

DOI : 10.31363/2313-7053-2020-3-50-57

Выявление и характеристики посттравматического стрессового расстройства у пациентов с рассеянным склерозом

Андреева М.Т.¹, Караваева Т.А.^{2,3}¹СПбГБУЗГКБ№31 Санкт-Петербургский городской центр рассеянного склероза
и других аутоиммунных заболеваний²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева» Минздрава России³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме. В четвертом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV) наличие заболевания признается потенциальным стрессором, представляющим угрозу жизни, способным вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Настоящее исследование представляет собой одну из первых работ, посвящённых изучению ПТСР у пациентов с диагнозом «рассеянный склероз» (РС). Всего было скринировано 724 пациента сплошной выборки, проходящих амбулаторное лечение в «Городском центре рассеянного склероза» в Санкт-Петербурге.

По результатам скринингового опроса и экспертного клинического интервью для верификации диагноза ПТСР клиничко-психопатологические признаки, достаточные для постановки диагноза ПТСР, выявлены у 61 обследуемого, что составило 8,4% от общего количества скринированных пациентов. Наличие ПТСР подтверждается высокими показателями субшкал «избегание», «вторжение», «физиологическая возбудимость» по шкале ШОВТС, а также более высокими показателями уровня диссоциации по сравнению с контрольной группой. Было выявлено отсутствие связи между ПТСР и длительностью РС, степенью инвалидизации пациентов, а также социо — демографическими данными. Таким образом, развитие ПТСР в большей степени связано с преморбидными личностными характеристиками, чем с особенностями течения заболевания. Эти выводы свидетельствуют о том, что при РС могут возникать реакции типа ПТСР. Необходимо проводить дальнейшие исследования психологических особенностей данной группы пациентов для выявления мишеней психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова. Посттравматическое стрессовое расстройство, рассеянный склероз, диссоциация, расстройство адаптации.

Identification and characteristics of post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis

Andreeva M.T.¹, Karavaeva T.A.^{2,3}¹SBIH City Clinical Hospital No. 31, City Center of MS and Autoimmune Diseases²Federal State Budgetary Institution «V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry
and Neurology» of the Russian Federation Ministry of Health³Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University»

Summary. The fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders (DSM-IV) recognizes the existence of a disease as a potential life-threatening stressor capable of causing post-traumatic stress disorder (PTSD). This research is one of the first works dedicated to the study of PTSD in patients diagnosed with «multiple sclerosis» (RS). A total of 724 complete sample patients were screened for outpatient treatment at the «City MS Center» in Saint Petersburg. According to the results of the screening survey and the expert clinical interview for the verification of the diagnosis of PTSD, the clinic — psychopathological signs sufficient for the diagnosis of PTSD have been identified in 61 patients, which is 8.4% of the total number of screened patients.

The presence of PTSD is confirmed by high indices of sub-scales «avoidance», «intrusion», «physiological excitability» on the WOVTS scale, as well as higher indicators of dissociation level compared to control group. The lack of correlation between PTSD and the duration of RS, the degree of disability of patients, as well as socio-demographic data was found. Thus, the development of PTSD is more related to the premorbid personality characteristics than to the characteristics of the disease. These findings suggest that RS may have PTSD-type reactions. Further studies of the psychological characteristics of this group of patients are needed to identify the targets for psychotherapy.

Keywords. Post-traumatic stress disorder, multiple sclerosis, dissociation, adaptive disorder.

Рассеянный склероз (РС) является хроническим прогрессирующим заболеванием ЦНС и сочетает в себе как негативное физическое влияние на организм человека, так и мощное психологическое стрессовое воздействие, определяемое самим фактом постановки диагноза, длитель-

ным тяжелым течением, страхом неопределенности дальнейшего развития и прогрессированием болезни. Современные подходы к оказанию комплексной персонализированной помощи предполагают учет биопсихосоциальных аспектов заболеваний, что в отношении больных с РС имеет непосредственную актуальность.

