – P. 122-8.
251. Prokopova, B. Early cognitive impairment along with decreased stress-induced BDNF in male and female patients with newly diagnosed multiple sclerosis / B. Prokopova, N. Hlavacova, M. Vlcek et al. // *J. Neuroimmunol.* – 2017. – N. 302, Jan 15. – P. 34-40.
252. Pugliatti, M. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe / M. Pugliatti, G. Rosati, H. Carton et al. // *European Journal of Neurology.* – 2006. – N. 13. – P. 700-722.
253. Roberg, B. L. How patients with multiple sclerosis perceive cognitive slowing / B. L. Roberg, J. M. Bruce, C. T. Lovelace, S. Lynch // *Clin. Neuropsychol.* – 2012. – Vol. 26. – N. 8. – P. 1278-1295.
254. Rocca, M. A. Clinical and imaging assessment of cognitive dysfunction in multiple sclerosis / M. A. Rocca, M. P. Amato, N. De Stefano et al. // *The Lancet Neurology.* – 2015. – Vol. 14. – N. 3. – P. 302-317.
255. Rommer, P. S. Coping with multiple sclerosis-the role of social support / P. S. Rommer, A. Sühnel, N. König, U. K. Zettl // *Acta. Neurol. Scand.* – 2016. – Sep. 12.
256. Rommer, P.S. Coping with multiple sclerosis-the role of social support / P.S. Rommer, A. Sühnel, N. König, U. K. Zettl // *Acta. Neurol. Scand.* – 2016. – Sep. 12.
257. Rosti-Otajärvi, E. Patient-related factors may affect the outcome of neuropsychological rehabilitation in multiple sclerosis / E. Rosti-Otajärvi, A. Mäntynen, K. Koivisto et al. // *J. Neurol. Sci.* – 2013a. – N. 334. – P. 106-111.

258. Rosti-Otajärvi, E. Predictors and impact of the working alliance in the neuropsychological rehabilitation of patients with multiple sclerosis / E. Rosti-Otajärvi, A. Mäntynen, K. Koivisto et al. // J. Neurol. Sci. – 2014. – N. 338. – P. 156-161.
259. Rosti-Otajärvi, E. Neuropsychological rehabilitation has beneficial effects on perceived cognitive deficits in multiple sclerosis during nine-month follow-up / E. Rosti-Otajärvi, A. Mäntynen, K. Koivisto et al. // J. Neurol. Sci. – 2013b. – N. 334. – P. 154-160.
260. Sadovnick, A.D. Epidemiology of multiple sclerosis: a critical overview / A. D. Sadovnick, G. C. Ebers // Canadian Journal of Neurological Science. – 1993. – N. 20. – P. 17-29.
261. Salgado, B. C. Effects of a 4-month Ananda Yoga program on physical and mental health outcomes for persons with multiple sclerosis / B. C. Salgado, M. Jones, S. Ilgun et al. // Int. J. Yoga Therap. – 2013. – N. 23. – P. 27-38.
262. Sarısoy, G. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis / G. Sarısoy, M. Terzi, K. Gümüş, O. Pazvantoğlu // General hospital psychiatry. – 2012. – Vol. 35. – N. 2. – P. 134-140.
263. Schmid, W. Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: a matched control study / W. Schmid, D. Aldridge // J. Music. Ther. – 2004. – N.41. – P. 225-140.
264. Shaygannejad, V. Study of type a and B behavior patterns in patients with multiple sclerosis in an Iranian population / V. Shaygannejad, S. R. Dehnavi, F. Ashtari, S. Karimi // Int. J. Prev. Med. – 2013. – N. 4(Suppl. 2). – P. 279-283.
265. Siepman, T. A. The role of disability and depression in cognitive functioning within 2 years after multiple sclerosis diagnosis / T. A. Siepman, A. C. Janssens, I. de Koning et al. // J. Neurol. – 2008. – Vol. 255. – N. 6. – P. 910-916.
266. Simpson, R. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis - a systematic review / R. Simpson, J. Booth, M. Lawrence et al. // BMC Neurol. – 2014. – N. 14. – P. 15.

267. Smith, M. M. Perfectionism and physical disability predict depression in multiple sclerosis / M. M. Smith, P. A. Arnett // *J. Psychosom. Res.* – 2013. – N. 75(2), Aug. – P. 187-189.
268. Sommer, G. Soziale Unterstuetzung / G. Sommer, T. Fydrich // *Materiale, 22 Dt. Ges. fuer Verhaltenstherapy.* – Tuebigen, 1989. – P.60.
269. Sørensen, J. Study protocol: to investigate effects of highly specialized rehabilitation for patients with multiple sclerosis. A randomized controlled trial of a personalized, multidisciplinary intervention / J. Sørensen, A. Lee, B. Løvendahl et al. // *BMC Health. Serv. Res.* – 2012. – N. 12. – P. 306.
270. Spitzer, C. Childhood trauma in multiple sclerosis: a case-control study / C. Spitzer, M. Bouchain, L. Y. Winkler et al. // *Psychosom. Med.* – 2012. – N. 74. – P. 312-318.
271. Stathopoulou, A. Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: assessment and treatment / A. Stathopoulou, P. Christopoulos, E. Soubasi et al. // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2010. – N. 22. – P. 43-54.
272. Stuifbergen, A. K. A randomized controlled trial of a cognitive rehabilitation intervention for persons with multiple sclerosis / A. K. Stuifbergen, H. Becker, F. Perez et al. // *Clin. Rehabil.* – 2012. – N. 26. – P. 882-893.
273. Thomas, S. A pragmatic parallel arm multi-centre randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost-effectiveness of a group-based fatigue management programme (FACETS) for people with multiple sclerosis / S. Thomas, P. W. Thomas, P. Kersten et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2013. – N. 84. – P. 1092-1099.
274. Thomas, S. Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioural approach to fatigue management in people with multiple sclerosis / S. Thomas, P. W. Thomas, A. Nock et al. // *Patient. Educ. Couns.* – 2010. – N. 78. – P. 240-249.
275. Tur, C. Risk acceptance in multiple sclerosis patients on natalizumab treatment / C. Tur, M. Tintoré, Á. Vidal-Jordana // *PloS one.* – 2013. – Vol. 8. – N. 12. – P. 82796.