РС, являясь хроническим заболеванием, существенно меняет привычный для человека образ жизни. Необходимость постоянной медикаментозной терапии (в большинстве случаев это подкожные или внутримышечные регулярные инъекции препарата, которые пациент обучается делать себе самостоятельно) требует огромной дисциплины и самоконтроля. Обострение симптоматики, как правило, развивается остро или подостро и в ряде случаев может напоминать по клиническим проявлениям ОНМК: зачастую на фоне полной клинической ремиссии происходит нарушение функций организма (таких как ходьба, координация, речь, зрение, функции тазовых органов). Эти симптомы воспринимаются пациентами как жизнеугрожающие, а иногда могут и являться таковыми (при формировании очагов в стволовых отделах мозга). По окончании периода обострения не все функции организма восстанавливаются полностью, что вынуждает пациентов постоянно адаптироваться к новому и ранее непривычному состоянию. Невозможность предсказать развитие обострения, а также его характер и возможные последствия, могут приводить к развитию тревожных и депрессивных расстройств, а в ряде случаев и к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), сопровождающегося переживанием интенсивного чувства страха, беспомощности, навязчивыми мыслями, повышением возбудимости, избегающим поведением. В литературе широко представлены исследования, описывающие формирование различных психопатологических коморбидных состояний у пациентов с РС [1, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23].

В качестве выраженной реакции на заболевание возможно формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), трудности выявления и корректности диагностики которого определяют актуальность исследования и его значение для практической медицины. Согласно DSM—IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders—руководство по диагностике и статистике психических расстройств), хронические и угрожающие жизни заболевания являются значимыми стрессорами для психики и потенциально могут быть триггерами для развития ПТСР. В настоящее время в русскоязычной литературе нет данных, касающихся исследований ПТСР у пациентов с РС. Тогда как в зарубежных публикациях имеются данные о том, что от 5 до 16 % пациентов с РС имеют данную психопатологию [12, 14]. Наличие ПТСР негативно влияет на течение заболевания, социальную адаптацию, качество жизни, а также существенно снижает приверженность проводимому лечению. Имеют-

ся также исследования, свидетельствующие, что ПТСР у больных с РС существенно повышает риск развития когнитивных нарушений [22, 24].

Одно из первых исследований было проведено доктором Чалфант в 2004 г., который выявил ПТСР у 16% больных с РС в исследуемой выборке [12]. Результаты показали, что рассеянный склероз является серьёзным стрессором для организма и у большого числа больных может вызвать симптомы ПТСР. На сегодняшний день остаётся много вопросов, касающихся особенностей протекания ПТСР у пациентов с РС, среди которых важное место отводится факторам, способствующим развитию этого заболевания, а также характеру его течения, клиническим и психологическим проявлений.

Формирование ПТСР при РС имеет ряд особенностей. Угрожающие жизни заболевания являются перманентными стрессорами [6], и их воздействие опосредовано процессом когнитивной переработки информации, интрузивные переживания обращены в будущее и связаны с угрозой качеству жизни [12]. Чаще всего пациенты боятся быть прикованы к инвалидному креслу и невозможности заботиться о себе и о членах своей семьи. Специфика протекания ПТСР при РС заключается в локализации угрозы внутри собственного организма, а не во внешних обстоятельствах, как при «классических» травмах, что существенно влияет на переживания пациентов и обуславливает своеобразие протекания данного расстройства. В научной литературе не представлены результаты сравнительного изучения групп пациентов с различными типами течения РС и локализацией процесса, дающие возможность выделить характерные индикаторы для оценки нарушения психологического состояния, а также нет достаточных данных, позволяющих комплексно оценить влияние имеющихся психологических ресурсов на риск развития ПТСР и его течение. Определение потенциально опасных психотравмирующих влияний, индивидуальных предикторов риска формирования и механизмов развития психопатологических нарушений, механизмов развития, определение роли индивидуально-психологических и ресурсных особенностей личности необходимо для создания мишенеориентированных стратегий психотерапевтической помощи для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни пациентов с РС [3, 4].

Цель исследования: изучить распространённость ПТСР у пациентов с РС, установить взаимосвязь развития ПТСР с длительностью, тяжестью РС, социо-демографическими характеристиками, описать особенности психологических проявлений ПТСР для этой группы пациентов в сравнении с контрольной выборкой.

Материалы и методы. Всего было скринировано 724 пациента сплошной выборки, проходящих амбулаторное лечение в «Городском центре рассеянного склероза» в Санкт-Петербурге. Пациентам с признаками ПТСР, выявленных по результатам скринингового теста (опросник на скрининг

ПТСР — Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002), проводилось обследование с помощью клинико-психологических и экспериментально-психологических методов. Все пациенты, имеющие симптомы ПТСР, были направлены на консультацию врача — психиатра. Диагноз ПТСР, был верифицирован у 61 пациента на основании критериев МКБ -10, что составило 8,4% от общей выборки, все они были включены в исследование. Пациенты, не имеющие признаков ПТСР, сопоставимые с основной группой по полу, возрасту, степени инвалидизации, длительности течения заболевания были отобраны в группу сравнения (66 пациентов). Всего в исследовании приняли участие 127 пациентов с РС в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст — $31,19 \pm 7,17$), из них 89 (70,1%) женщин и 38 (29,9%) мужчин.

Средний балл по шкале EDSS составил $3,20 \pm 1,13$, что соответствует умеренному неврологическому дефициту. Большая часть пациентов страдали ремиттирующим РС — 92,9%, 54,9% получали терапию препаратами ПИТРС 1 линии (глутамина ацетат, интерфероны, терифлуноид), тогда как 40,1 % получали терапию ПИТРС 2 линии (натализумаб и окрелизумаб). Большая часть пациентов сохранили трудоспособность: 66,1 % пациентов имели трудовую занятость, тогда как 33,9% не работали и 29,9% из них имели группу инвалидности. В обеих исследуемых группах достоверных различий по этим характеристикам не было. Критериями включения являлись: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза РС в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерии невключения в исследование: возраст меньше 18 лет, текущая терапия глюкокортикостероидами (ГКС) или терапия ГКС в течение месяца до проведения исследования, наличие психических заболеваний в анамнезе, снижение когнитивных функций, недоступность больных для психологического обследования.

Обследованные пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в 2017 — 2019 г.г.

Из истории болезни каждого пациента была получена информация о типе течения заболевания, терапии ПИТРС, оценке по шкале EDSS. Всем пациентам установлен диагноз РС в соответствии с критериями McDonald. При проведении интервью была получена информация о социально — демографических характеристиках пациентов: возраст, образование, семейное положение, работа.

Методы исследования. 1) Клинический метод включал в себя оценку клинической картины, типа течения РС, терапию ПИТРС, оценку по шкале EDSS, клинико-психопатологическую оценку психического состояния;

2) экспериментально-психологический метод включал оценку по следующим методикам.

1. Авторское структурированное интервью, включающим вопросы, направленные на изучение социально-демографических и психосоциальных характеристик больных.

2. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002). Краткий опросник, состоящий из 10 вопросов и позволяющий провести скрининг ПТСР.

3. Шкала диссоциативного переживания (Bernstein E.M., Putnam, F.W., 1986) предназначена для количественной оценки диссоциативных переживаний, что позволяет оценить степень выраженности перитравматической диссоциации в структуре ПТСР.

4. Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Тарабрина Н.В., 2001) направлена на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica 10.0, SAS JMP 11.

Сравнения двух групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Манна-Уитни. Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате « $M \pm S$ ». На всех графиках для количественных переменных среднее арифметическое обозначено точкой, медиана обозначена горизонтальным отрезком, внутривартильный размах обозначен прямоугольником, минимальные и максимальные значения обозначены вертикальными отрезками.

Результаты исследования

Частота встречаемости ПТСР у пациентов с РС составила 8,4% (61 человек) из всей выборки. Отсутствовали значимые корреляции между длительностью, тяжестью течения РС, степенью инвалидизации, а также социо-демографическими данными (пол, возраст) и развитием ПТСР.

Для выявления симптомов, оценки степени их выраженности и изучения симптоматической структуры ПТСР была использована клиническая тестовая методика «Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события», ШОВТС (Тарабрина Н.В., 2001). Используемая методика позволяет оценить особенности трех основных аспектов клинических проявлений ПТСР. Субшкала «Вторжение» характеризует интрузивные переживания и показывает, насколько сильны навязчивые дисстрессующие воспоминания, наличие «флэшбеков» (чувственного повторного переживания травматических событий) как наяву, так и в кошмарных сновидениях, а также остроту ассоциативно зависимых переживаний, отражающих интенсивность психологического дисстресса.

С помощью субшкалы «Избегания» оценивается упорное уклонение от стимулов, связанных с травматическими переживаниями, которое нередко сочетается с эмоциональной уплощенностью, чувством безразличия к другим людям, неуверенностью в будущем. Субшкала «Физиологическая возбудимость» отражает повышение эмоционального напряжения, избыточную реакцию на внешние раздражители (сенсорную чувствитель-

Таблица 1. Сравнение значений субшкал теста ШОВТС в основной и контрольной группах (средние \pm среднеквадратичные отклонения)
Table 1. Comparison of the IOES-R sub-scale values of the core and control groups (mean standard deviation)

Показатель	Группа		U-критерий Манна—Уитни
	Контрольная (N=66)	Основная (N=61)	
Вторжение, баллы	7,47 \pm 6,21	16,92 \pm 7,72	p < 0,0001
Вторжение, %	0,21 \pm 0,18	0,48 \pm 0,22	p < 0,0001
Избегание, баллы	11,45 \pm 7,20	18,89 \pm 7,51	p < 0,0001
Избегание, %	0,29 \pm 0,18	0,47 \pm 0,19	p < 0,0001
Возбудимость, баллы	6,73 \pm 5,44	17,36 \pm 7,35	p < 0,0001
Возбудимость, %	0,19 \pm 0,16	0,50 \pm 0,21	p < 0,0001

Примечание: достоверными считаются различия при p < 0,05
 Note: differences at p < 0.05 are considered valid

Таблица 2. Сравнение значений уровня диссоциации группы контроля и основной группы (средние \pm среднеквадратичные отклонения)
Table 2. Comparison of the dissociation level of the core and control groups (mean standard deviations)

Показатель	Группа		U-критерий Манна—Уитни
	Контрольная (N=66)	Основная (N=61)	
ДС, %	0,05 \pm 0,06	0,17 \pm 0,16	p < 0,0001

Таблица 3. Распределение переменной «Уровень диссоциации» в зависимости от распределения переменной «Группа» (число человек и проценты)
Table 3. The distribution of the variable «Dissociation level» depends on the distribution of the variable «Group» (number of people and percentages)

ДС, уровень	Группа	
	Контрольная (N=66)	Основная (N=61)
Низкий	64 (97,0%)	41 (67,2%)**
Пониженный	2 (3,0%)	16 (26,2%)
Умеренный	(0,0%)	2 (3,3%)
Повышенный	(0,0%)	2 (3,3%)

Примечание: ** достоверно значимое отличие по критерию Манна-Уитни (p < 0,0002)
 Note: ** reliably significant difference according to the Mann-Whitney criterion (p < 0,0002)

ность), гневливость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями или обстоятельствами, символизирующими травматическое событие, нарушение сна. В таблице 1 представлены результаты статистического анализа сравнения этих шкал в основной и контрольных группах.

Статистически значимые различия между группами наблюдаются по всем трем субшкалам («вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость»), при этом значения этих показателей в основной группе существенно выше, чем в контрольной.

Для оценки уровня диссоциации у пациентов с РС использовалась шкала диссоциативного переживания (Bernstein E.M., Putnam, F.W., 1986).

В таблицах 2 и 3 представлены результаты статистического анализа сравнения показателей уровня диссоциации в двух группах, и распределение значений, соответствующих низкому, пониженному, умеренному и повышенному уровням.

На основании таблиц 2 и 3 можно сделать вывод о том, что по данному показателю наблюдаются статистически значимые различия между группами, в частности, низкий уровень диссоциации значительно чаще встречается в контрольной группе (p < 0,001). Это свидетельствует о том,

что повышенный уровень диссоциации может являться одним из патогенных механизмов формирования и развития ПТСР у пациентов с РС.

Обсуждение

Частота встречаемости ПТСР у пациентов с РС составила 8,4% (61 человек) из всей выборки, что в два раза ниже результатов, представленных в литературе [12]. Это может быть связано с различиями в методиках, используемых для скрининга и верификации диагноза ПТСР, а также с небольшой выборкой пациентов, принимающих участие в исследовании. При сравнении двух групп пациентов с РС (имеющих и не имеющих симптомы ПТСР) статистически значимые различия между группами наблюдаются по всем трем субшкалам («вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость»). Это свидетельствует о том, что пациенты с РС, входящие в основную группу, склонны вновь и вновь возвращаться мысленно к неблагоприятному сценарию, связанному с ухудшением состояния и возможным наступлении инвалидности, при любом напоминании об их болезни. Пациенты испытывают страх и беспокойство при рутинном осмотре у лечащего врача, выполнении плановой процедуры МРТ, а также госпитализации в связи с купированием обострения и проведения дополнительных лечебных или диагностических процедур — во всех этих ситуациях актуализируется имеющееся беспокойство относительно прогрессирования заболевания. При этом характерна сосредоточенность мыслей на своём самочувствии, трудность и даже невозможность отвлечься и переключить свое внимание на другие внешние события или внутренние переживания.

Отдельные картины произошедших событий могут внезапно возникать в сознании пациентов как бы против их воли, сопровождаясь при этом непереносимо тяжелыми переживаниями, связанными с ситуацией болезни. Характерно, что навязчивые мысли обращены в будущее и связаны зачастую с возможностью развития неблагоприятного исхода заболевания. В частности, пациенты были обеспокоены возможной утратой функции ходьбы, и тем, что в последующем они будут прикованы к инвалидному креслу. Высокая степень обеспокоенности касалась и неспособности в будущем заботиться о своей семье, а также утратой трудоспособности, связанной как с возможными физическими ограничениями, так и снижением когнитивных функций и утратой профессиональных навыков и компетенций. Ввиду того, что заболевание чаще развивается в молодом возрасте, пациентов также беспокоят возможные ограничения в выборе профессии, создании семьи и партнерских отношений, а для девушек важным вопросом становится возможное наступление беременности и материнства. При этом факт наличия заболевания может существенно ограничить пациента в выборе жизненного сценария и принятия решения. Мышление пациентов сужается, что обусловлено парализующим воздействием страха,

тревоги и дисфункционального беспокойства относительно своего здоровья. При этом многие исследователи отмечают, что качество жизни пациентов существенно снижается на самых ранних стадиях развития заболевания, даже до развития стойких инвалидизирующих нарушений [2]. В связи с травматичностью переживаний формируется стремление к избеганию того, что напоминает о случившемся, пациенты могут изолироваться, перестать разговаривать на тему своего заболевания, блокировать мысли о психотравмирующих переживаниях, вытеснять болезненные события, связанные с процедурами диагностики или лечения, и переживания из памяти, что приводит к фиксации и блокировке негативных эмоциональных переживаний.

В качестве механизмов психологической защиты большую роль играют вытеснение и отрицание, у пациентов может возникать ощущение того, что всего случившегося с ним как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным. Физиологическим ответом на перманентное психоэмоциональное напряжение и травмирующие негативные эмоции являются неприятные физические ощущения (потливость, нарушение дыхания, тошнота, учащение пульса и т.п.) в ситуациях чем-то напоминающих о случившихся событиях. Кроме того, может наблюдаться кратковременная флюктуация симптомов заболевания, таких как преходящие расстройства чувствительности, двигательных функций, координации, тазовые нарушения. Возникновение этих симптомов может усилить тревогу, и пациент оказывается в ситуации «замкнутого круга», из которого сложно выйти без помощи специалистов. Развивается раздражительность, внутренняя напряженность, затруднения при необходимости сосредоточить внимание на чем-либо, настороженность, ожидание негативных событий в будущем, связанных с прогрессированием заболевания, возможной инвалидизацией, социальной дезадаптацией. Даже при стабилизации основного патологического процесса и длительной ремиссии у многих сохраняется склонность действовать и вести себя таким образом, как при обострении симптоматики. Особенно это характерно для пациентов, которые в прошлом перенесли тяжелые обострения с выраженным нарастанием неврологического дефицита, при возникновении парезов и параличей конечностей, приводящие к неспособности самостоятельного передвижения и самообслуживания. Страх повторной утраты автономии вызывал существенное повышение уровня тревоги и беспокойства. Пациенты старались определить «предикторы» обострения (например, нарастание общей слабости, утомляемости, учащение головных болей, снижение настроения, вялость, тревожность и др.) для того, чтобы избежать повторения симптомов в будущем. В связи с этим пациенты относились более бдительно к своему состоянию и были склонны к более частому посещению лечащего врача. Такая повышенная настороженность могла в ряде случаев оказаться

психотравмирующей для пациента и способствовать ухудшению общего состояния даже в отсутствии клинических признаков обострения. Кроме того, в ряде случаев это приводит к снижению приверженности проводимой терапии. Пациенты перестают верить в эффективность терапии ПИТРС, так как обострения могут случаться на фоне получаемого ими лечения. В связи с чем высокая степень фрустрации может приводить к отказу пациента от дальнейшей терапии.

Важная роль в развитии ПТСТР отводится понятию перитравматической диссоциации, представляющей собой диссоциативную реакцию, вызванную травматическим событием [6, 7, 8, 9]. Диссоциация в таком случае представляет собой особый защитный механизм, позволяющий пациенту справиться с переживаниями, вызванными воздействием факторов психотравмирующей ситуации, а именно развитием симптомов заболевания. Так, в DSM—IV диссоциация определяется как нарушение связности протекания психических процессов, преходящее нарушение интегрированных в норме функций сознания, идентичности и поведения. Наличие диссоциативных симптомов существенно повышают риск развития ПТСТР [18, 19]. Кроме того, избыточное действие диссоциации как защитного механизма приводит к формированию психопатологических симптомов и синдромов. В случае диссоциативных патологических состояний психическая активность субъекта приобретает черты внутренней агрессии, выражающейся в насильственном разделении различных аспектов субъективного мира, в формировании внутреннего психотравмирующего фактора [5].

Это свидетельствует о том, что повышенный уровень диссоциации может являться одним из патогенных механизмов формирования и развития ПТСТР у пациентов с РС. Наиболее частым диссоциативным феноменом, отмечаемым у исследуемых пациентов с РС, было явление деперсонализации, которое проявлялось в утрате чувственности и реальности ощущения собственного тела. Пациенты описывали эти ощущения, как «я отдельно, тело отдельно», ограничение связи с телом (как будто «не моё»), в крайней степени выраженности эти симптомы проявлялись в обезличенности, чувстве внутренней пустоты и утрате эмоций. Кроме того, зачастую встречались признаки дереализации происходящего, что позволяло пациенту дистанцироваться от непереносимых мыслей о своём заболевании и осознания в полной мере происходящего. Зачастую пациенты с повышенным уровнем перитравматической диссоциации оказывались не способны принять и признать свой диагноз, а также активно участвовать в процессе выбора и обсуждения тактики лечения, что также негативно сказывалось на приверженности терапии.

Таким образом, РС является дистрессом для пациентов и может приводить к формированию ПТСТР. Наблюдаемая частота встречаемости ПТСТР при РС коррелирует с аналогичным показателем

при онкологических заболеваниях [7, 19]. Отсутствие связи между формированием ПТСТР и длительностью или тяжестью течения РС, степенью инвалидизации, а также социо-демографическими данными, свидетельствует о том, что развитие ПТСТР в большей степени связано с преморбидными личностными характеристиками, чем с особенностями течения заболевания [9]. На сегодняшний день в литературе нет данных об индикаторах для оценки нарушения психологического состояния данной группы пациентов, а также нет достаточных сведений, позволяющих комплексно оценить влияние имеющихся психологических ресурсов на риск развития ПТСТР и его течение.

Выводы

Нарушения адаптации у пациентов с рассеянным склерозом может приводить к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСТР). Рассеянный склероз сочетает в себе как негативное физическое влияние на организм человека, так и мощное психологическое стрессовое воздействие, определяемое самим фактом постановки диагноза, длительным тяжелым течением, страхом неопределенности дальнейшего развития и прогрессирования заболевания. Длительность и тип течения РС, степень инвалидизации, социо-демографические характеристики не оказывают значимого влияния на риск формирования ПТСТР у этих пациентов. Наличие ПТСТР подтверждается клиническими характеристиками и высокими показателями и по шкале ШОВТС, клинико-психологические особенности и специфику ПТСТР у пациентов с РС демонстрируют данные субшкал «избегание», «вторжение», «физиологическая возбудимость», а также более высокие показатели уровня диссоциации по сравнению с контрольной группой.

Психологические факторы, восприятие своего диагноза, неопределенность прогноза, страх прогрессирования заболевания, высокая активность диссоциации, как психологической защиты, можно рассматривать как возможные предикторы формирования ПТСТР. Поэтому необходима комплексная характеристика психологических ресурсов у пациентов с РС, поскольку имеющийся у личности психологический потенциал определяет степень уязвимости к патогенному воздействию, выраженность нарушений, возможность реабилитации, способность к поддержанию физического и психического здоровья. Выделение нозоспецифических мишеней позволяет внедрять персонализированные подходы к терапии, применять мишенецентрированные психотерапевтические стратегии, повышающие эффективность лечения и качество реабилитации.

Литература / References

1. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Сопутствующие психические расстройства и нарушение эмоциональной регуляции у пациентов с рассеянным склерозом. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019; 4(2):19-28. [Andreeva MT, Karavaeva TA. Associated Psychological Disorders and Impairment of Emotional Regulation among Patients with Multiple Sclerosis. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2019; 4(2):19-28. (In Russ.)] doi:10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28
2. Бойко О.В., Татарина М.Ю., Попова Е.В., Гусева М.Р., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Улучшение показателей качества жизни больных рассеянным склерозом за 15-летний период. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018; 2:23-28. [Boiko OV, Tatarinova MYu, Popova EV, Guseva MR, Boyko AN, Gusev EI. The improvement of quality of life of patients with multiple sclerosis over 15-year period. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018; 2:23-28 (In Russ.)] doi:10.17116/jnevro201811808223
3. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. Медико-психологическое сопровождение больных с рассеянным склерозом: основные принципы и задачи. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018; 1:120-124. [Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasileva NV. Medical and psychological support of multiple sclerosis patients: basic principles and objectives. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2018; 1:120-124. (In Russ.)]
4. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В., Васильева А.В., Чехлатый Е.И. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: организационные этапы и задачи. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2019; 2:95-101. [Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasileva NV, Vasileva AV, Chekhlatyi EI. Medico-psychological supporting program of the multiple sclerosis patients: organization stages and tasks. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2019; 2:95-101. (In Russ.)] doi:10.31363/2313-7053-2019-2-95-101
5. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Консультативная психология и психотерапия. 2001;9(1):68-101. [Kalshed D. Vnutrennij mir travmy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2001; 9(1):68-101. (In Russ.)]
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Под общей ред. Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер; 2001. [Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Pod obshchej red. N. V. Tarabrinoi. SPb.:Piter; 2001. (In Russ.)]
7. Andrykowski M, Cordova M. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. *J Trauma Stress*. 1998; 11(2):189-203. doi:10.1023/a:1024490718043
8. Bernstein E, Putnam F. Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J NervMent Dis*. 1986; 174(12):727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004
9. Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):748-766. doi:10.1037/0022-006x.68.5.748
10. Brown S. The mental symptoms of multiple sclerosis. *Arch NeurolPsychiatry*. 1922; 7(5):629. doi:10.1001/archneurpsyc.1922.02190110080008
11. Chalah M, Ayache S. Psychiatric event in multiple sclerosis: could it be the tip of the iceberg? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; 39(4):365-368. doi:10.1590/1516-4446-2016-2105
12. Chalfant A, Bryant R, Fulcher G. Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *J Trauma Stress*. 2004; 17(5):423-428. doi:10.1023/b:jots.0000048955.65891.4c
13. Charcot J, Seigerson G. "Lectures 6 through 8," in *Lectures on the Diseases of the Nervous System. Delivered at La Salpetriere*. *Am J Med Sci*. 1877; 148(4):532-533. doi:10.1097/00000441-187710000-00035
14. Counsell A, Hadjstavropoulos H, Kehler M, Asmundson G. Posttraumatic stress disorder symptoms in individuals with multiple sclerosis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013; 5(5):448-452. doi:10.1037/a0029338
15. Diaz-Olavarrieta C, Cummings J, Velazquez J, Garcia de al Cadena C. Neuropsychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis. *J Neuropsychiatry ClinNeurosci*. 1999; 11(1):51-57. doi:10.1176/jnp.11.1.51
16. Duncan A, Malcolm-Smith S, Ameen O, Solms M. Changing definitions of euphoria in multiple sclerosis: A short report. *Multiple Sclerosis Journal*. 2014; 21(6):776-779. doi:10.1177/1352458514549400
17. Duncan A, Malcolm-Smith S, Ameen O, Solms M. The Incidence of Euphoria in Multiple Sclerosis: Artefact of Measure. *MultiScler Int*. 2016; 1-8. doi:10.1155/2016/5738425
18. Feinstein A. The Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49(3):157-163. doi:10.1177/070674370404900302
19. Jacobsen P, Widows M, Hann D, Andrykowski M, Kronish L, Fields K. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms After Bone Marrow Transplantation for Breast Cancer. *Psychosom Med*. 1998; 60(3):366-371. doi:10.1097/00006842-199805000-00026
20. Opara J, Jaracz K, Broła W. Burden and quality of life in caregivers of persons with multiple sclerosis. *NeurolNeurochir Pol*. 2012; 46(5):472-479. doi:10.5114/ninp.2012.31358
21. Panda S, Das R, Srivastava K, Ratnam A, Sharma N. Psychiatric comorbidity in multiple sclerosis. *NeurolNeurochir Pol*. 2018; 52(6):704-709. doi:10.1016/j.pjnns.2018.09.003
22. Qureshi S, Kimbrell T, Pyne J et al. Greater Prevalence and Incidence of Dementia in Older Veterans

- with Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58(9):1627-1633. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02977.x
23. Sai-Halász A. *Psychic Alterations in Disseminated Sclerosis A General, Statistical and Rorschach-Test Study on 200 Patients.* *Eur Neurol.* 1956; 132 (2-3):129-154. doi:10.1159/000139628
24. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K et al. *Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans.* *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(6):608. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.61

Сведения об авторах

Андреева Мария Трофимовна — врач — невролог СПбГБУЗ ГКБ №31 Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний. E-mail: ascella777@gmail.com

Каравасева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». E-mail: tania_kar@mail.ru